

Sygn. akt IC 1971/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 kwietnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy Wydział I Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : SSO Waldemar Kuś

Protokolant : Aleksandra Olszycka

po rozpoznaniu w dniu 6 kwietnia 2017 r. w Świdnicy

na rozprawie

sprawy z powództwa A. N., D. N., M. N. i W. N.

przeciwko A.

o zapłatę

- I. zasądza od strony pozwanej A. (...) na rzecz każdego z powodów, tj. A. N., D. N., M. N. i W. N. kwoty po 100.000 zł (sto tysięcy złotych) z odsetkami według obowiązującej stopy procentowej ustalonej na podstawie § 288 pkt 1 niemieckiego kodeksu cywilnego od 28 lutego 2015 roku do dnia zapłaty;
- II. w pozostałej części powództwo oddala;
- III. nakazuje pozwanej, aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa – Sąd Okręgowy w Świdnicy kwotę 10.000 zł tytułem opłaty sądowej, od obowiązku uiszczenia której powód był zwolniony;
- IV. koszty procesu między stronami wzajemnie znosi.

Sygn. akt I C 1971/16

UZASADNIENIE

S. N. (1) pozwem z dnia 25 września 2015 roku wniósł przeciwko A. (...) z siedzibą w M. o zasądzenie od pozwanego kwoty 750.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 28.02.2015 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia zgodnie z art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 k.c., a ponadto o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 7.200 zł wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

Pozwana w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości, a także o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych oraz kwoty 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu (...) r. na autostradzie (...) na terytorium Niemiec S. N. (1) podróżował jako pasażer samochodu S. (...). Jadący przeciwnym pasem ruchu M. K. kierujący pojazdem marki M., przeciął barierki oddzielające dwa pasy

ruchu i doprowadził do czołowego zderzenia z pojazdem, w którym podróżował powód. Po wypadku S. N. (1) został przetransportowany do placówki medycznej położonej w miejscowości B..

Pojazd, który prowadził sprawca zdarzenia, był objęty obowiązkowym ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych u strony pozwanej.

Fakty przyznane przez pozwaną

S. N. (1), reprezentowany przez (...) S.A., pismem z dnia 02.09.2014 r. zgłosił za pośrednictwem reprezentanta do spraw roszczeń strony pozwanej roszczenie w kwocie 800.000 zł tytułem zadośćuczynienia w związku z uszkodzeniem ciała oraz wywołaniem rozstroju zdrowia.

Reprezentant decyzją z dnia 06.10.2014 r. przyznał S. N. (2) kwotę 100.000 zł tytułem odszkodowania.

Następnie, w związku z dodatkową dokumentacją medyczną i kontynuowanym leczeniem S. N. (1), reprezentowany przez (...) SA, pismem 05.11.2014 r. zgłosił dalsze roszczenie tytułem zadośćuczynienia w kwocie 400.000 zł i zażądał łącznej kwoty 1.200.000 zł.

Reprezentant strony pozwanej decyzją z 27.02.2015 r. przyznał dodatkową kwotę 200.000 zł. Jednocześnie zaznaczył, iż w ramach łącznie przyznanej kwoty 300.000 zł kwota 255.603,42 zł stanowi zaliczkę na poczet zadośćuczynienia.

Dowód:

1. pismo (...) SA. w L. z dnia 02.09.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30
2. decyzja reprezentanta z dnia 06.10.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30
3. pismo (...) SA. w L. z dnia 05.11.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30
4. decyzja reprezentanta z dnia 27.02.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W wyniku wypadku wobec S. N. (1) zastosowano wentylację oraz intubację. Następnie został on przewieziony do Kliniki anestezjologii, intensywnej opieki medycznej, terapii bólu i medycyny paliatywnej (...) Szpitala (...) w L..

Przy przyjęciu na oddział intensywnej terapii S. N. (1) znajdował się w stanie głębokiej analgosedacji i wentylacji z kontrolą ciśnienia, nie reagował na mowę lub bodźce bólowe. Znajdował się w stanie hipotermii i wymagał wsparcia krążenia. Został poddany badaniom diagnostycznym oraz konsultacjom lekarskim. Rozpoznano u niego w tym czasie:

1. obrzęk mózgu z krwawieniem pod oponą twardą i krwawieniem podpajęczynówkowym
2. obustronne stłuczenie płuc
3. zamknięte złamanie C₆ i złamanie lędźwiowego trzonu kręgosłupa
4. wolny płyn w jamie brzusznej
5. ranę szarpaną lewego przedramienia.

W związku z płynem w jamie brzusznej został poddany laparotomii. W czasie operacji ujawniła się krew przy rozerwaniu krezki jelita cienkiego w związku z czym dokonano częściowego wycięcia jelita cienkiego. Ponadto stwierdzono rozdarcie torebki górnego bieguna śledziony z rozdarcie mięszu. W związku z nieudaną próbą wyłuszczenia nastąpiło usunięcie śledziony. W celu profilaktyki infekcji po usunięciu śledziony stosowano u S. N. (1) osłonę antybiotykową oraz przeprowadzono szczepienia. Ze względu na utrzymującą się niską temperaturę ciała powoda stosowano zewnętrzny system ogrzewania ciała oraz podgrzane roztwory elektrolitowe.

W ciągu pierwszej nocy zaobserwowano u poszkodowanego wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego, po czym wykonano tomografię komputerową czaszki. W kolejnych dwóch dniach ciśnienie śródczaszkowe przyjmowało często wartości graniczne i ulegało silnym zmianom, a jego zmniejszenie udawało się jedynie zachowawczo na krótki czas.

W nocy 20.06.2014 r. wystąpił silny wzrost ciśnienia śródczaszkowego, uzasadniający natychmiastowe wykonanie zabiegu operacyjnego hemikraniektomii, tj. zdjęcia fragmentu pokrywy czaszki w celu umożliwienia swobodnego powiększania się obrzękniętej tkanki mózgowej i obniżenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

W dniu 22.06.2014 r. S. N. (1) po raz pierwszy otworzył oczy. Z uwagi na rosnącą temperaturę i ciśnienie śródczaszkowe konieczna okazała się sedacja. Dnia 23.06.2015 r. znajdował on się w stanie opisanym jako płynna śpiączka. S. N. (1) zaczął reagować na bodźce, a napięcie mięśniowe było wiotkie.

W badaniu EEG ukazały się nawracające typowe dla padaczki. W związku z tym, że były one wykrywalne w sposób ciągły, założono stan epileptyczny po urazowym uszkodzeniu mózgu. Rozpoznano u poszkodowanego obrzmienie miąższu mózgowego z naciskiem po lewej stronie z odpowiednio wpadniętym segmentem mózgu po dwustronnej kraniotomii dekompresyjnej jak i rozgraniczenie dwuczołowe strefy stłuczeń z mikrokrwawieniami. W kolejnych dniach u S. N. (1) wystąpiło podejrzenie moczówki prostej.

W ciągu następnych dni pobytu w szpitalu poszkodowany poddany został licznym antybiotykoterapiom. Pojawiały się u niego stany gorączkowe i wystąpiła biegunka.

W związku z podejrzeniem bakteryjnego zapalenia opon rozszerzono leczenie przeciwbakteryjne. W związku z potwierdzeniem wystąpienia u S. N. (1) E. coli w wydzielinie tchawicy w dniu 03.07.2014 r. dokonane jego izolacji.

W dniu 25.06.2014 r. poszkodowany został poddany plastycznej tracheotomii, tj. zabiegowi otwarcia przedniej ściany tchawicy i wprowadzenie rurki do światła dróg oddechowych i tą drogą prowadzenie wentylacji płuc na Oddziale Laryngologicznym.

W kolejnych dniach podejmowano nieskuteczne próby wybudzania S. N. (1). Kolejne badanie EEG ujawniło trwający stan padaczkowy, z związku z czym rozpoczęto leczenie przeciwpadaczkowe. Samorzutne przerwy w oddychaniu przedłużały się regularnie i w związku z tym w dniu 06.07.2014 r. wdmuchiowano tlen w małych dawkach przez rurkę tracheotomijną.

W dniu 04.07.2014 r. przeprowadzono rezonans magnetyczny czaszki, w którym ujawniły się mnogie postłuczeniowe strefy obrzęków i oznaki przeszłych mikrokrwawień obustronnie, bardziej czołowo po lewej stronie niż po prawej, przedśrodkowo po prawej stronie i skroniowo po lewej stronie. Ujawniono także wyraźnie obustronne wodniaki z zewnątrzczaszkową przepukliną i zatrzymanie płynu w komórkach wyrostka sutkowa tego obustronnie oraz zwierciadło cieczy w zatoce klinowej.

R. fragmentu sklepienia czaszki okazała się możliwa najwcześniej we wrześniu 2014 r. i do tego czasu zalecano zabezpieczanie kaskiem.

S. N. (1) od drugiego dnia leżenia był odżywiany jelitowo przez sondę żywieniową. W związku z pojawiającym się refluksem konieczne było rozpoczęcie odżywiania pozajelitowego. Od pierwszego dnia po operacji stosowano profilaktykę przeciwzakrzepicową. Powstałą podczas wypadku ranę szarpaną lewego przedramienia przepłukano wraz z oczyszczeniem, założono szwy oraz nałożono na nią sterylny opatrunek, Wymiana opatrunku i kontrola rany były przeprowadzane codziennie. W trakcie tych wystąpiło powiększające się obrzmienie prawej ręki i zdjęcie rentgenowskie wykazało złamanie. W związku z tym nastąpiło założenie opatrunku gipsowego. W dniu 10.07.2014 r. poszkodowany był już wybudzony, wzrok częściowo miał utkwiony w jednym punkcie, kończyny były ruchome jednak bez współpracy.

Dowód:

1. karta informacyjna z 10.07.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W dniu 10.07.2014 r. S. N. został przeniesiony do prywatnego (...) szpitala Klinik (...) w K.. Tego dnia u powoda rozwinęło się (...). Jako źródło postrzegano zakrzepowe zapalenie żył w lewym przedramieniu. W badaniu TK czaszki w dniu 22.07.2014 r. ukazał się postępujący i zajmujący dużo miejsca wodniak po lewej stronie oraz ewentualne zakłócenie krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego. Krwawienie zostało wchłonięte. Z biegiem czasu przy pogarszającej się czujności przedstawiono wskazanie do założenia drenażu komory mózgu.

Dowód:

1. karta informacyjna z 15.10.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Dnia 30.07.2015 r. S. N. (1) został przeniesiony na oddział kliniki (...). Odnotowano tam poprawę stanu zdrowia na tyle, że w dniu 14.08.2014 r. można było przeprowadzić reimplantację części czaszki prawej półkuli oraz umieszczenie drenu komorowo-otrzewnowego. Plastyka czaszki po lewej stronie nastąpiła dnia 21.08.2014 r. W wydzielinie tchawicy wykryto oporne na leczenie bakterie E. coli oraz inne. Z podejrzeniem klinicznym odoskrzelowego zapalenia płuc rozpoczęto u poszkodowanego antybiotyzę. Pooperacyjne badanie TK czaszki z dnia 27.08.2014 r. wykazało mały wąski krwiak pod oponą twardą.

Dowód:

1. karta informacyjna z 15.10.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Dnia 27.08.2014 r. ponownie przyjęto S. N. (1) do kliniki (...) w K. celem rehabilitacji neurologicznej. Po pewnym czasie usunięto kaniulę dożylną i podjęto samodzielne odżywianie. Komunikowano się z poszkodowany w sposób słowny cichym głosem. Poza tym zapewniono mu opiekę psychologiczną ze strony osoby mówiącej po polsku celem radzenia sobie i w celu wzmocnienia orientacji, jak i aktywacji poznawczej.

W dniu 06.10.2014 r. S. N. (1) miał drgawki i jego stan nie był stabilny. Po wymianie cewnika na stałe tego samego dnia ujawniono makrokrwimocz. U poszkodowanego wystąpiła temperatura podgorączkowa, hipotonia (stan zmniejszonego napięcia mięśniowego) i tachykardia (przyspieszenie akcji serca powyżej 100 uderzeń na minutę). W związku z tym szybko pogorszył się jego ogólny stan z obniżeniem czujności. Przy podejrzeniu nadchodzącej Sepsy poszkodowany został przeniesiony do prywatnego szpitala (...).

Dowód:

1. karta informacyjna z 15.10.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Przy przyjęciu do powyższej jednostki medycznej w dniu 06.10.2014 r. poszkodowany był zaopatrzony w rurkę tracheotomijną oraz cewnik, a także był w złym stanie ogólnym i szczupłym stanie odżywiania. Istniała potrzeba podawania tlenu. S. N. (1) był senny, nie był w stanie wykonywać żadnych poleceń. W badaniu klinicznym i neurologicznym stwierdzono niedowład czterokończynowy, nietrzymanie moczu oraz stolca. Po wymianie cewnika na stałe ujawniono u niego makrokrwimocz. Poszkodowany nadal gorączkował, miał obniżone ciśnienie, częstoskurcz i występował u niego zimny pot. Przy wysokiej dawce K. i przeforsowanej terapii objętościowej osiągnięto stopniową stabilizację parametrów życiowych.

W związku z niewydolnością oddechową poszkodowany został zaopatrzony w kaniulę i podłączony do sztucznego oddychania. Stwierdzono, iż źródłem wstrząsu septycznego była infekcja moczowo-płciowa i zastosowano silną antybiotykoterapię.

U poszkodowanego utrzymywał częstoskurcz odruchowy. Z uwagi na urazowe krwawienie podpajęczynówkowe i przy znajdującym drenie komorowo – otrzewnowym w dniu 14.10.2014 r. przeprowadzono kontrolę TK czaszki.

W dniu 15.10.2014 r. S. N. (1) został przeniesiony na Oddział (...) w stabilnym stanie sercowo – płucnym, bez gorączki. W tym dniu poszkodowany był świadomy, wykazywał dobre wypełnianie poleceń. W związku z tym dodatkowe podawanie tlenu nie było już konieczne.

Dowód:

1. karta informacyjna z 15.10.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W dniu 04.12.2014 r. przyjęto S. N. (1) na Oddział Neurologiczny (...) Szpitala (...) w Ś.. Podczas przyjęcia u poszkodowanego rozpoznano: stan po urazie czaszkowo-mózgowym, encefalopatię pourazową, przebyte zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, stan po wszczepieniu zastawki komorowo-otrzewnowej, padaczkę pourazową, przebyty uraz wielonarządowy, stan po złamaniu wyrostków poprzecznych odcinka szyjnego kręgosłupa oraz stan po złamaniu trzonu kręgu L5.

Poddano go badaniom diagnostycznym oraz konsultacjom lekarskim. W trakcie badań neurologicznych stwierdzono u niego stan euforyczny, nieorientowanie w miejscu i czasie, możliwość wykonywania prostych poleceń. Ujawniono także wzmożone napięcie mięśni w zakresie kończyn górnych i dolnych. Zastosowano leki nootropowe i przeciwpadaczkowe. W związku z pojawiającym się majaczeniem nocnym włączono do leczenia neuroleptyki.

W moczu poszkodowanego stwierdzono bezobjawową kolonizację kilku bakterii. W związku z tym zastosowano lek przeciwbakteryjny C.. W powyższym szpitalu (...) przebywał w dniach od 04 do 12 grudnia 2014 r.

Poszkodowanego wypisano ze szpitala z zaleceniem przyjmowania szeregu leków m.in. usprawniających metabolizm komórek nerwowych (L.), przeciwpadaczkowych (V.), przeciwłękowych/przeciwdepresyjnych (E. E.), przeciwpyschotycznych (K.) oraz bakteriobójczych (C.). Podczas wypisu poszkodowany otrzymał skierowanie na Oddział (...) Szpitala w J..

Dowód:

1. zaświadczenie z 05.12.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

2. karta informacyjna 12.12.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

3. skierowanie do szpitala 12.12.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Od stycznia 2015 r. S. N. (1) znajdował się pod opieką neurologopedy. W lutym 2015 r. stwierdzono u niego nadal utrzymujące się utrudnienia oddychania ze względu na niezrośnięty otwór po zabiegu tracheotomii. W tym czasie prawidłowo reagował on na proste polecenia, miał jednak problemy z dokonaniem właściwego wyboru spośród kilku możliwości, np. wskazywał na inny przedmiot na kartach pracy niż był proszony. Początkowo duży problem stanowiło nazwanie i prawidłowe wskazanie części ciała, mylił kolory. Poszkodowany miał zaburzone poczucie upływającego czasu, mylił wydarzenia z odległej przeszłości z aktualnymi. Występowały u niego zaburzenia świeżej pamięci, nie był w stanie przypomnieć sobie informacji otrzymanych do kilku minut wcześniej. Występowały także problemy z myśleniem abstrakcyjnym.

Po rehabilitacji neurologopedycznej trwającej przez okres 1,5 miesiąca S. N. (1) był w stanie zapamiętać do czterech elementów głosek, sylab i prostych słów. Miał duże trudności komunikacyjne polegające m.in. na dużym problemie z nazywaniem wskazywanych desygnatów na ilustracjach. U poszkodowanego prowadzono utrwalanie podstawowych pojęć w takich kategoriach jak części ciała, produkty żywnościowe, sprzęty domowe. Czasami jego wypowiedzi pozbawione były sensu i niespójne. W ocenie neurologopedy stan S. N. (1) wymagał dalszej intensywnej terapii neurologopedycznej z uwagi na afazję amnestyczną oraz dalszej pracy nad umiejętnością czytania ze zrozumieniem.

W kwietniu 2015 r. neurologopeda stwierdził, iż poszkodowany w stosunku do początku terapii wykazuje niewielki progres w rozumieniu komunikatów. W dalszym ciągu sprawiało mu znaczny problem nazywanie rzeczowników.

Lepiej radził sobie z nazywaniem czynności. W dalszym ciągu wiele jego wypowiedzi jest pozbawionych sensu, w ich trakcie zbaczał z głównego tematu oraz zapominał o co był pytany. Występowały omówienia, w dalszym ciągu upośledzona była pamięć krótko i długotrwała. S. N. (1) wymagał dalszej intensywnej terapii logopedycznej.

Dowód:

1. opinia neurologopedyczna z 23.02.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30
2. opinia neurologopedyczna z 01.04.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Z powodu poważnych problemów z pamięcią w dniu 31.01.2015 r. poszkodowany podjął leczenie w Niepublicznej (...) w Ś.. Zdiagnozowano u niego poważne problemy ze słuchem, m.in. w niektórych częstotliwościach, podczas podawania dźwięków z prawej strony pacjent słyszy je z lewej i odwrotnie. W czasie testu (...) (badania polegającego na jednoczesnym prezentowaniu różnych słów i cyfr osobno do ucha prawego i lewego) ustalono, że wielu słów on nie rozumie i nie potrafi ich poprawnie powtórzyć. W związku z tym powód podjął terapię metodą T.

Dowód:

1. zaświadczenie z dn. 08.04.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Od dnia 30.03.2015 r. S. N. (1) powód zaczął uczęszczać na zabiegi tlenoterapii hiperbarycznej w Centrum (...) we W..

Dowód:

1. zaświadczenie z 02.04.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Dnia 23.04.2015 r. S. N. (1) został skierowany na Oddział Neurochirurgiczny szpitala w W. w związku z rozpoznaniem przetoki ropnej skóry głowy nad wszczepionym drenem komorowym. Został przyjęty na Oddział Neurochirurgiczny (...) im. dra A. S. w dniu 30.04.2015 r.

Przy przyjęciu rozpoznano u niego zmiany zapalne rany pooperacyjnej prawej okolicy skroniowej oraz stan po założeniu zastawki komorowo-otrzewnej z powodu wodogłowia w wyniku urazu czaszkowo-mózgowego.

W dniu 01.05.2015 r. u poszkodowanego wykonano rewizję rany pooperacyjnej i usunięto drenaż komorowo-otrzewny. Zastosowano u niego leczenie farmakologiczne w postaci płynów infuzyjnych, antybiotyków (A.), leków przeciwzakrzepowych (F.).

Badanie TK głowy z 01.05.2015 r. wykazało w podstawowej części obu płatów czołowych oraz lewego płata skroniowego widoczne rozległe obszary hypodensyjne o niskiej gęstości obejmujące istotę białą i korę o charakterze przebytych zmian urazowych; umiarkowane wodogłowiowe poszerzenie światła układu komorowego nadnamiotowego, bez cech przesięku okołokomorowego; wzdłuż toru drenu widoczne pasmowate strefy zmian malacyjnych; kolejne ognisko o charakterze przebytych zmian naczyniopochodnych/pourazowych widoczne w zakresie istoty białej lewej okolicy czołowej w warstwach górnokomorowych; podobne zmiany w lewej okolicy skroniowej w sąsiedztwie szczytu piramidy lewej kości skroniowej; bruzdy obu półkul mózgu nieco węższe.

Powód przebywał na w powyższej jednostce do 04.05.2015 r. Został wypisany z zaleceniami zmiany opatrunków co 2 dni, usunięcia szwów w dniu 18.05.2015 r., poddania się kontroli w poradni neurochirurgicznej oraz stosowania antybiotykoterapii.

Dowód:

1. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego (nr ks. gł. (...)) – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W maju 2015 r. neurologopeda kliniczny stwierdził, iż S. N. (1) utracił opanowane wcześniej umiejętności. Regres związany z operacją jaką przeżył z zastosowaniem pełnej narkozy, podczas której został usunięty dren. W tym czasie uszkodzony miał dużą męczliwość, także fizyczną. Stwierdzono podejrzenie ataków epileptycznych. W porównaniu do poprzedniego etapu terapii uszkodzowanemu trudniej było utrzymać koncentrację na wykonywanych zadaniach. Jego wypowiedzi było często oderwane od rzeczywistości. Nazwy czynności, przedmiotów oraz ich przeznaczenie bywały mylone. Mowa opisowa składała się głównie z prostych zdań lub równoważników zdania, chronologia była zaburzona. Występowała niezdolność zapamiętywania i przechowywania informacji. Czytanie było zachowane, chociaż zdarzały się błędy. N. oprócz rehabilitacji prowadził terapię czaszkowo-krzyżową w celu celem jest przywrócenie równowagi w przepływie płynu mózgowo-rdzeniowego w organizmie.

Dowód:

1. opinia neurologopedyczna z 22.06.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W badaniu TK głowy z 25.06.2015 r. wykazało liczne zmiany naczyniopochodne i pourazowe, m.in. hypodensyjne ogniska w obszarze płatów czołowych i lewego płata skroniowego czy poszerzenie przestrzeni płynowej przymózgowej w okolicy płata skroniowego prawego.

Dowód:

1. wyniki badania TK głowy z 25.06.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Badanie elektroencefalograficzne z 10.07.2015 r. wykazało nieprawidłowy zapis asymetryczny, zmiany w formie grup/fal ostrych, lokalizację znad półkuli prawej.

Dowód:

1. wynik badania elektroencefalograficznego z 10.07.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W dniach 25.07 - 07.08.2015 r. S. N. (1) przebywał na turnusie rehabilitacyjnym. Zastosowano wobec niego gimnastykę indywidualną, hydromasaż, materac masujący oraz terapię światłem B..

Dowód:

1. karta wypisu z 07.08.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

W dniach 20.08 - 02.09.2015 r. uszkodzony przebywał na Oddziale N. Wojewódzkiego Szpitala (...) w L., gdzie w dniu 25.08.2015 r. wykonano u niego zabieg operacyjny polegający na implementacji układu zastawkowego dootrzewnowego po stronie prawej.

Dowód:

1. karta informacyjna nr 3 (...) – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

Orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS z 19.11.2014 r. S. N. (1) został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji do 30.11.2015 r. Następnie (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności orzeczeniem z 15.05.2015 r. zaliczył go do znacznego stopnia niepełnosprawności do dnia 31.05.2017 r. Wskazano m.in. na konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji.

Dowód:

1. orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z 19.11.2014 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

2. zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

3. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności z 15.05.2015 r. – akta szkodowe (płyta CD) – k. 30

S. N. (1) w czasie, gdy nie przebywała w jednostkach medycznych wymagał stałej opieki ze strony osób trzecich. Cierpiał na trwałe zaniki pamięci, nie miał apetytu, utracił zainteresowanie światem zewnętrznym, szybko się męczył, wymagał pomocy we wstawaniu, większość czasu spędzał w pozycji leżącej.

Dowód:

1. zeznania świadka A. N. – k. 202 (zapis rozprawy z dnia 22 marca 2016 roku)

S. N. (1) od 14 kwietnia 2016 roku ponownie przebywał na Oddziale N. Wojewódzkiego Szpitala (...) w L. z powodu rozejścia się rany operacyjnej brzucha. W dniu 15 kwietnia wykonano u niego zabieg usunięcia układu zastawki komorowo-otrzewnowej prawostronnej, po czym nastąpiło pogorszenie jego stanu, a w dniu (...) roku nastąpił jego zgon.

Dowód:

1. karta informacyjna – k. 253

2. odpis skrócony aktu zgonu – k. 230

Powodowie A. N., M. N., D. N. i W. N. są spadkobiercami S. N. (1) i nabyli po nim spadek na podstawie ustawy w udziałach wynoszących po 1/4 części.

Dowód:

1. akt poświadczenia dziedziczenia – k. 244

2. akt notarialny – k. 245 – 247

S. N. (1) wskutek zdarzenia drogowego z (...) doznał urazu wielonarządowego w postaci ciężkiego urazu czaszkowo - mózgowego (urazy pierwotne i wtórne), stłuczenia płuc, urazowego pęknięcie śledziony, usunięcia śledziony, urazu krezki jelita cienkiego, resekcja części jelita cienkiego oraz urazu kręgosłupa. Pod względem neurologicznym doznał stałego uszczerbek na zdrowiu w wysokości 100% w związku z uszkodzeniami somatycznymi, deficytami neurologicznymi, zaburzeniami neuropsychologiczne oraz ich wpływem na zdolność funkcjonowania w życiu codziennym. Istotnym klinicznie trwałym następstwem wypadku z (...) była encefalopatia pourazowa jako wynik sumowania się przebytych pierwotnych i wtórnych urazów czaszkowo-mózgowych (rozległe stłuczenie mózgu, krwawienie podapajęczynówkowe, podtwardówkowe, śródmózgowe, obrzęk mózgu, wodogłowie pourazowe). Kluczowym problemem zdrowotnym poszkodowanego było wodogłowie pourazowe leczone wszczepieniem zastawki komorowo-otrzewnowej. Jednym z powikłań wszczepienia zastawki może być jej niedrożność – zablokowanie układu zastawkowego przez spłot naczyńiówkowy, resztki tkankowe. Powoduje to okresowe lub stałe nawracanie objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego z towarzyszącym pogarszaniem się świadomości pacjenta. Z tego powodu był on kilkakrotnie hospitalizowany na oddziale neurochirurgicznym, a ostatni pobyt powikłany neuroinfekcją zakończył się śmiercią S. N. (1) w dniu (...) r.

Dowód:

1. opinia biegłego sądowego J. S. (1) – k. 289- 290

Obrażenia jakich S. N. (1) doznał w powyższym wypadku:

1. w zakresie związanym usunięciem śledziony z wyniku jej pęknięcia skutkowałą urazami chirurgicznymi powodującymi w wysokości 15% uszczerbku trwałego
2. w związku z uszkodzeniem krezki jelita i częściowa resekcją jelita cienkiego uszczerbkiem trwałym w wysokości 10 %
3. uszczerbku długotrwałego związanego ze złamaniem kręgosłupa w wysokości 15%
4. uszczerbek długotrwałego związanego ze złamaniem 5 kości śródreżca prawego w wysokości 2%.

Dowód:

1. opinia biegłego sądowego J. S. (2) – k. 295
2. opinia biegłego sądowego E. S. – k. 301-305

S. N. (1) w związku z wypadkiem, któremu uległ dnia 15.06.2014, będąc po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym utracił całkowicie zdolność do komunikacji oraz ekspresji i rozumienia mowy. W związku z powyższym nieodwracalnie doznał uszczerbku na zdrowiu, - to jest trwale utracił zdolność rozumienia mowy oraz nastąpiło zaburzenie jej realizacji. Zakres powyższych urazów miało negatywny wpływ na funkcjonowanie powoda od dnia 15.06.2014 do dnia zgonu, który nastąpił 24.06.2016 roku. W związku ze zgonem, który nastąpił 24.06.2016 skutki wypadku, jakiemu uległ powód były trwale i nieodwracalne. Powód od dnia wypadku do dnia zgonu odczuwał negatywne skutki wypadku, któremu uległ. Pierwotna struktura anatomiczna narządów została trwale naruszona, a zdolność do realizacji mowy i komunikacji została całkowicie zaburzona. Powód, w wyniku doznanych obrażeń wymagał całodobowej opieki osób trzecich, gdyż nie był zdolny do samodzielnej egzystencji – od dnia 15.06.2014 do dnia zgonu.

Dowód:

1. opinia biegłego sądowego K. L. – k. 314 – 315

Ustaień faktycznych dokonano na podstawie dokumentacji przedłożonej przez strony procesu, zeznań A. N., a także opinii biegłych, które nie były kwestionowane przez powodów i stronę pozwaną.

Sąd zważył co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w części.

W związku ze śmiercią S. N. (1) w toku niniejszego postępowanie w jego miejsce wstąpili powodowie, którzy dziedziczyli po nim spadek, każdy po 1/4 części. W skład spadku weszło także roszczenie o zadośćuczynienie za krzywdę związaną z wypadkiem z czerwca (...) roku.

Stan faktyczny w niniejszej sprawie nie był sporny, gdyż pozwany nie kwestionował faktów przytoczonych w pozwie. Strona pozwana nie kwestionowała także swojej odpowiedzialności odszkodowawczej za skutki powyższego wypadku. W związku z tym dla oceny roszczenia powoda należało ustalić właściwe prawo materialne.

Zgodnie z art. 33 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. prawo prywatne międzynarodowe prawo właściwe dla zobowiązania ze zdarzenia niebędącego czynnością prawną określa rozporządzenie (WE) nr 864/2007/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 lipca 2007 r. dotyczące prawa właściwego dla zobowiązań pozaumownych ((...)) (Dz. Urz. UE L 199 z 31.07.2007, str. 40).

W myśl art. 28 powyższego rozporządzenia nie uchybia ono stosowaniu konwencji międzynarodowych, których stronami, w chwili przyjęcia niniejszego rozporządzenia, jest jedno lub kilka państw członkowskich, a które ustanawiają normy kolizyjne odnoszące się do zobowiązań pozaumownych (ust. 1).

Powyższe postanowienie przesądza prymat umów międzynarodowych ustanawiających normy kolizyjne odnoszące się do zobowiązań pozaumownych. Polska ratyfikowała Konwencję o prawie właściwym dla wypadków drogowych sporządzoną w H. 4 maja 1971 r., która dotyczy pozaumownej odpowiedzialności cywilnej wynikającej z wypadków drogowych, niezależnie od rodzaju postępowania, w którym dochodzi się tej odpowiedzialności. Stosuje się ją niezależnie od jakiegokolwiek warunku wzajemności, w tym również w sytuacji, gdy prawo właściwe nie jest prawem żadnego z jej państw stron. W myśl jej postanowień za wypadek drogowy uważa się wypadek, w którym uczestniczy jeden pojazd lub kilka pojazdów z napędem silnikowym lub bez napędu, wiążący się z ruchem na drodze publicznej, na terenie ogólnodostępnym lub na terenie prywatnym dostępnym dla niektórych osób (art. 1 konwencji haskiej z 1971 r.).

Republika Federalna Niemiec nie jest stroną tej konwencji, jednak zgodnie z jej art. 11 artykuły od 1 do 10 konwencji stosuje się niezależnie od jakiegokolwiek warunku wzajemności. Konwencję stosuje się nawet wówczas, gdy prawo właściwe nie jest prawem Umawiającego się Państwa.

Konwencja haska z 1971 r. w art. 3 jako podstawowy łącznik przyjmuje miejsce wypadku (*loci delicti*). Wyznacza on właściwe prawo dla dochodzenia roszczeń przez poszkodowanego w wypadku drogowym, który miał miejsce na terytorium państwa jego miejsca stałego pobytu (zamieszkania), jak również poszkodowanego, który doznał szkód na skutek zdarzenia (wypadku drogowego), które miało miejsce na terytorium państwa rejestracji pojazdu sprawcy szkody.

W związku z tym, że wypadek miał miejsce na terenie Niemiec w niniejszej sprawie zastosowanie ma prawo tego państwa w zakresie oceny odpowiedzialności odszkodowawczej strony pozwanej. W tym zakresie zastosowanie znajdują regulacje niemieckiego kodeksu cywilnego (...), ustawy o zasadach ruchu drogowego (StVG) (§ 7 i 11), oraz ustawa o umowie ubezpieczenia (...) (§ 115). Treść tego prawa ustalono na podstawie treści ustaw przekazanych przez Ministerstwo Sprawiedliwości na podstawie art. 1143 k.p.c.

Pozwana ponosi odpowiedzialność za jego skutki na podstawie przepisów prawa niemieckiego, w którym odpowiedzialność cywilna za wypadki samochodowe uregulowana jest przepisami § 7 - § 20 ustawy o ruchu drogowym (StVG) z dnia 19 grudnia 1952 roku.

Stosownie do § 7 tej ustawy odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przez ruch pojazdu mechanicznego ponosi posiadacz pojazdu, jeżeli podczas eksploatacji pojazdu zostanie zabita osoba, bądź dojdzie do uszkodzenia ciała, zdrowia lub rzeczy. Za szkodę wyrządzoną przez ruch pojazdu mechanicznego odpowiada także kierowca pojazdu i odpowiedzialność ta oparta jest na zasadzie winy, przy czym niemiecka ustawa o ruchu drogowym wprowadza w § 18 ust. 1 zd. 2 domniemanie winy kierowcy pojazdu. Poszkodowany nie musi wykazywać winy kierowcy, natomiast kierowca musi w celu zwolnienia się od odpowiedzialności udowodnić brak swojej winy. Zgodnie z § 11 powołanej ustawy, w razie uszkodzenia ciała lub spowodowania uszczerbku na zdrowiu odszkodowanie obejmuje koszt leczenia oraz naprawienie uszczerbku majątkowego, jaki poszkodowany poniósł wskutek tego, że z powodu doznanej szkody całkowicie lub częściowo utracił zdolność do pracy zarobkowej lub też zwiększyły się jego potrzeby. Jeżeli poszkodowany doznał szkody niemajątkowej, należy mu się słuszne odszkodowanie w pieniądzu (zadośćuczynienie za krzywdę).

Dla przyjęcia odpowiedzialności na podstawie §7 StVG konieczne jest zaistnienie związku przyczynowego między ruchem pojazdu a szkodą. Nie chodzi tu o adekwatny związek przyczynowy w ujęciu tradycyjnym. Teoria przyczynowości adekwatnej uległa na gruncie § 7 StVG, modyfikacji polegającej na przyjęciu jako decydującego kryterium „przypisywalności” następstw do kręgu ryzyk, które wiąże się z użyciem pojazdu jako środka transportu. Chodzi tu o takie ryzyka, których możliwość realizacji w ruchu drogowym doprowadziła do ustanowienia § 7 StVG.

Zgodnie z § 115 (1) pkt 1 ustawy o umowie ubezpieczenia osoba trzecia może dochodzić swojego roszczenia w zakresie odszkodowania również przeciwko ubezpieczycielowi jeżeli chodzi o ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej do spełnienia obowiązku ubezpieczenia zawartego zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu obowiązkowym.

Warunkiem roszczenia o zadośćuczynienie jest naruszenie jednego z dóbr chronionych wymienionych w § 253 ust. 1 i 2 Kodeksu Cywilnego ((...)) jak również przyczynowość inicjującego czynu niedozwolonego. Zgodnie z powołanym przepisem za szkodę, która nie jest szkodą majątkową, można żądać tylko rekompensaty pieniężnej i tylko w przypadkach określonych w ustawie. Jeżeli odszkodowanie ma być świadczone z powodu uszkodzenia ciała lub zdrowia można żądać słusznego odszkodowania pieniężnego także za szkodę, która nie jest szkodą majątkową.

Zgodnie z orzecznictwem niemieckiego Sądu Najwyższego zadośćuczynienie za ból i cierpienie spełnia podwójną funkcję: i tak oferuje ono poszkodowanemu z jednej strony stosowną rekompensatę za doznane cierpienia (tzw. funkcja kompensacyjna) oraz z drugiej strony zadośćuczynienie za opisanie tego, co zostało wyrządzone poszkodowanemu przez sprawcę szkody (tzw. funkcja zadośćuczynienia).

Wysokość zadośćuczynienia za ból i cierpienie musi być ustalana z uwzględnieniem wszystkich miarodajnych okoliczności mających znaczenie dla jego wymiaru oraz pozostawać w odpowiednim stosunku do rodzaju i czasu trwania obrażeń. Decydujące są: wielkość, siła i czas trwania bólu, cierpienie, oszpeccenie oraz obrażenia psychiczne. Sędzia rozpoznający sprawę ma przy określaniu wymiaru zadośćuczynienia zasadniczo swobodę działania. Sędzia rozpoznający sprawę musi ocenić okoliczności szczególne indywidualnego przypadku, które wpływają zmniejszająco lub zwiększająco na kwotę zadośćuczynienia, uwzględnić rozwój gospodarczy, który nastąpił od chwili wydania decyzji.

Roszczenie o zadośćuczynienie może zostać wykluczone, gdy zdrowie poszkodowanego zostało naruszone jedynie krótkookresowo i nieznacznie. Wykluczenie powinno w szczególności obowiązywać wobec nieobiektywnych obrażeń kręgosłupa szyjnego pierwszego stopnia. Ustawodawca zrezygnował jednak, w związku z wypracowanym przez orzecznictwo progiem granicznym, z ograniczania roszczenia o zadośćuczynienie poprzez wartość graniczną.

Regulacje prawa niemieckiego oraz orzecznictwo sądowe w zakresie ustalania wysokości zadośćuczynienia za krzywdę wynikającą z wypadku komunikacyjnego są zatem w pewnym zakresie podobne do prawa polskiego.

W niniejszej sprawie w zakresie wysokości zadośćuczynienia decydujące znaczenia miały obrażenia jakich poszkodowany doznał w wypadku komunikacyjnym, a jakie wynikają z opinii biegłych i przedłożonej przez strony dokumentacji medycznej. S. N. (1) w wypadku doznał wielu rozległych obrażeń. Ich charakter oraz zakres nie pozostawiają wątpliwości, że cierpienia psychiczne i fizyczne poszkodowanego musiały być ogromne, w szczególności, gdy uwzględni się, że musiał on przejść szereg zabiegów i operacji, które tylko zwiększały te cierpienia. Powyższe interwencje medyczne dotyczyły w szczególności głowy, a więc jednego z najważniejszych organów. Nie powinno być także wątpliwości, że do zwiększenia cierpień poszkodowanego prowadziła także konieczność poddawania się innego rodzaju zabiegom, w tym rehabilitacyjnym. Pobyty w jednostkach medycznych trwały nieprzerwanie niemal 6 miesięcy po wypadku, a także miały miejsce po powrocie do Polski. Po zdarzeniu nie odzyskał on nigdy sprawności sprzed wypadku. Na skutek tego zdarzenia wymagał długotrwałej rehabilitacji neurologopedycznej, która i tak nie przynosiła oczekiwanych rezultatów. Utracił on zatem trwale możliwość kontaktu z otoczeniem, co także wpływa na zakres jego krzywdy. Zmiany te miały w każdym przypadku charakter trwały i dotyczyły okresu aż do śmierci S. N. (1). Aż do tego momentu poszkodowany odczuwał zatem następstwa wypadku komunikacyjnego, które niemal przez połowę tego okresu miały charakter bardzo intensywny. Okres przez jaki poszkodowany odczuwał te następstwa nie był zatem długi, jednak cierpienia – które wpływają na wysokość zadośćuczynienia – psychiczne i fizyczne były na tyle intensywne, że wysokość należnego mu świadczenia także powinna być adekwatna do tego czynnika. Jednakże czas trwania następstw ma znaczenie dla oceny wysokości zadośćuczynienia. Nawet zatem przy takim nasileniu cierpień jak w przypadku poszkodowanego na ograniczenia wysokości świadczenia musi wpływać czas ich odczuwania przez tę osobę. Z tego względu żądanie zasądzenia kolejnej kwoty 750.000 zł jest wygórowane. S. N. (1) w toku postępowania likwidacyjnego otrzymał od pozwanej już kwotę ponad 255.000 zł na poczet zadośćuczynienia. Łącznie zatem kwota zadośćuczynienia wynosiłaby ponad 1.000.000 zł.

W ocenie Sądu, przy uwzględnieniu wskazanych powyższej okoliczności decydujących o zakresie cierpień psychicznych i fizycznych, kwota 250.000 zł nie jest adekwatna do rozmiaru krzywdy poszkodowanego. Zdaniem

sądu zasadnym było przyznanie dalszej kwoty 400.000 zł, która łącznie z przyznanym już świadczeniem powinna być odpowiednia do zakresu cierpień doznanych przez poszkodowanego i czasu ich trwania.

Powodowie w niniejszej sprawie jako spadkobiercy S. N. (1) dziedziczą po nim spadek w 1/4 części każdy. W związku z tym na rzecz każdego z nich zasądzono po 100.000 zł.

Odnosnie terminu wymagalności odsetek zasądzono je zgodnie z żądaniem zawartym w pozwie. W ocenie Sądu nie można podzielić stanowiska strony pozwanej, że odsetki te należało zasądzić od dnia wyrokowania. Dnia 27 lutego 2015 roku strona pozwana podjęła decyzję o wypłacie poszkodowanemu części świadczenia. Podejmując taką decyzję należało uwzględniać stan zdrowia poszkodowanego i związane z tym przewidywane następstwa. Obrażenia jakich S. N. (1) doznał w wypadku, przebieg jego dotychczasowego leczenia, podjęcie rehabilitacji neurologopedycznej, uzasadniały stanowisko, że proces leczenia poszkodowanego nie był jeszcze zakończony. Kwota przyznana w postępowaniu likwidacyjnym do czasu podjęcia powyższej decyzji nie może być zatem uznana za adekwatną do całokształtu cierpień S. N. (1), które już do tej pory były ogromne i z pewnością uzasadniały przyznanie wyższej kwoty zadośćuczynienia.

Stopa odsetek została określona zgodnie z § 288 pkt 1 niemieckiego kodeksu cywilnego, który stanowi, że dług pieniężny podczas zwłoki podlega oprocentowaniu. Natomiast zwłoka ta powstaje jeżeli dłużnik nie wykona świadczenia w wyniku wezwania wierzyciela, które następuje po nadejściu wymagalności (§ 286 pkt 1 (...)).

Uwzględniając powyższe, orzeczono jak w pkt I i II wyroku.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach postępowania w sprawach cywilnych w zw. z art. 100 k.p.c. nakazano pozwanej, aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa – Sąd Okręgowy w Świdnicy kwotę 10.000 zł tytułem części opłaty sądowej, od obowiązku uiszczenia, której S. N. (1) został zwolniony.

O kosztach postępowania orzeczono na podstawie art. 100 k.p.c. Powodowie żądali zasądzenia na swoją rzecz kwoty 750.000 zł, a powództwo uwzględniono do kwoty 400.000 zł. Wygrali zatem sprawę w 53%. Wysokość kosztów procesu poniesionych przez obie strony uzasadniał wzajemne zniesienie kosztów postępowania.