

WYROK Z DNIA 1 KWIETNIA 2008 R.

IV KK 381/07

Warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza – gwaranta z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest obiektywne przypisanie mu skutku należącego do znamion strony przedmiotowej objętego tym przepisem przestępstwa. Warunek ten będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Przewodniczący: sędzia SN J. Stecki

Sędziowie SN: A. Deptuła (sprawozdawca), H. Gordon-Krakowska.

Prokurator Prokuratury Krajowej: Z. Siejbik.

Sąd Najwyższy w sprawie Roberta K., oskarżonego z art. 160 § 3 k.k., po rozpoznaniu w Izbie Karnej na rozprawie w dniu 1 kwietnia 2008 r., kasacji wniesionych na niekorzyść przez prokuratora i pełnomocnika oskarżyciela posiłkowego od wyroku Sądu Okręgowego w K. z dnia 15 lutego 2007 r., zmieniającego wyrok Sądu Rejonowego w K. z dnia 5 kwietnia 2005 r.,

u c h y l i ł zaskarżony wyrok i sprawę p r z e k a z a ł Sądowi Okręgowemu w K. do ponownego rozpoznania w postępowaniu odwoławczym.

UZASADNIENIE

Sąd Rejonowy w K., po rozpoznaniu sprawy Roberta K. oskarżonego o to, że w dniu 12 maja 1999 r. w K., przez błędną diagnozę co do stanu zdrowia Krystyny K. oraz nieskierowania jej do neurologa, nieumyślnie naraził ją na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia – to jest o popełnienie występku z art. 160 § 3 k.k. – wyrokiem z dnia 5 kwietnia 2005 r. uznał oskarżonego za winnego popełnienia zarzucanego mu czynu i za to skazał na podstawie art. 160 § 3 k.k. na karę roku pozbawienia wolności, z warunkowym zawieszeniem jej wykonania na okres 4-letniej próby, orzekając także na podstawie art. 41 § 1 k.k. zakaz wykonywania przez oskarżonego zawodu lekarza przez 4 lata.

Wyrok ten zaskarżył obrońca Roberta K., zarzucając obrazę przepisów postępowania (art. 7 i art. 410 k.p.k.), polegającą na dowolnej ocenie złożonych w postępowaniu opinii biegłych AM i ZM w G. oraz błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że na skutek działania oskarżonego doszło do narażenia pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia.

W apelacji obrońca wnosił o uniewinnienie oskarżonego, względnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania w postępowaniu pierwszoinstancyjnym.

Sąd Okręgowy w K., wyrokiem z dnia 15 lutego 2007 r., zmienił zaskarżony wyrok i uniewinnił Roberta K. od stawianego mu zarzutu.

W uzasadnieniu tego orzeczenia Sąd Okręgowy w K. stwierdził, że dostrzega implikacje wynikające z zasad bezpośredniości i dwuinstancyjności obowiązujących w postępowaniu karnym, to jednak przepisy ustawy procesowej dają sądowi odwoławczemu prawo do odmiennego orzekania co do istoty sprawy w przypadkach wyjątkowych, przy czym „wyjątkowość

taka polegać musi na dokonaniu przez sąd pierwszej instancji oceny rażąco sprzecznej, niezgodnej z przedstawionymi wymogami jej dokonywania” (cytat z uzasadnienia wyroku SO). Sytuacja taka – zdaniem Sądu Okręgowego – wystąpiła w „niniejszym postępowaniu bowiem wszelkie uchybienia proceduralne oraz dotyczące ustaleń faktycznych dotyczą w swej istocie procesu oceny dowodów, która to ocena w sposób rażący naruszyła rządzące nią reguły, stając się oceną nie swobodną, lecz dowolną i jako taka podlegać musi ingerencji sądu odwoławczego”.

Gdy chodzi o „warstwę” już ściśle merytoryczną Sąd Okręgowy stwierdził, że „nie można zgodzić się z twierdzeniem apelującego, iż pokrzywdzona w chwili udzielenia jej pomocy medycznej przez oskarżonego nie znajdowała się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia”, jednak „niepodobna znaleźć podstaw dla przypisania Robertowi K. popełnienia zarzucanego mu aktem oskarżenia czynu. O ile bez wątplenia naruszył on w wyniku swojego niedbalstwa obowiązujące w takich przypadkach, a powszechnie przyjęte w nauce i praktyce reguły ostrożności, o tyle nie istnieją podstawy do powiązania tego zaniechania z zaistniałym skutkiem w postaci nieumyślnego narażenia pokrzywdzonej na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, który to skutek stanowi znamię czynu opisanego w art. 160 § 3 k.k. Oskarżony w ogóle nie miał możliwości stwierdzenia, że swoim zachowaniem prowadzi do zwiększenia poziomu zagrożenia już istniejącego w stosunku do pokrzywdzonej. Nie może zatem ponosić on odpowiedzialności za popełnienie przestępstwa nieumyślnego, albowiem wymaga ono co najmniej tego, aby sprawca nie mając zamiaru popełnienia czynu zabronionego popełnił go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć”.

Wyrok Sądu Okręgowego zaskarżyli kasacjami Prokurator Okręgowy w K. oraz pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego.

W kasacjach podniesione zostały następujące zarzuty:

Prokurator zarzucił rażące naruszenie przepisów postępowania, które miało istotny wpływ na jego treść:

1. art. 424 § 1 pkt 1 k.p.k. w zw. z art. 457 § 3 k.p.k., art. 458 k.p.k. oraz art. 2 § 2 k.p.k. i art. 4 k.p.k. i art. 7 k.p.k. polegające na tym, że orzekając odmiennie co do istoty, Sąd odwoławczy nie podał wyczerpujących przesłanek swojego orzeczenia, w szczególności nie omówił i nie ocenił poszczególnych dowodów, dokonując grupowej ich oceny, tj. zeznań świadków (...) oraz lekarzy operatorów, jak również nie wskazał merytorycznych powodów, dla których zdeprecjonował część dowodów, a w szczególności medyczno – sądową opinię biegłych z Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w K., którą to Sąd pierwszej instancji uznał za wiarygodną, natomiast nadał walor wiarygodności wyłącznie dowodom mającym świadczyć o niewinności oskarżonego oraz uzasadnił swoje orzeczenie okolicznościami nieznajdującymi potwierdzenia w materiale dowodowym, opartymi na przypuszczeniach o braku możliwości skutecznego zaopatrzenia medycznego Krystyny K. w terminie 13 dni, w płaszczyźnie aktualnej sytuacji organizacyjnej służby zdrowia,

2. art. 366 § 1 k.p.k. i art. 201 k.p.k. oraz art. 410 k.p.k. w zw. z art. 4 k.p.k. i art. 7 k.p.k. – przez niewyjaśnienie wszystkich okoliczności sprawy i skoncentrowanie się głównie na fragmencie postępowania medycznego dot. badania oponowego i skutków jego nieprzeprowadzenia.

Z kolei pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego sformułował zarzuty w sposób następujący:

1. naruszenie przepisów postępowania to:

a) art. 7 k.p.k., przez przekroczenie zasad swobodnej oceny dowodów i dokonanie oceny dowolnej w szczególności przez:

I. uznanie, że karta chorobowa nie odzwierciedla przebiegu wizyty lekarskiej w zakresie zaleceń dalszych konsultacji,

II. odmówienie wiarygodności zeznaniom świadka Krzysztofa K. oraz świadków Danuty P. i Stanisławy R. ze względu na fakt bliskości świadków wobec pokrzywdzonej i przyjęcie, że ich relacja jako zainteresowanych w sprawie jest relacją subiektywną i zmierzającą do nadmiernego obciążenia oskarżonego,

III. nieuwzględnienie wynikającej z relacji świadków okoliczności, że objawy typowe dla krwawienia podpajęczynówkowego występowały u Krystyny K. w dniu 12 maja 1999 r. oraz przyjęcie, iż oskarżony opisanych objawów nie mógł w tym dniu rozpoznać,

IV. błędną oceną opinii biegłych i brak należytego uzasadnienia rzetelnego wyboru, z pominięciem licznych sprzeczności występujących między tymi opiniami;

b) art. 410 k.p.k., przez nieuwzględnienie całokształtu ujawnionych w toku rozprawy głównej dowodów stosownie do wskazanych powyżej okoliczności;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, przez niewłaściwą wykładnię i błędne zastosowanie art. 160 § 3 k.k. na skutek niewłaściwego rozgraniczenia norm art. 160 § 3 k.k. oraz art. 155 k.k. i niewłaściwego rozstrzygnięcia co do winy oskarżonego.

W obu kasacjach zawarto wnioski o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w K. do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje.

Zacząć trzeba od stwierdzenia, że nie budzą większych zastrzeżeń wywody Sądu Okręgowego w K. odnoszące się do istoty i warunków jakie muszą być spełnione, aby można mówić o błędzie diagnostycznym. Tym samym Sąd Okręgowy trafnie odczytał sam przedmiot postępowania kar-

nego w tej sprawie. Trafne są również rozważania Sądu Okręgowego w kwestii podstaw odpowiedzialności karnej z art. 160 § 3 k.k.

Dopowiedzieć jedynie trzeba, że skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku objętego tym przepisem jest nie tylko spowodowanie zagrożenia w sytuacji, w której przed zachowaniem sprawcy żadne niebezpieczeństwo pokrzywdzonemu nie zagrażało, ale także, gdy sprawca swoim zachowaniem zwiększa zagrożenie dla już powstałego (wcześniej) bezpośredniego niebezpieczeństwa. Trafnie ten problem ujęto w piśmiennictwie karnistycznym, gdzie stwierdzono: „w wypadku zaniechania wymaganych działań przez gwaranta nienastąpienia skutku, skutek co do przestępstw materialnych dokonanych przez zaniechanie będzie polegał zarówno na wywołaniu stanu zwiększającego owo niebezpieczeństwo, jak i na utrzymaniu się poziomu owego niebezpieczeństwa zastanego przez gwaranta w chwili aktualizacji jego obowiązku działania” (zob. M. Bielski: Prawnokarne przypisanie skutku w postaci konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo, PS 2005, nr 4, s. 119 i nast.; zob. także M. Filar: Lekarskie Prawo Karne, Kraków 2000, s.71 i nast.). Innymi słowy, lekarz – gwarant poniesie odpowiedzialność karną z art.160 § 2 lub § 3 k.k., gdy swoim zachowaniem zdynamizował owo bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku dla zdrowia u osoby, wobec której występował w roli gwaranta nienastąpienia skutku. Dla pełnej jasności dodać trzeba, że w ten sam sposób kwestia odpowiedzialności lekarza w płaszczyźnie przepisu art. 160 k.k. ujęta została w orzecznictwie (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 2002 r., IV KKN 347/99, LEX nr 74394, postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 czerwca 2004 r., V KK 37/04, OSNKW 2004, z. 7-8 poz. 73).

Dodać także trzeba, że warunkiem odpowiedzialności karnej lekarza – gwaranta z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest obiektywne przypisanie mu skutku należącego do znamion strony przedmiotowej objętego tym przepisem prze-

stępstwa. Warunek ten będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciążącego na lekarzu obowiązku zapobiegłoby realnemu narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

O ile zatem rozważania Sądu Okręgowego w K., na poziomie „ogólnym” uzupełnione uwagami zamieszczonymi w poprzednim akapicie, nie budzą większych zastrzeżeń, o tyle gdy Sąd Okręgowy przechodzi na poziom „szczegółowy”, przez który rozumieć w tym wypadku trzeba oceny materiału dowodowego i wnioski z ocen tych wyprowadzone, sytuacja zmienia się diametralnie i to w sposób, w którym wysunięte w skargach kasacyjnych zarzuty naruszenia przepisów postępowania – art. 7 i art. 410 k.p.k. niepodobna uznać za bezzasadne.

Sąd Okręgowy ustalenia odnoszące się już wprost do zachowania oskarżonego rozpoczyna od przedstawienia wizyty Krystyny K. w dniu 12 maja 1999 r. u Roberta K. i stwierdza (fakt ten zresztą był od początku bezsporny), że „oskarżony nie wykonał jednakże tzw. badań oponowych, które są zabiegiem bardzo prostym, możliwym do wykonania w każdym gabinecie lekarskim, a którego celem jest wykluczenie krwotoku podpajęczynówkowego będącego rezultatem pęknięcia tętniaka” i dalej „wedle wskazań wiedzy medycznej oraz wedle powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej przeprowadzenie takich badań, przy zaobserwowaniu wskazanych wyżej objawów jest obowiązkowe ... Robert K. dokonał nieprawidłowej diagnozy rozpoznając u Krystyny K. dystonię neurovegetatywną i zalecił lek o działaniu uspakajającym”. W tych ustaleniach Sąd Okręgowy powołuje się na opinie sądowno-lekarskie wszystkich trzech zespołów opiniujących, a więc i opinię Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w G., którą Sąd ten wyróżnił i szczególnie wysoko ocenił. Warto w tym miejscu przytoczyć odpowiedni dla omawianej w tym fragmencie kwestii wywód biegłych. Otóż ten zespół opiniujący w osobach prof. dr hab. med. B. I. i prof. dr hab. med.

S. R. wypowiedział się w sposób następujący: „w diagnostyce lekarskiej nie dopuszcza się sytuacji, w której zaniechanie zbadania objawów oponowych w przypadku bólów głowy połączonych z wymiotami byłoby usprawiedliwione ... badanie objawów oponowych należy do badań podstawowych, wchodzących w zakres badania ogólnolekarskiego, a zatem takiego, które zobowiązany jest przeprowadzić każdy lekarz badający pacjenta, a w szczególności w przypadku stwierdzenia bólów głowy i wymiotów”. W innej wypowiedzi ci sami biegli stwierdzili: „można wymagać od lekarza aby na podstawie objawów jakie Krystyna K. podawała przeprowadził badanie w kierunku istnienia objawów oponowych”, dodają jednak „że badanie objawów oponowych w dniu 12 maja 1999 r. u pokrzywdzonej nie przyczyniłoby się do ustalenia prawidłowej diagnozy”.

W tej części uzasadnienia Sąd Okręgowy ten dokonuje następującego ustalenia: „w zaistniałym stanie faktycznym nie istniały przesłanki do skierowania pacjentki do neurologa ... ze względu na wystąpienie bólów dopiero w dniu wizyty oraz brak innych charakterystycznych dla wylewu podpajęczynówkowego objawów takich jak drętwienie kończyn czy karku”. Powstać tu musi pytanie o kluczowym wręcz znaczeniu dla oceny meritum sprawy – co stanowiło dowodową podstawę takiej konstatacji sądu odwoławczego. Wyjaśnienie tej kwestii znajduje się w dalszej partii uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia. Otóż Sąd Okręgowy dyskwalifikuje zeznania świadków K. K. oraz S. R. i D. P., przy czym stanowisko swoje uzasadnia następująco – „zwrócić należy uwagę na fakt, że sztywność karku i drętwienie kończyn nie pojawiają się w pierwszych zeznaniach K. K., a dopiero w toku kolejnych przesłuchań. Za sprzeczne z doświadczeniem życiowym, a wręcz sprzeczne z logiką uznać należałoby, że świadek ten pominąłby okoliczność o tak istotnym charakterze, będącą jednocześnie dostrzegalną na pierwszy rzut oka. Z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością można natomiast przyjąć, że świadek ten poznał w toku postępowania kar-

nego podstawowe objawy krwotoku podpajęczynówkowego i uzupełnił swoje zeznania o tę właśnie okoliczność na prawdzie nie polegającą. Podobną argumentację zastosować można do osób pracujących z pokrzywdzoną pomiędzy 12 maja a 25 maja 1999 r.” (chodzi o S. R. i D. P. – dopisek SN).

Tego rodzaju argumentacja już w punkcie wyjścia ujawnia, że Sąd Okręgowy tylko deklaruje wolę respektowania zasady bezpośredniości, w rzeczywistości bowiem zasadzie tej rażąco uchybia, bowiem sąd odwoławczy, decydując się na odmienną ocenę winien mieć na uwadze, że istotnym czynnikiem, kształtującym przekonanie o wartości osobowych źródeł dowodowych są spostrzeżenia i wrażenia odniesione w czasie bezpośredniego przesłuchania na rozprawie, których przecież Sąd Okręgowy nie posiadał. Ale brak akceptacji dla stanowiska Sądu Okręgowego w tej kwestii wynika z innego jeszcze faktu, odnoszącego się już wprost do świadka K. K.

Otóż K. K. już we wniosku o wszczęcie postępowania pisał: „w dniu 12 maja 1999 r. żona będąc w pracy nagle bardzo źle się poczuła – silny ból głowy, sztywnienie karku, wymioty, trudności w poruszaniu lewej ręki i nogi, szum w uszach”, zaś w zeznaniach w dniu 5 listopada 1999 r. (były to pierwsze zeznania tego świadka) stwierdził, że „żona skarżyła się na dokuczliwy ból głowy, szczególnie w tylnej części głowy w okolicy karku, że ma mdłości”. Trudno dociec na jakiej podstawie Sąd Okręgowy posłużył się taką argumentacją, jaką się posłużył w ocenie zeznań K. K., zaś „uwaga” Sądu Okręgowego kierowana do świadków S. R. i D. P., że „są one powiązane z osobą pokrzywdzonej i występują w procesie jako świadkowie oskarżenia”, jako dalszy argument na rzecz niewiarygodności ich zeznań brzmi całkiem osobliwie i nie wymaga komentarza.

Sąd Okręgowy stwierdza także, że „nawet gdyby przyjąć, co w kontekście powyższej argumentacji nie może mieć miejsca (chodzi o argumentację na rzecz dyskwalifikacji zeznań świadków – dopisek SN), że objawy

te rzeczywiście występowały, to nie można mieć pewności co do tego, czy wiedzę tę posiadał również oskarżony”.

Stanowisko takie jest nie do przyjęcia i to z powodów natury wręcz zasadniczej. Błąd diagnostyczny, a do tego przecież sprowadza się postawiony oskarżonemu zarzut, należy postrzegać jako powstały również w takiej sytuacji, w której lekarz przeprowadza badania fizykalne, ale nie poprzedza ich właściwym, rzetelnie przeprowadzonym, dociekliwym wywiadem. Trudno sobie w ogóle wyobrazić sytuację, w której badanie fizykalne nie jest poprzedzone wywiadem i to wywiadem nie „byle jakim”, lecz takim w którym lekarz docieka przebiegu i objawów zgłaszanej choroby oraz chorób przebytych, bowiem tylko taki wywiad wręcz warunkuje poprawność diagnozy i zastosowanie następnie właściwej terapii. U źródeł błędu diagnostycznego najczęściej leży przyjęcie niewłaściwych przesłanek postawionej przez lekarza diagnozy. Może to być spowodowane powierzchownością badania pacjenta lub wręcz zaniechaniem jego zbadania, nieprzeprowadzeniem specjalistycznych badań pomocniczych, złą interpretacją takich wyników lub obiektywną ich błędnością. Powierzchowność ustalamy w relacji do ogólnego wymogu zachowania przez lekarza należytej staranności przy wykonywaniu zawodu. Badanie będzie powierzchowne, gdy odbiegało od przeciętnego, powszechnie przyjętego w praktyce i uznanego za mieszczące się w ramach *lege artis* badania w analogicznych sytuacjach. W tym wypadku, o czym wcześniej była już mowa, chodzi o nieprzeprowadzenie przez oskarżonego badania oponowego, które przecież biegli (wszystkie trzy zespoły opiniujące) uznały za standard metod badawczych dla takiego przypadku, z jakim zetknął się oskarżony w kontakcie z Krystyną K. Opinia biegłych z AM i ZMS w G. operowała tu określeniem – „badania podstawowe, które zobowiązany jest przeprowadzić każdy lekarz badający pacjenta, w szczególności w przypadkach stwierdzenia bólów głowy i

wymiotów. Zwyczajowym badaniem przy zgłaszanych bólach głowy powinno być zbadanie objawów oponowych”.

W świetle tego co wyżej powiedziano na temat znaczenia wywiadu, jaki lekarz powinien przeprowadzić w procesie diagnozowania badanego pacjenta, wątpliwości Sądu Okręgowego co do tego, czy oskarżony „posiadał wiedzę”, gdy chodzi o „sztywnienie karku” i „drętwienie kończyn” Krystyny K., jawią się jako zupełnie niezrozumiałe, o ile na ich podstawie Sąd Okręgowy opiera wnioski o braku podstaw do przypisywalności skutku relevantnego z punktu widzenia odpowiedzialności z art. 160 § 3 k.k. Jeśli bowiem oskarżony nie przeprowadził rzetelnego wywiadu przy badaniu Krystyny K. i – by użyć określenie którymi posłużył się Sąd Okręgowy – „nie posiadał wiedzy” o tych objawach, to sam się wiedzy o rzeczywistym stanie zdrowia Krystyny K. pozbawił, i z tej perspektywy należy również patrzeć na zachowanie się oskarżonego w dniu 12 maja 1999 r. jako gwaranta niewystąpienia skutku w postaci zdynamiczowania bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu Krystyny K.

Na tle stanowiska Sądu Okręgowego w kwestii owych objawów „sztywnienie karku i drętwienia kończyn u Krystyny K.” (że w dniu 12 maja 1999 r. objawy te nie występowały, zaś zeznania świadków: K. K., S. R. i D. P. fałszowały rzeczywistość) uprawnione jest pytanie o cel takiego ustalenia Sądu Okręgowego. Lektura dalszych wywodów zawartych w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku pozwala cel ten ustalić.

Otóż Sąd Okręgowy stwierdza, że „orzekając odmiennie co do istoty sprawy oparł się przede wszystkim na opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w G.”. Opinia ta – stwierdza dalej Sąd Okręgowy – „w przeciwieństwie do dwóch pozostałych, nie mierzy obok ustalonego stanu faktycznego, lecz uderza w jego sedno”. Elementem, i to elementem bardzo ważnym, było właśnie ustalenie niewystąpienia objawów „sztywnienia karku i

drętwienia kończyn u Krystyny K.” w dniu 12 maja 1999 r. i Sąd Okręgowy w następnym zdaniu po wyżej zacytowanych stwierdza, że biegli ci ustalili, iż „objawy w ogóle u pokrzywdzonej nie miały prawa wystąpić”. Nasuwa się tu wniosek wręcz oczywisty, że zanegowanie owych objawów jest konieczne do afirmacji opinii biegłych z G. Tymczasem skoro opinia biegłych z Akademii Medycznej w K. pozostawała w zdecydowanej opozycji do opinii Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w G., to oczywistą koniecznością było, aby ci ostatni biegli wypowiedzieli się w kwestii – czy w sytuacji wystąpienia jednak rzeczonych objawów ich ostateczne konkluzje na temat błędu diagnostycznego oskarżonego byłyby takie same, jakie finalnie były. Bardzo wątpliwą co do słuszności staje się w takiej sytuacji wyrażona w zaskarżonym wyroku opinia o bezwzględnej i niepoddającej się żadnej krytycznej ocenie przydatności opinii AM i ZM w G. dla ustalenia rzeczywistego stanu faktycznego sprawy i z kolei oceny tego stanu w płaszczyźnie odpowiedzialności oskarżonego za zarzucony mu czyn z art. 160 § 3 k.k.

Powyższe nie wyczerpuje jednak poważnych zastrzeżeń jakie wywołuje stanowisko Sądu Odwoławczego.

Oto bowiem pełnej afirmacji opinii biegłych z AM i ZM w G. towarzyszy już poprzednio stwierdzenie, że opinia ta, w przeciwieństwie do dwóch pozostałych, nie mierzy obok ustalonego stanu faktycznego, lecz uderza w jego sedno. Stwierdzenie takie rozumiane być musi jako krytyka pozostałych dwóch opinii biegłych. Rzecz jednak w tym, że w dalszym fragmencie uzasadnienia zaskarżonego wyroku Sąd Okręgowy stwierdza, że opinia biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w L. (a więc jedna z tych dwóch, które nie mierzą w sedno stanu faktycznego) „jest spójna, logiczna: ma przede wszystkim charakter wielowątkowy”. Taki wywód wskazuje na niekoherentność poglądu Sądu Okręgowego, skoro wcześniej opinia ta oceniona została jako nie trafiająca w sedno sprawy. Jeśli mimo to opinia ta jest spójna, logiczna i wielowątkowa, to należy przy-

pomnieć, że w jednej i to nader istotnej kwestii była ona zbieżna z opinią biegłych z AM w K., a mianowicie obie te opinie stwierdzały, że gdyby oskarżony wykonał Krystynie K. badania oponowe, sprowadzające się do prostego zabiegu dociśnięcia brody do klatki piersiowej, dokonałby prawidłowego rozpoznania. Dodatni bowiem wynik takich badań, przez ujawnienie sztywności karku ujawniłby krwawienie do czaszki, a to z kolei narzucałoby z nieuchronną (z punktu widzenia podstawowych wymogów medycznych) koniecznością zastosowania innego, niż zastosował to oskarżony, leczenia. Zwracał na to uwagę Sąd Najwyższy w wyroku uchylającym poprzedni wyrok Sądu odwoławczego.

Dezynwolturze z jaką odniósł się Sąd Okręgowy do opinii biegłych Akademii Medycznej w K. nie towarzyszy pogłębiona i rzeczowa argumentacja. Trzyzdaniowa wzmianka na temat tej opinii za rzeczową argumentację uznana być nie może.

Z taką samą krytyką muszą spotkać się uwagi poczynione przez Sąd Okręgowy oceniające zachowanie pokrzywdzonej i jej męża K. po dniu 12 maja 1999 r. i wyrażona na ich podstawie opinia o „przerwaniu przez nich nici” normatywnego powiązania skutku, a zachowaniem oskarżonego. Stanowisko Sądu Okręgowego w tej kwestii trafnie poddał krytyce zarówno prokurator, jak i pełnomocnik oskarżyciela posiłkowego.

Podsumowując należy stwierdzić, że zaskarżony wyrok nie mógł się ostać i winien podlegać uchyleniu a sprawa przekazana do ponownego rozpoznania przez Sąd Okręgowy w K.