

*Sygn. akt VI A Ca 715/12*

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

*Dnia 25 kwietnia 2014 r.*

*Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:*

*Przewodniczący – Sędzia SA Teresa Mróz*

*Sędziowie: SA Małgorzata Kuracka (spr.)*

*SO (del.) Maria Piasecka*

*Protokolant: sekr. sądowy Agnieszka Pawłowska*

*po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 25 kwietnia 2014 r. w Warszawie*

*sprawy z powództwa M. M.*

*przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi (...) w O.*

*przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) S.A. w Ł. (poprzednio Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna w S.)*

*o zadośćuczynienie, rentę i ustalenie*

*na skutek apelacji powoda*

*od wyroku Sądu Okręgowego Warszawa- Praga w Warszawie*

*z dnia 19 grudnia 2011 r.*

*sygn. akt III C 430/06*

- 1. prostuje oznaczenie interwenienta ubocznego w komparycji zaskarżonego wyroku w ten sposób, że w miejsce oznaczenia „Towarzystwa (...) Spółka Akcyjna w S.” wpisuje (...) Spółki Akcyjnej w Ł.”*
- 2. oddala apelację;*
- 3. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu na rzecz pozwanego i interwenienta ubocznego;*

*Sygn. akt VI A Ca 715/12*

## UZASADNIENIE

Powód M. M. wniósł o zasądzenie od Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w O. tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę 100.000 zł, renty w kwocie 4.000 zł oraz ustalenie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za wszelkie następstwa zakażenia bakteryjnego powoda, które mogą wystąpić w przyszłości.

W dniu 5 lipca 2006 r. Sąd Okręgowy Warszawa Praga w Warszawie wydał wyrok zaoczny uwzględniający powództwo w całości.

Od powyższego orzeczenia pozwany wniósł sprzeciw domagając się uchylenia wyroku zaocznego w całości i oddalenia powództwa.

Powód w odpowiedzi na powyższy sprzeciw, wniósł o utrzymanie wyroku zaocznego w całości.

W toku postępowania zgłoszona została interwencja uboczna po stronie pozwanego przez ubezpieczyciela (...) S.A. w S. wobec łączącej ją umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług zdrowotnych. Interwenant uboczny wniósł o oddalenie powództwa w całości.

Wyrokiem z dnia 19 grudnia 2011 r. Sąd Okręgowy Warszawa- Praga w Warszawie uchylił w całości wyrok zaoczny, oddalił powództwo w całości, przejął na rachunek Skarbu Państwa koszty sądowe od ponoszenia, których powód został zwolniony, przejął na rachunek Skarbu Państwa koszty opłaty sądowej od sprzeciwu od ponoszenia, której pozwany został zwolniony, oraz nie obciążył powoda kosztami zastępstwa procesowego na rzecz pozwanego i interwenienta ubocznego.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 6 kwietnia 2003 r. powód uległ wypadkowi samochodowemu. Został następnie przewieziony do Szpitala (...) w M., gdzie zeszyto mu rany długości kilku centymetrów na tylnej powierzchni przedramienia i w okolicy wyrostka łokciowego kości łokciowej kończyny górnej lewej oraz ranę długości kilku centymetrów w okolicy guzowatości piszczeli kończyny dolnej lewej. Tego samego dnia przewieziono powoda do Samodzielnego Publicznego Szpitala (...) w O., gdzie został przyjęty do Kliniki (...), Oddział (...). W badaniu lekarskim stwierdzono, że powód doznał urazu głowy, klatki piersiowej, łokcia i kolana lewego z krótkotrwałą utratą przytomności bez niepamięci wstecznej i bez wymiotów, bez ogniskowych objawów neurologicznych. Stwierdzono u niego: krwiak oczodołu lewego, bolesność uciskową łuku brwiowego lewego, bolesność uciskową, wyczuwalny „schodek” i nieprawidłową ruchomość obojczyka lewego, otarcie naskórka na przedramieniu lewej kończyny górnej, obrzęk i krwiak w okolicy stawu łokciowego lewego, ograniczenie ruchu w tym stawie i silny ból oraz wyczuwalne tarcie odłamów kostnych, otarcie naskórka okolicy przedrzepkowej lewej kończyny dolnej, bardzo duży obrzęk, krwiak i zasinienie skóry w okolicy lewego stanu kolanowego i lewego uda - ograniczenie ruchów i silny ból, wyczuwalne tarcie odłamów kostnych, po bocznej stronie uda lewego wyczuwalny odłam kostny napinający skórę.

W dniu 6 kwietnia 2003 r. powód przeszedł operację lewego obojczyka, 17 kwietnia 2003 r. dokonano repozycji krwawej i zespolenia odłamów kostnych kości ramieniowej lewej, zaś 5 maja 2003 r. przeprowadzono repozycję krwawą i zespolenie odłamów kostnych kości udowej lewej. Powodowi 6 kwietnia 2003 r. podano leki: Anatoksynę przeciwtężcową, Tarcefoxym, Clexane, Dolargan, Glukozę 5%, KCl, NaCl, PWE, Ringer, Krew.

Od 23 kwietnia do 6 maja 2003 r. powód przyjął następujące leki: Clexane, Ciprino, Syntarpen, Amikin, Hemofer, kwas foliowy, Tramal, Oframox, NaCl, PWE, KCl, Krew, Morfinę, Furagin, Płyn Ringera, Glukozę i Dolargan.

W dniu 21 maja 2003 r. przeniesiono powoda do Oddziału (...) im. (...) w O., zalecając chodzenie o kulach, bez obciążenia operowanej kończyny i o balkoniku ortopedycznym pachowym oraz przyjmowanie Clexane 40 mg 1 x dziennie przez dwa tygodnie.

W Oddziale (...) powód przebywał do 27 czerwca 2003 r. Z uwagi na utrzymujący się wyciek z rany operacyjnej uda lewego, 3 czerwca 2003 r. pobrano wymaz z rany operacyjnej uda do badania bakteriologicznego - z pobranego materiału nie wyhodowano drobnoustrojów tlenowych ani beztlenowych. Powód przeszedł kinezyterapię i fizykoterapię, uzyskano poprawę jego stanu klinicznego. Podawano leki: Clexane, Hemofer, Vit. C, Nolicin (chemioterapeutyk o działaniu bakteriobójczym).

Od 30 czerwca do 8 sierpnia 2003 r. powód przebywał w Oddziale (...) pozwanego szpitala. Ponownie wykonano badanie bakteriologiczne, które nie wykazało drobnoustrojów w warunkach tlenowych i beztlenowych. 11 lipca 2003 r. z rozpoznaniem zapalenia kości udowej lewej z przetoką w okolicy nadrzepkowej, po przebyłym zespoleniu kości udowej płytą (...), powoda operowano z wykonaniem między innymi stabilizacji aparatem K.. Przebieg pooperacyjny

był bez powikłań. Wypisano powoda do domu z zaleceniem całkowitego zakazu obciążania operowanej kończyny dolnej oraz kontroli ambulatoryjnej.

Od 15 września do 7 października 2003 r. powód po raz kolejny przebywał w Oddziale (...) w celu oceny zrostu kości udowej lewej i oceny stabilizacji jej aparatem K.. Stwierdzono postępujący zrost kostny i prawidłową stabilizację.

W dniu 17 września 2003 r. pobrano wydzielinę z uda lewego, z której badaniem bakteriologicznym wyhodowano (...) (metycylinooporny), wrażliwy na: Teikoplaninę, Vancomycynę, Biseptol. Powód był leczony zachowawczo oraz prowadzono ćwiczenia na szynie ortopedycznej.

W dniu 7 października 2003 r. powoda wypisano do domu z zaleceniem chodzenia o kulach z częściowym obciążeniem operowanej kończyny, zachowania higieny okolicy wszczepu aparatu K., kontroli ambulatoryjnej. 16 grudnia 2003 r. powód ponownie trafił do Oddziału (...) z powodu „stawu rzekomego zakażanego kości udowej lewej”.

Stwierdzono zmiany zapalne kości w okolicy złamania, brak zrostu, stan po zespoleniu stabilizatorem zewnętrznym K.. Badaniem bakteriologicznym wymazu z uda wyhodowano 8 stycznia 2004 r. S. (metycylinowrażliwy), wrażliwy na: Gentamycynę, Ciprofloksacynę, Erytromycynę, Lincomycynę, Tetracyklinę, Biseptol. Powoda operowano oraz zastosowano leczenie farmakologiczne. Gojenie rany pooperacyjnej przebiegało z niewielką ilością wydzieliny surowicznej w obwodowej części rany.

W dniu 4 marca 2004 r. powoda wypisano do domu z zaleceniem: Clexane, zmiany opatrunków, chodzenie z pomocą kul bez obciążania chorej kończyny, kontrola w Poradni (...). Od 31 maja do 6 lipca 2004 r. powód znowu, przebywał w Oddziale (...), 9 czerwca 2004 r. był operowany - usunięto martwaka i ziarninę zapalną nasady dalszej kości udowej lewej. 16 czerwca 2004 r. z materiału pobranego z uda wyhodowano S. (metycylinooporny). Wdrożono antybiotykoterapię, kontynuowano podawanie Clexane. Gojenie rany oceniono jako dobre. Powoda wypisano do domu z zaleceniem: Clexane, Biseptol, chodzenie za pomocą kul z obciążeniem chorej kończyny, kontrola w Poradni (...).

W dniach 14 czerwca - 23 lipca 2004 r. powód przebył cykl zabiegów tlenoterapii hiperbarycznej w (...) Centrum (...) w W. przy ul. (...). W dniu 4 października 2004 r. powód ponownie trafił do Oddział(...). Ponownie wyhodowano 8 października 2004 r. (...) (metycylinooporny). Powód był operowany - usunięto stabilizator zewnętrzny K., stwierdzając zrost odłamów, zlecono rehabilitację. 12 października 2004 r. powoda wypisano do domu.

W dniu 2 listopada 2004 r. powód ponownie został przyjęty do Oddziału (...) pozwanego szpitala z powodu ponownego (nawrotowego) złamania nadkłykciowego kości udowej lewej, w przebiegu jej zapalenia. Powód był operowany. Przebieg operacyjny był powikłany z utrzymującą się infekcją oraz ubytkiem skóry w okolicy rany pooperacyjnej. 14 grudnia 2004 r. przeprowadzono badanie bakteriologiczne materiału pobranego z uda, z którego wyhodowano bakterie (...) (pałeczki ropy błękitnej). Zastosowano antybiotykoterapię, ultradźwiękowe oczyszczanie rany, Clexane, rehabilitację. 3 stycznia 2005 r. powoda wypisano do domu z raną zagojoną - zdjęto szwy, utrzymywał się śladowy wyciek treści surowiczo ropnej w miejscu ubytku skóry. Zalecono: Biseptol, opatrunek, chodzenie przy pomocy kul z częściowym obciążeniem lewej kończyny dolnej. Kiedy powód przebywał w domu, zrobił badania bakteriologiczne wymazów z rany uda lewego w Pracowni (...) w M.. 1 lutego 2005 r. wyhodowano (...), 17 maja 2005 r. - (...), 1 września 2005 r. - (...).

Od 11 lipca do 13 lipca 2005 r. powód po raz kolejny przebywał w Oddziale (...), celem oceny konsolidacji zrostu kostnego. Ocena wypadła pozytywnie. 12 lipca 2005 r. usunięto stabilizator zewnętrzny z uda lewego. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Stosowano antybiotykoterapię, profilaktykę przeciwzakrzepową, kinezyterapię. W okresie od 10 sierpnia do 1 grudnia 2005 r. u powoda wykonano ambulatoryjnie badanie ogólne moczu stwierdzające leukocyturię oraz skąpą florę bakteryjną bez objawów ostrej infekcji, z rany okolicy udowo - kolanowej sączyła się wydzielina. 1 września 2005 r. wyhodowano z rany (...) (pałeczki tlenowe, Gram ujemne). Zastosowano antybiotykoterapię celowaną.

17 stycznia 2006 r. powód ponownie wykonał badanie bakteriologiczne wymazu z uda lewego w Pracowni (...) w M. - wyhodowano (...). W dniach 15 maja 2006 r. do 23 maja 2006 r. powód przebywał w Oddziale (...) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w S. z rozpoznaniem kamicy pęcherza moczowego. Badanie bakteriologiczne nie wykazało w moczu żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych. Powód przebywał w Oddziale (...) Instytutu Medycznego w W. przy ul. (...). 21 września 2006 rozpoznano przewlekłe zakażenie lewej kości udowej, 30 października 2006 r. badanie bakteriologiczne wymazu z „przetoki” wykazało obecność (...), dość liczne kolonie (+++), oporny na metycylinę, wszystkie antybiotyki B- laktamowe, zaś 8 listopada 2006 r. rozpoznano zaostrzenie zakażenia, posiew (...).

Sąd Okręgowy ustalił również, że podczas wypadku powód doznał wielonarządowego urazu, doprowadzającego do wstrząsu pourazowego, co z kolei osłabiło odporność immunologiczną organizmu powoda, zarówno ogólną, jak i komórkową. Zakażenie bakteryjne w obrębie rany operacyjnej uda u powoda miało charakter miejscowy i jednoogniskowy. Okolica złamania nasady dalszej kości udowej lewej była miejscem pierwotnie zakażonym pod postacią licznych otarć naskórka w okolicy kolana.

Personel medyczny pozwanego szpitala postępował prawidłowo, adekwatnie do stanu klinicznego powoda, zgodnie z aktualną wiedzą i sztuką medyczną.

Powikłania jakie zdarzyły się w trakcie leczenia powoda są związane z ciężkim wypadkiem komunikacyjnym, którego był uczestnikiem. W czasie pobytu powoda w pozwanym szpitalu, w Oddziale (...) i w Oddziale (...), nie było ogniska epidemicznego zakażenia gronkowcem (...), sterylizacja sprzętu chirurgicznego oraz materiału bakteriologicznego była prawidłowa, prawidłowo zastosowano procedury dotyczące aseptyki i antyseptyki. Leczenie zapalenia kości udowej u powoda było prowadzone prawidłowo.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda wynosi: ograniczenie ruchomości barku lewego - 10%, ograniczenie ruchomości w stawie łokciowym lewym - 25%, zaś usztywnienie kolana lewego - 60%.

Przed wypadkiem powód pracował w komunikacji miejskiej jako kierowca autobusu. Do lipca 2007 r. był na rencie. Obecnie pracuje w (...) w G. na pełny etat jako kierowca autobusu z automatyczną skrzynią biegów, gdzie zarabia 2.500 zł netto miesięcznie.

Analizując treść opinii biegłych Sąd Okręgowy wskazał, że wynika z nich jednoznacznie, iż trwały uszczerbek na zdrowiu powoda nastąpił w następstwie powikłań urazów doznanych przez powoda w wyniku wypadku komunikacyjnego z 6 kwietnia 2003 r., a personel medyczny pozwanego szpitala nie przyczynił się do powstania tego uszczerbku. Lekarze pozwanego szpitala nie popełnili błędu w sztuce lekarskiej.

Dokonując subsumpcji w płaszczyźnie art. 415 k.c. Sąd Okręgowy, po zbadaniu aspektów definicyjnych „błędu lekarskiego” wskazując, iż jest to naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki medycznej, stwierdził, że z materiału dowodowego wynika, że lekarze pozwanego szpitala nie popełnili błędu lekarskiego. Działali oni z należytą starannością i posiadaną wiedzą. W trakcie leczenia powoda zastosowano prawidłowe postępowanie operacyjne, zachowawcze i farmakologiczne. Przyczyną powikłań w leczeniu złamania lewej kości udowej był natomiast skomplikowany, ciężki uraz, który doprowadził do zmiążdżenia tkanek tej okolicy i złamania wieloodłamowego kości udowej. Sąd Okręgowy, mając na względzie okoliczności wypadku stwierdził też, że warunki do skażenia uszkodzonych tkanek powoda istniały już na ulicy w miejscu wypadku samochodowego, a prawidłowe chirurgiczne opracowanie rany oraz podanie antybiotyku przedłużyło czas wystąpienia klinicznych objawów zakażenia, czyli rozwoju bakterii przez pierwsze okresy pobytu w szpitalu. W tym czasie nie było ogniska epidemicznego zakażenia gronkowcem złocistym (...), nie było też stwierdzonego nosicielstwa (...) wśród personelu medycznego pozwanego. Zakażenie gronkowcem (...) jest wtórne do w/w zmian pourazowych.

Powołując kolejno opinie biegłych, Sąd Okręgowy stwierdził, że personel medyczny pozwanego Szpitala w żadnym stopniu nie przyczynił się i nie spowodował uszczerbku na zdrowiu powoda, a przyczyną tego uszczerbku był wypadek komunikacyjny, z ciężkim urazem wielonarządowym, powikłanie leczenia pod postacią przewlekłego zapalenia

kości udowej oraz jej powtórne złamanie. Urazowe naruszenie ciągłości tkanek w okolicy kolana stanowiło otwartą drogę zakażenia dla drobnoustrojów chorobotwórczych znajdujących się na skórze i odzieży powoda. Charakter pierwotny obrażeń był zmiżdzeniowy, w gojących się bliznowato tkankach - mimo odroczenia wykonania zabiegu, poprzedzonego postępowaniem przeciwważnym - dochodzi do powstania mikrorezerwuarów drobnoustrojów chorobotwórczych, które w chwili powstania urazu zanieczyściły ranę.

Uznając, że wybrana przez pozwanego strategia leczenia była prawidłowa, Sąd Okręgowy uznał, że brak było związku przyczynowego między zapaleniem kości udowej lewej powoda, a działaniem pozwanego Szpitala, przyjmując, że zakażenie to było wyłącznie powikłaniem doznanego urazu w wyniku wypadku komunikacyjnego.

W tym zakresie, Sąd Okręgowy wskazał też, że 30% - 40% ludzi zdrowych ma skórę skolonizowaną gronkowcem złocistym, a u ok. 10% - 20% z nich gronkowiec ten wykazuje cechę metycylinooporności. Ponadto nie jest to szczep typowo szpitalny, pojawia się jedynie częściej u osób przewlekle leczonych, z uwagi na konieczność długotrwałego stosowania antybiotyków. Natomiast szpital jako środowisko wewnętrzne sam z siebie nie wytwarza tego rodzaju drobnoustrojów, jego źródłem są przebywający do niego pacjenci. Postępowanie, rozpoznanie i leczenie powoda w pozwanym Szpitalu było w ocenie Sądu I instancji w pełni prawidłowe.

Następnie wskazując, że brak przekonywających ustaleń co do bezprawnego charakteru działania określonej osoby eliminuje w ogóle możliwość rozważania odpowiedzialności tej osoby, Sąd Okręgowy wskazał, że w niniejszej sprawie biegli stwierdzili bez żadnych wątpliwości, że wybrana przez pozwanego metoda leczenia powoda była prawidłowa, a zakażenie było wyłącznie powikłaniem urazu, którego doznał powód w wyniku wypadku komunikacyjnego. To w trakcie wypadku doszło do zakażenia nasady dalszej kości udowej lewej powoda, co spowodowało zapalenie kości, a samo leczenie zapalenia było prowadzone prawidłowo. Nie można zatem obciążać pozwanego odpowiedzialnością za niespełnienie oczekiwań powoda co do pomyślnego i pozbawionego powikłań przebiegu leczenia kończyny, której uszkodzenie nastąpiło z przyczyn niezależnych od pozwanego. Zaistniałe powikłania nie były efektem błędu w sztuce lekarskiej, a ich wystąpieniu nie można było zapobiec.

Sąd Okręgowy mając na względzie opinie biegłych, wskazał również, że zakażenia rozwijające się w czasie pobytu chorego w szpitalu, określane mianem „zakażeń szpitalnych” mogą wywoływać drobnoustroje autogenne (własne chorego) lub egzogenne (z otoczenia) i może mieć miejsce tzw. kolonizacja, tj. obecność drobnoustrojów w organizmie chorego bez początkowo jednoznacznych objawów klinicznych. Taka też przyczyna zakażeń szpitalnych jest najczęstsza. Ponadto operacje wykonane u powoda należą do tzw. czystych zakażonych, gdzie powikłania ropne jako wynik zakażenia i zapalenia tkanek zdarzają się w 7,7 - 10,8% przypadków - mimo stosowania aseptyki i antyseptyki. Są to powikłania jatrogenne, tzn. związane z działalnością lekarską, ale są nieumyślne i wynikają z istoty choroby, przebytego wypadku i doznanych w nim urazów lub z istoty przeprowadzonej operacji.

W świetle opinii biegłych, uznając je za w pełni przekonujące, klarowne, logiczne i konsekwentne, i wzajemnie uzupełniające się, Sąd Okręgowy przyjął, że pozwany Szpital nie dopuścił się zaniedbań w zakresie organizacji, bezpieczeństwa, higieny i opieki nad powodem. Powodowi nie udało się bowiem skutecznie wskazanych opinii zakwestionować.

Wobec bezpodstawności roszczenia co do zasady, Sąd Okręgowy za zbędne uznał prowadzenie dalszego postępowania co do roszczeń zgłoszonych w oparciu o przepisy art. 445 k.c. i art. 444 § 1 i 2 k.c.

Skutkowało to uchynieniem przez Sąd I instancji wyroku zaocznego z 5 lipca 2006 r. i oddaleniem powództwa. Mając na uwadze szczególnie uzasadnione okoliczności po stronie powoda i charakter sprawy, o kosztach procesu Sąd Okręgowy orzekł na zasadzie art. 102 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku złożył powód, który zaskarżył orzeczenie w części oddalającej powództwo, zarzucił Sądowi I instancji:

naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez:

1. błędną wykładnię art. 361 k.c. poprzez nie przyjęcie związku przyczynowo- skutkowego pomiędzy zakażeniem powoda a zwiększonymi potrzebami;
2. błędną wykładnię art. 415 k.c. poprzez przyjęcie, iż pozwany szpital nie ponosi winy ani odpowiedzialności za doznaną przez powoda szkodę;
3. błędną wykładnię art. 445 k.c. i nie przyznanie powodowi odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, wbrew przyjętym dyrektywom Sądu Najwyższego i wykładni przedmiotowego przepisu, z którego wynika, że dotkliwość cierpień psychicznych i fizycznych, pozbawienie powoda normalnego funkcjonowania uzasadniały zasądzenie na rzecz powoda kwoty 100.000,00 złotych, zgodnie z żądaniem pozwu jako odpowiedniej do krzywdy powoda;
4. błędną wykładnię art. 444 § 2 k.c. w związku z art. 6 k.c. i przyjęcie, iż powód nie udowodnił dochodzonej pozwem kwoty renty wbrew zgromadzonemu materiałowi dowodowemu, z którego jednoznacznie wynika, iż powód utracił zdolność do pracy zarobkowej i zwiększyły się jego potrzeby na przyszłość.

naruszenie przepisów prawa procesowego poprzez:

1. błędną wykładnię art. 233 § 1 i 2 k.p.c. z przekroczeniem przez Sąd swobodnej oceny dowodów poprzez dowolną interpretację zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego oraz własną interpretację wiadomości specjalnych, wskazanych w opiniach biegłych, przesądzającą o zwolnieniu z odpowiedzialności pozwanego.

Podnosząc powyższe skarżący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku, poprzez: zasądzenie od pozwanego kwoty 100.000,00 złotych z tytułu zadośćuczynienia wraz z odsetkami ustawowymi od dnia doręczenia pozwu do dnia zapłaty a także zasądzenie od pozwanego kwoty renty w wysokości 4,000 zł płatnej miesięcznie, a nadto ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za szkody mogące się ujawnić u powoda w przyszłości. Ewentualnie skarżący wniósł natomiast o uchylenie zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania. Nadto wniósł o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

### ***Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje.***

Apelacja okazała się niezasadna. Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzutu o charakterze procesowym należy wskazać, iż Sąd Okręgowy dokonując oceny przeprowadzonych dowodów w zakresie opinii biegłych nie naruszył zasady swobodnej oceny dowodów, zawartej w art. 233 § 1 k.p.c. /zarzut naruszenia § 2 tego przepisu nie jest zrozumiały/. Sąd właściwie ocenił przeprowadzone dowody, dając im wiarę i wyprowadził z nich wnioski zgodne z zasadami prawidłowego rozumowania, w tym logiki i doświadczenia życiowego. W niniejszej sprawie dopuszczono dowody z opinii nie pojedynczych biegłych, lecz Instytutów (...), które z założenia dysponują profesjonalnymi ekspertami właściwych specjalności. Opinie biegłych z (...) jak i (...) Uniwersytetu (...) są spójne i zbieżne w swoich tezach, wynika z nich, iż pozwanemu nie można postawić żadnego zarzutu nieprawidłowego postępowania czy to w zakresie niedbalstwa w leczeniu bądź innych uchybień w działaniu personelu medycznego, czy też błędu w sztuce lekarskiej /diagnostycznym, terapeutycznym względnie stricte wykonawczym/. Wszelkie wątpliwości strony powodowej, zawarte w składanych pismach procesowych, zostały przez biegłych wyjaśnione, biegli z Uniwersytetu (...) dodatkowo odpowiedzieli w drodze ustnego przesłuchania na szczegółowe pytania, jakie wyłoniły się na tle ich opinii. Strona powodowa przed zamknięciem rozprawy przed Sądem I instancji nie wносиła o uzupełnienie postępowania dowodowego, nie kwestionowała ostatecznie wykonanych opinii, co więcej nie składała też zastrzeżenia do protokołu w trybie art. 162 k.p.c. W załączniku do protokołu ostatniej rozprawy z jednej strony podtrzymała swoje zarzuty co do pozwanego, z drugiej, jak wskazywała z ostrożności procesowej, wносиła o nieobciążanie kosztami w przypadku przegranego procesu. Natomiast z opinii biegłych wynika, iż aktualnie nie da się już dokładnie ustalić, w jaki sposób doszło do zakażenia gronkowcem /czy był to szczep szpitalny: (...) czy pozaszpitalny: (...)/, wszystko jednak wskazuje, iż mógł on wnikać do organizmu ze skóry pacjenta/ kilkadziesiąt procent ludzi posiada takie drobnoustroje na powierzchni ciała/, z ubrania i zabrudzeń rany /kurz, ziemia etc./.

W szpitalu w czasie pobytu powoda na Oddziale nie było ogniska epidemiologicznego zakażenia gronkowcem (...), sterylizacja sprzętu chirurgicznego oraz materiału operacyjnego była prawidłowa; prawidłowo zastosowano także procedury dotyczące aseptyki i antyseptyki /k. 276-293/. Brak jest więc podstaw do przyjęcia, aby powód został zakażony gronkowcem „szpitalnym”. Biegli wskazali też, iż zastosowany sposób podawania powodowi antybiotyku był prawidłowy, natomiast na skutek przzerwiania ciągłości tkanek mogło dojść do zakażenia, a następnie wobec zmiążdżenia tkanek doszło do otorbienia drobnoustrojów, zaś zmiążdżenie tkanek uniemożliwiało penetrację tychże zakażonych i zmiążdżonych części przez antybiotyk /k. 381- 383, akta VI Cps 21/11/S/. Na kanwie tych ostatnich twierdzeń biegłych Sąd Apelacyjny powziął wątpliwość, czy zastosowany przez pozwanego szpital wobec powoda sposób leczenia, był prawidłowy, w szczególności, czy istniała możliwość usunięcia martwych tkanek przed dokonaniem w dniu 5 maja 2003 r. zabiegami operacyjnymi w postaci repozycji krwawej i zespolenia odłamów kostnych kości udowej lewej, celem umożliwienia pełnej skuteczności terapii antybiotykowej, w szczególności spowodowania pełnej penetracji uszkodzonych tkanek przez antybiotyk, celem zapobieżenia otorbieniu i skutecznej eradykacji drobnoustrojów, ewentualnie zastosowania innej możliwej metody celem skutecznej eradykacji drobnoustrojów i zapobieżenia powstałemu zapaleniu kości oraz zakażeniu gronkowcem i infekcji ropnej oraz dalszym negatywnym implikacjom uniemożliwiającym prawidłowe zrastanie się kości; a także czy późniejsze leczenie dokonywane od dnia 22 maja 2003 r. było prawidłowe, w szczególności czy istniała możliwość zastosowania terapii skutecznie zapobiegającej utracie ruchomości stawu kolana lewego powstałego na skutek zapalenia i infekcji.

Skutkowało to dopuszczeniem z urzędu dowodu z uzupełniającej opinii innego Instytutu celem ostatecznego wyświetlenia tychże kwestii. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, z uwagi na skutki przedmiotowego urazu i charakter sprawy, takie działanie z urzędu, nawet z uwzględnieniem wysokich kosztów, jakie poniesie Skarb Państwa, było usprawiedliwione. Strony, na bieżąco informowane o zmianach podmiotu opiniującego, z uwagi na kolejne odmowy przyjęcia akt sprawy / w szczególności powodowa/ nie zgłosiły żadnych wniosków o uzupełnienie postawionych biegłym też dowodowych. Z wydanej opinii Uniwersytetu (...) we W. wynika natomiast, iż przeprowadzone leczenie powoda, w tym zastosowane metody, były prawidłowe.

W zaistniałym przypadku nie istniały żadne wskazania do przyjęcia innego sposobu leczenia. Opinia ta jasno odpowiedziała na pytania Sądu Apelacyjnego, usuwając wszelkie wątpliwości w rozważanym zakresie. W tej sytuacji Sąd Apelacyjny uznał za zbędne przeprowadzanie dowodu z uzupełniającej opinii ustnej w drodze wideo konferencji oraz dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu mikrobiologii na wskazane przez powoda okoliczności / pismo procesowe z dnia 7 kwietnia 2014 r. – k. 674 i nast. - złożone w postępowaniu międzyinstancyjnym/. Przed wszystkim jednak wnioski te należało uznać za spóźnione w świetle art. 381 k.p.c. Wskazane w nich pytania w istocie rzeczy zmierzają do zakwestionowania i podważenia poprzednich opinii, na co strona powodowa miała czas przed Sądem I instancji. Wniosków takich nie złożyła również w apelacji. Obecnie przed Sądem Apelacyjnym nie chodziło o „powtarzanie” i dublowanie de facto całego postępowania dowodowego, przeprowadzonego przed Sądem I instancji za pośrednictwem innych jednostek naukowych/ do czego brak nawet stosownych podstaw procesowych/, lecz jedynie o uzupełnienie udzielonych odpowiedzi, co zostało wykonane. Należy dodać również, iż powód nie wykazał w żaden sposób swoich twierdzeń zawartych m.in. w jego zeznaniach, jakoby w pozwanym szpitalu nie zachowywano zasad higieny. Mając na uwadze zatem przeprowadzone dowody Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne Sądu I instancji, przyjmując je za własne. Tym samym należy uznać, iż pozwany nie naruszył ani zasad postępowania w zakresie działania jego personelu medycznego, ani lekarze nie dopuścili się błędu w sztuce lekarskiej, zarówno w zakresie diagnozy, zaproponowanej terapii jak i sposobu jej wykonania. Przekłada się to na konstatację o braku bezprawności działania szpitala. Przechodząc więc do subsumpcji należy zauważyć, iż odpowiedzialność prawną pozwanego należałoby rozważać w płaszczyźnie art. 430 k.c., nie zaś 415 k.c., jak to nieprawidłowo uczynił Sąd Okręgowy, co jednak nie miało wpływu na prawidłowość jego orzeczenia. W przedmiotowej sytuacji brak jest zatem z wyżej wskazanych przyczyn bezprawności działania pozwanego, co czyni zbędnym rozważanie pozostałych przesłanek przepisu art. 430 k.c. Czyni to też niecelowym rozważanie wskazanych przez apelującego pozostałych zarzutów naruszenia prawa materialnego. Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w pkt. 2 sentencji. Jednocześnie z uwagi na trudną sytuację materialną i osobistą powoda, związaną

ze skutkami przedmiotowego wypadku Sąd Apelacyjny o kosztach postępowania orzekł na zasadzie art. 102 k.p.c.  
Sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej w zaskarżonym wyroku dokonano na podstawie art. 350 § 1 i 3 k.p.c.