

## UZASADNIENIE

Powód A. C. w pozwie z 18 sierpnia 2016 r. skierowanym przeciwko Towarzystwu (...) S.A. w W. wniósł o zapłatę 70 000 zł zadośćuczynienia z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 24 marca 2019 r. do dnia zapłaty, kwoty 8 293 zł odszkodowania z odsetkami jak wyżej liczonymi od kwoty 2 840 zł od dnia 24 marca 2016 r. do dnia zapłaty, od kwoty 800 zł od dnia 31 marca 2016 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 4 653 zł od dnia doręczenia pozwu, a także przyznanie od dnia 1 lipca 2016 r. renty miesięcznej na zwiększone potrzeby w wysokości po 1 400 zł, płatnej z góry do dnia 10. każdego miesiąca poczynając od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty, co do rat wówczas wymagalnych oraz w przypadku uchybienia terminu płatności którejkolwiek z rat na przyszłość. Powód wywodzi swoje roszczenia ze zdarzenia z dnia 27 listopada 2015 r. kiedy to w trakcie wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych w Centrum (...) II w B. S. (SM spółka z o.o.), ubezpieczonym od odpowiedzialności cywilnej w pozwanym zakładzie ubezpieczeń, w wyniku nieodpowiedniej asekuracji fizjoterapeuty, upadł doznając złamania części dalszej trzonu prawej kości udowej.

(pozew – k. 2-11)

Pozwany Zakład (...) wniósł o oddalenie powództwa i zwrot kosztów postępowania wskazując, że personel medyczny SM spółki z o.o. nie popełnił błędu medycznego ani niestaranności przy udzielaniu powodowi świadczeń rehabilitacyjnych. Do odpowiedzi na pozew załączona została polisa ubezpieczeniowa serii PL nr (...) z dnia 3 grudnia 2014 r., z treści której wynika, że suma gwarancyjna wynosi 75 000 Euro na jedno zdarzenie. Zgodnie z wyjaśnieniami pozwanego 312 233 zł.

(odpowiedź na pozew – k. 98-100,

wnioskopolisa – k. 109-122, pismo pozwanego ZU – k. 130-131)

Pismem z dnia 6 października 2016 r. powód wniósł o dopozwanie SM spółki z o.o. w B. S. i zasądzenie żądanych kwot in solidum od obu pozwanych.

(pismo – k. 127-128)

Sąd wezwał wskazaną przez powoda spółkę do udziału w sprawie w charakterze pozwanego poszanowaniem z dnia 11 października 2016 r.

(postanowienie – k. 129)

Pozwana SM spółka z o.o. w B. S. wniosła o oddalenie powództwa i zwrot kosztów procesu. Pozwana wskazała, że złamanie kości udowej nastąpiło w trakcie wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych i nie miało żadnego związku z upadkiem, gdyż powód cierpi na osteopenię. Nadto zdarzenie miało miejsce już po około 15 zabiegach danego typu, a sam powód, który jest lekarzem aktywnie uczestniczył w wyborze terapii. Z ostrożności procesowej pozwana wskazała, że roszczenia powoda są wygórowane, gdyż jego stan funkcjonalny po zdarzeniu nie pogorszył się, a pozwana dobrowolnie zaoferowała mu bezpłatny pobyt w ośrodku do 30 stycznia 2016 r., pokrywała nadto koszty dowożenia powoda na konsultacje ortopedyczne, organizowała powodowi niezbędne zakupy i odwiedziny w szpitalu. Sam zaś powód był na tyle zadowolony z opieki i rehabilitacji, że umówił się na kolejny pobyt w ośrodku.

(odpowiedź na pozew – k. 133-141)

Postanowieniem wydanym na rozprawie w dniu 3 grudnia 2018 r. sąd ograniczył dalszą rozprawę do zasady odpowiedzialności strony pozwanej.

(postanowienie – k. 282 –odwrot)

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Powód przebywał na turnusie rehabilitacyjnym w Centrum (...) II w B. S. od 8 listopada do 5 grudnia 2015 r. W związku z wypadkiem pobyt przedłużył się na koszt pozwanej spółki SM do 30 stycznia 2016 r. W pierwszym dniu pobytu fizjoterapeuta zebrał wywiad od powoda oraz zapoznał się z dokumentacją medyczną. Na tej podstawie oraz na podstawie testów wstępnych zaproponowano powodowi program kinezyterapii, na który powód wyraził zgodę.

(okoliczności bezsporne)

Przed przyjęciem do Centrum powód wypełnił ankietę - test funkcjonalny i badanie neurologiczne. W ankiecie zaznaczył, że nie potrzebuje pomocy przy przemieszczaniu, choć porusza się na wózku. Jako rozpoznanie powód wpisał „ataksja mózdkowa, niedowład czterokończynowy z przewagą strony prawej”.

(ankieta – k. 149-152)

W karcie informacyjnej wpisano przy ocenie neurologicznej: „Niedowład kk. dolnych i górnych z przewagą prawych, wzmożone napięcie mięśniowe, zespół mózdkowy(zaburzenia równowagi, drżenie zamiarowe), zespół zmęczenia, zaburzenia czucia dłoni, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju – obniżony. (...) 7.5. Zaś przy ocenie fizjoterapeutycznej: „Ocena początkowa. Pacjent poruszający się na wózku. Przesiada się samodzielnie. Jest w stanie przejść z pomocą dystans kilkunastu metrów. Największym problemem jest obecnie osłabienie siły mięśniowej w obrębie kończyn dolnych i tułowia, znacznie zmniejszające możliwości funkcjonalne oraz możliwości lokomocji. Celem terapii będzie poprawa siły mięśniowej oraz wydłużenie przechodzonego dystansu. W części terapia ręki opisano badanie.” Badanie wstępne wykonane u pacjenta na początku terapii wykazało zmniejszenie siły mięśniowej kończyn górnych z przewagą dla kończyny górnej prawej oraz prawidłowy zakres ruchu w stawach kończyn górnych. Zaburzona precyzja ruchu oraz funkcja pisania. U pacjenta występuje drżenie zamiarowe kończyn górnych. Testy funkcjonalne wykonane na początku terapii: ( Hole P.-Test-KG Pr: 43s, 44s; KG L:42s, 1:00 min B. and B. Test – KG Pr: 48 kl; KG L: 54 kl”.

(karta informacyjna - k. 55 i 55 odwrót)

Turnus rehabilitacyjny, na którym doszło do zdarzenia był pierwszym turnusem pozwanego w Centrum (...) II w B. S.. Turnus miał trwać 4 tygodnie. Do zdarzenia doszło 3 lub 4 dni przed zakończeniem turnusu. Ćwiczenie powód wykonywał któryś raz z rzędu z asekuracją fizjoterapeuty.

Powód podał w wywiadzie na początku turnusu, że ma problemy ze złamaniami, ponieważ puszczają mu mięśnie stabilizujące staw kolanowy i błyskawicznie znajduje się na ziemi. Powód od paru lat jest na wózku. W 2015 r. swobodnie potrafił przesiadać się z wózka i przejść samodzielnie kilka, kilkanaście metrów. W trakcie ćwiczeń z jednej strony szedł przy poręczy, a z drugiej strony zabezpieczał go fizjoterapeuta. Do złamania doszło jeszcze przed upadkiem w powietrzu w wyniku ułożenia ciała powstałego w związku z puszczeniem mięśnia stawu kolanowego. Ćwiczenie wykonywane było na twardym podłożu. Z ośrodka powód został zabrany do szpitala. Po 2-3 dniach po operacji wrócił do ośrodka. Potem miał dalej rehabilitację, choć ograniczoną złamaniem. W szpitalu odwiedził powoda prezes - dr K.. Obecnie powód ocenia, że jego stan pogorszył się, przykładowo nie może się przesiadać samodzielnie z wózka na łóżko. Mieszka sam, ale przychodzi do niego rano i wieczorem opiekun na 1 godzinę. Opiekun pomaga w higienie. 3 razy w tygodniu przychodzi nadto odpłatnie rehabilitant.

Powód był badany w kierunku osteoporozy. Ostatnie badanie - densytometria było robione 3-4 lata temu. Nie wykazało zmian osteoporotycznych, tylko osteolityczne. Powód miał łącznie 4-5 złamań prawej nogi w latach 2005-2006. Wcześniej były to złamania kości podudzia. W ankiecie karta 151 w punkcie inne informacje, powód nie wpisał tych złamań. Nie przekazywał do ośrodka dokumentacji dot. wcześniejszych złamań. Powiedział o nich ustnie lekarzowi w wywiadzie. Na karcie 150 pod numerem 7 pytania ankiety powód nie wpisał jaki dystans przechodzi w metrach. Powód nie ma zdiagnozowanej przyczyny, dla której puszczają mu mięśnie stawu kolanowego. To wynika z zaniku mózdzka, odpowiedzialnego za układ ruchu. Do ośrodka w B. S. dostarczył kartę pobytu z rehabilitacji w T., gdzie był po złamaniu

kości podudzia. Tam w wypisie była informacja o zaniku mózdzku i niedowładzie 4 kończynowym głównie po stronie prawej. Do ankiety powód nie przywiązywał dużej uwagi. Bardziej znaczący był dla niego wywiad z lekarzem.

(wyjaśnienia informacyjne i zeznania powoda na rozprawie 13 marca 2017 r. i 15 maja 2019 r. , protokoły skrócone – k. 198-odwrot – 199 oraz 300-odwrót)

Powód przed turnusem informował, że ma stwierdzoną ataksję i niedowład prawostronny. Zależało mu na indywidualnych ćwiczeniach w wodzie, w basenie. Powód został przyjęty w niedzielę 8 listopada 2015 roku. Zakwaterowanie pacjenta zależy od niezbędnej mu pomocy. W przypadku powoda była informacja, że potrzebny jest mu wysięgnik oraz, że wymaga częściowej opieki przy toalecie. Spotkanie z lekarzem neurologiem było jest zwykle w dniu przyjęcia lub w następnym. Ankieta wypełniana wcześniej jest w dziale pielęgniarstwie do analizy. Jest ona też wpięta do dokumentacji pacjenta, którą lekarz widzi. W ośrodku jest sala z bieżnią i podwieszeniem, ale jest rzadko używana. Powód miał jasne oczekiwania wobec rehabilitacji i je jasno artykułował. Ośrodek nie informował powoda, że ma bieżnię. Historię choroby (karta 54) jest w części papierowa, żeby pacjent złożył zgodę na leczenie. Pozostała dokumentacja jest w formie elektronicznej.

(wyjaśnienia informacyjne i zeznania pozwanej na rozprawie 13 marca 2017 r. i 15 maja 2019 r. , protokoły skrócone – k. 199-odwrot-200 oraz 301)

Fizjoterapeuta, który pracował z powodem L. G. jest zatrudniony przez pozwaną spółkę od 10 lat. Był fizjoterapeutą prowadzącym powoda. W dniu 27 listopada 2015 roku wykonywał z powodem ćwiczenia na kozetce wzmacniające mięśnie tułowia i kończyn oraz ćwiczył z nim lokomocję przy poręczy. Pokonywali 3 długości poręczy. Fizjoterapeuta prowadził powoda jedną ręką pod pachą, a drugą trzymał go za dłoń. Powód trzymał poręcz drugą ręką. Jednocześnie, żeby ułatwić chodzenie fizjoterapeuta stosował lekkie odciążenie, podtrzymując powoda pod pachę. Po pokonaniu połowy długości poręczy nastąpił trzask i powód osunął się w dół. Fizjoterapeuta położył go na plecach i zawałał pomoc. Fizjoterapeuta wiedział z wywiadu od powoda, że występowały u niego częste złamania oraz, że ma osteopenię. Dlatego cały czas stosował lekkie odciążenie i pozwalał powodowi na samodzielny chód. Po powrocie powoda ze szpitala nastąpiła zmiana fizjoterapeuty na jego prośbę, bo powód nie chciał się stosować do zaleceń. Powód nie obwinia fizjoterapeuty za zdarzenie.

(zeznania świadka L. G. na rozprawie 13 marca 2017 r. – k. 200-odwrot-201)

Zalecenia fizjoterapeutyczne zostały ustalone zgodnie z wskazaniami wynikającymi z badania powoda opisanego w karcie informacyjnej leczenia w Centrum. Realizacja fizjoterapii była potwierdzana w karcie pacjenta każdego dnia. Fizjoterapie prowadził fizjoterapeuta, który dokonał oceny fizjoterapeutycznej powoda. Posiada uprawnienia do terapii metodą (...). Do dnia wypadku 27 listopada 2015 r. przez 3 tygodnie nie odstępiono od wykonywania zabiegów czy ćwiczeń. W karcie nie znajdują się informacje o złej tolerancji zabiegów lub ćwiczeń z powodu, których konieczne byłoby odstępianie od wykonywania procedury fizjoterapeutycznej. Nie odnotowano również wystąpienia zaburzeń równowagi czy upadków. Według dokumentacji wywiad i badanie powoda przy przyjęciu zostały przeprowadzone prawidłowo. Na ich podstawie został opracowany indywidualny program rehabilitacji powoda zgodnie ze wskazaniami wynikającymi ze stanu zdrowia i wyznaczonego celu. Ocena stanu zdrowia powoda została przeprowadzona na podstawie ankiety, wywiadu oraz badania, co zostało w sposób zbiorczy przedstawione w wydruku z dokumentacji elektronicznej. Dokumentacja ta wskazuje, że ocena stanu zdrowia powoda była przeprowadzona kompleksowo przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę i neurologopedę. W dokumentacji jest informacja o zaburzeniach równowagi i osłabieniu kończyn dolnych. Nawet jeżeli lekarz rehabilitant ustalił zabiegi samodzielnie jest to postępowanie prawidłowe. Lekarz rehabilitant zawsze pełni rolę kierowniczą w zespole terapeutycznym i może ustalać terapie po zapoznaniu się badaniami pozostałych członków zespołu. Nie musi to odbywać się podczas ich obecności na posiedzeniu zespołu terapeutycznego

Przy przyjęciu do Centrum powód poruszał się na wózku, ale również chodził w zakresie do kilkunastu metrów. Jako cel rehabilitacji ustalono poprawę siły mięśni i wydłużenie dystansu chodu czyli tzw. doskonalenie chodu, ewentualnie poprawę wydolności i jakości chodu. Doskonalenie chodu jest prowadzone w poręczach w asekuracji fizjoterapeuty.

Chory chodzi po wyznaczonym torze, równym bez przeszkód, zabezpieczony poręczami. Podczas chodzenia może tylko dotykać poręczy bez podtrzymywania się, a w przypadku zachwiania podpira się rękoma o poręcze, dodatkowo jest czynnie zabezpieczony przez fizjoterapeutę. Chodzi po podłożu stałym, nieporuszającym się. W miarę poprawy jakości i wydolności chodu włączane są ćwiczenia na bieżni z poręczami bocznymi, również w asekuracji fizjoterapeuty.

U powoda sposób doskonalenia chodu wybrany był prawidłowo poprzez ćwiczenia w barierkach z asekuracją fizjoterapeuty. Nigdy nie ma gwarancji, że fizjoterapeuta czy nawet dwóch utrzymają chorego podczas upadku. Przez trzy tygodnie nie odnotowano u powoda zwiększonego ryzyka upadku.

Ćwiczenia chodu na bieżni w tzw. uprząży lub w podwieszeniu z zastosowaniem kombinezu są zalecane u chorych, którzy nie stoją i nie krocą samodzielnie. Zawieszenie nie stanowi zabezpieczenia przed upadkiem, tylko jest odrębną metodą nauki chodu u chorych z plegią lub znacznymi niedowładami kończyn dolnych (brak czynnego ruchu, brak zdolności podporu).

(dokumentacja – k. 265, opinia pisemna biegłego rehabilitanta – k. 242-247, opinia uzupełniająca – k. 268-270)

Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa nie są bezwzględnie obowiązujące. Pełne badanie lekarskie obejmuje również badanie fizykalne. Na karcie informacyjnej (karta 55) jest wskazana ocena neurologiczna i fizjoterapeutyczna i opis pokazuje, że było wykonane również badanie przedmiotowe, czyli fizykalne. Sformułowania wskazują, że było przeprowadzone badanie, np. "zaburzenia czucia, wzmożone napięcie mięśniowe, przesiada się samodzielnie". Nie ma obowiązku opisywania napięcia mięśniowego wg Skali L.. Jest to ocena funkcjonalna. Jeżeli pacjent przesiada się samodzielnie siła mięśni kończyn górnych jest powyżej 4 w skali. Jeżeli może przejść dystans kilku metrów z pomocą (kula, laska, balkonik, osoba trzecia), czyli opiera się na kończynach górnych, ale potrafi utrzymać się i rozpocząć kroczenie, przyjmuje się siłę mięśni kończyn dolnych na poziomie 3,5-4 skali. W skali maksymalna liczba to 5. U powoda skoro założono poprawę siły mięśniowej, więc nie mogła być ona na poziomie maksymalnym. Opis wskazuje, że lekarz nie opierał się na wywiadzie od pacjenta, czy dokumentacji lekarskiej, a że zostały faktycznie przeprowadzone te czynności, które zostały opisane. Dodatkowo w dokumentacji elektronicznej jest opis konsultacji rehabilitacyjnej z 9 listopada 2015, gdzie również jest opis wykonanego badania. W karcie informacyjnej z 2007 roku jest wpisana ocena kończyny dolnej prawej 2+/3-, a dolnej lewej 3/3-. Kończyny górne 3+/4. Należy jednak pamiętać, że skala L. opracowana została do testowania pojedynczych mięśni przy założeniu, że każde badanie zaczyna się od 3. Jeżeli ruch jest wykonywany w pełnym zakresie, ale przy niewielkim oporze ocena powinna być 4. Przy przyłożeniu większego oporu, jeżeli pacjent jest w stanie wykonać ruch, ocena jest 5. Jeżeli ruch jest wykonany w pełnym zakresie w odciążeniu, czyli przy podtrzymaniu lub podwieszeniu ocena jest 2, a 1 jeżeli ruch jest niepełny. W karcie informacyjnej z 2007 roku jest rozbieżności w opisie "chód na szerokiej podstawie" i wykonanej oraz wpisanej ocenie w skali L.. Skoro pacjent chodził, ocena powinna być minimum 4. W przypadku pojedynczego mięśnia mogło być inaczej. Przy kończynach nie powinno się uśredniać. Choroba rozpoznana u powoda w 2005 roku ma charakter postępujący. Z dokumentacji z listopada 2015 roku wynika, że powód chodził z pomocą. Jeżeli jest podwyższone ryzyko upadku wpisuje się je to do karty. U powoda takiego wpisu nie było poza informacją o zaburzeniach równowagi. Mimo to, powód był traktowany jak pacjent z podwyższonym ryzykiem upadku ponieważ miał naukę chodu w poręczach. W obserwacjach pielęgniarstkich u powoda nie było zapisów o ograniczeniach, np. zakazu konkretnych czynności. Powód miał zaburzenia sprawności chodu, chociaż chodził samodzielnie, a podczas chodu miał zaburzenia równowagi, dlatego jako jeden z celów rehabilitacji wpisano doskonalenie chodu. Do tego zastosowano dodatkowe zabezpieczenie w postaci poręczy. Ryzyko upadku mimo to było. Metoda reedukacji chodu byłaby błędna, gdyby nie zastosowano poręczy. Przy poręczach jest możliwość prowadzenia za pacjentem wózka. Jeden terapeuta zawsze stoi z boku, a drugi jedzie za wózkiem, na który pacjent zawsze może usiąść. Jednak według opisu powoda upadek był w bok, a nie w tył, więc prowadzony za nim wózek i tak by nie pomógł. Samodzielne poruszanie się na wózku oznacza, że powód samodzielnie wprowadza wózek w ruch. Stabilizator kolana przy osłabionej sile mięśniowej byłby dodatkowym obciążeniem. Jeżeli była jedna poręcz, a z drugiej strony rehabilitant również nazywa się to chodzeniem w poręczach. W dokumentacji medycznej nie ma zapisów, że w czasie wcześniejszych ćwiczeń były zaburzenia równowagi, dlatego terapia w ten sam sposób była kontynuowana aż do dnia upadku. Informacja o problemach z blokadą kolana miałyby znaczenie dla całokształtu, a nie dla konkretnych

pojedynczych działań. Nie można jednoznacznie stwierdzić, dlaczego powód upadł. Nie było możliwości pełnego zabezpieczenia powoda przed jakimkolwiek zdarzeniem w trakcie rehabilitacji. Sprzęt w postaci podwieszanej uprząży z bieżnią ruchomą nie służy do zabezpieczenia przed upadkiem, tylko do reedukacji chodu u pacjentów, którzy nie mają siły mięśniowej, żeby swobodnie stanąć. Jeżeli mają siłę, żeby stanąć to się ich nie podwiesza. Są urządzenia, które nazywają się lokomaty, które pozwalają na przemieszczanie się w nich. To jest rama umieszczona na 4 kółkach z kamizelką, w którą się ubiera pacjenta. Nawet takie urządzenie jest dla osób, które nie chodzą same, bo one służą do tego, aby zmniejszyć obciążenie ciała. Nie ma urządzenia, które służą tylko do zabezpieczenia przed upadkiem. U powoda były bezwzględne przeciwwskazania do zwykłej bieżni. Natomiast do bieżni z podwieszeniem nie było wskazań. Zaburzenia równowagi wskazywały na ryzyko upadku, ale niewysokie. Z dokumentacji ortopedycznej nie wynika jakie były przyczyny złamań u powoda. Fakt, że złamania były w tym samym miejscu wskazuje, że były zaburzenia gojenia i każde kolejne złamanie wymagało mniejszej siły działającej na kość. Mogło dojść do tych złamań w wyniku upadków. W 2007 po ostatnim złamaniu powód był wypisany z zaleceniem z chodzeniem w pełnym obciążeniu przy pomocy balkonika. Wcześniejsze złamania były w 2005 i 2006 roku, więc nie były w bezpośredniej bliskości czasowej przed sporną rehabilitacją i przez ten czas powód funkcjonował bez złamań. **W zastosowanej metodzie rehabilitacji nie można było nic dodatkowo zrobić, co by bardziej zabezpieczyło powoda. Również prawidłowo zachował się rehabilitant, który zabezpieczał powoda przy upadku.** Gdyby przy powodzie było 2 lub 3 rehabilitantów nie zmniejszyłoby to niebezpieczeństwa upadku. Asekuracja rehabilitanta może być bierna lub czynna. Bierna polega na tym, że się trzyma pacjenta, ale wtedy nie nauczy się chodzić. Natomiast czynna, że trzyma się w niewielkiej odległości ręce. W przypadku powoda była zapewniona asekuracja.

(opinia ustna biegłego rehabilitanta na rozprawie 15 maja 2019 r. – k .299-300)

Oceniając materiał dowodowy sąd oparł się na dokumentacji medycznej, zeznaniach stron i świadka oraz przede wszystkim opinii biegłego rehabilitanta. Sąd nie znalazł podstaw do powołania w sprawie innego biegłego, gdyż przedłożona w sprawie opinia jest spójna, logiczna i rzetelna oraz była na wniosek powoda dwukrotnie uzupełniana. Sąd nie dał wiary powodowi co do ewentualnej nieuwagi rehabilitanta w związku z rozmową z inną pacjentką, okoliczność ta pojawiła się bowiem dopiero na ostatniej rozprawie, a wcześniej powód podkreślał, że zachowanie rehabilitanta było prawidłowe. Nieuzasadnione są także zarzuty nieprawidłowego zbadania i zdiagnozowania powoda przy przyjęciu, w szczególności nie zastosowanie metody L. czy nie sprawdzenie jakie czynności faktycznie wykonuje powód. Zarzuty te po pierwsze, nie pozostają w związku przyczynowym ze zdarzeniem szkodzącym. Po drugie, zgodnie z opinią biegłego zastosowany sposób badania był zgodny z zasadami sztuki, a wpisy w dokumentacji medycznej potwierdzają wykonanie tzw. badania fizykalnego.

### **Sąd zważył co następuje:**

Powództwo nie jest usprawiedliwione co do zasady.

Odpowiedzialność pozwanego Towarzystwa (...) S.A. w W. opiera się na treści art. 822 § 1 k.c., który stanowi, że przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela i jej zakres uzależnione są więc od istnienia odpowiedzialności po stronie ubezpieczonej spółki SM w B. S.. Ewentualna odpowiedzialność obu pozwanych ma charakter in solidum.

Odpowiedzialność spółki SM ta oparta jest na zasadzie winy personelu medycznego (art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c.), którą powód wywodzi głównie z zastosowania wobec niego nieadekwatnej do stanu zdrowia rehabilitacji, w szczególności brak zastosowania bieżni z podwieszeniem, ewentualnie wadliwej asekuracji ze strony fizjoterapeuty. Jednak przeprowadzona w sprawie opinia biegłego rehabilitanta nie potwierdziła błędu w zakresie wyboru metody rehabilitacji, a postępowanie dowodowe, w tym twierdzenia samego powoda przeczą winie rehabilitanta. Wybór ćwiczeń był prawidłowy, odpowiedni do stanu zdrowia powoda. Prawidłowo była stosowana też asekuracja fizjoterapeuty, a zdarzenie szkodzące było niemożliwe do przewidzenia i zabezpieczenia. Nadto pozwana spółka

dolożyła już po zdarzeniu wszelkich starań aby zminimalizować niekorzystne dla powoda skutki złamania, w tym udostępniła mu darmową dalszą rehabilitację do 30 stycznia 2016 r.

Wobec niestwierdzenia winy po stronie personelu pozwanej spółki SM, sąd oddalił powództwo wobec obu pozwanych, jednak na podstawie art. 102 k.p.c. nie obciążył powoda kosztami procesu mając na uwadze stan zdrowia powoda, jego sytuację osobistą oraz charakter sprawy, w której z uwagi na zaistnienie złamania w trakcie ćwiczeń rehabilitacyjnych powód mógł mieć subiektywne przekonanie o odpowiedzialności cywilnej po stronie pozwanej.