

Sygn. akt I ACa 200/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 grudnia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Maria Iwankiewicz (spr.)
Sędziowie:	SA Edyta Buczkowska-Żuk SA Małgorzata Gawinek
Protokolant:	sekr.sądowy Magdalena Stachera

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2014 r. na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa R. G.

przeciwko (...) Publicznemu Szpitalowi (...)
w S.

z udziałem po stronie pozwanej interwenienta ubocznego (...) Spółce Akcyjnej w Ł.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie

z dnia 16 grudnia 2013 r., sygn. akt I C 616/09

1. **oddala apelację,**
2. **odstępuje od obciążania powoda kosztami zastępstwa pozwanego w postępowaniu apelacyjnym**

Małgorzata Gawinek Maria Iwankiewicz Edyta Buczkowska-Żuk

Sygn. akt I ACa 200/14

UZASADNIENIE

Powód R. G., wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Szpitala (...) w S. kwoty 300.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu, a także o zasądzenie renty w kwocie 800 zł miesięcznie, płatnej do 10-ego dnia każdego miesiąca z odsetkami ustawowymi w przypadku opóźnienia - od daty wniesienia pozwu. Domagał się ponadto ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za wszelkie dalsze następstwa wadliwych działań pozwanego w zakresie leczenia powoda w 2003 r.

Pozwany - (...) Szpital (...) w S. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

(...) S.A. w Ł. zgłosiło interwencję uboczną po stronie pozwanego i wniosło o oddalenie powództwa w całości.

Wyrokiem z dnia 16 grudnia 2013 r. Sąd Okręgowy w powództwo to oddalił i odstąpił od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego na rzecz strony pozwanej.

Orzeczenie tej treści Sąd Okręgowy wydał po dokonaniu ustaleń faktycznych, z których wynika, że powód w okresie od 9 do 18 lipca 2003 r. przebywał w Oddziale Kardiologicznym (...) Szpitala (...) w S. z rozpoznaniem kamicy nerkowej, obustronnej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy insulinozależnej, limfocytozy i trombocytopenii niewielkiego stopnia. Z wywiadu z pacjentem wynikało, że wiedział on występującej u niego kamicy nerkowej od kilku lat, jednak jej nie leczył. W tym czasie przeprowadzono u powoda szereg badań oraz poddano go leczeniu farmakologicznemu. Podczas badania morfologii krwi, stwierdzono u niego małopłytkowość niewielkiego stopnia (PLT 106 g/l).

Pacjenta wypisano do domu z zaleceniem okresowej kontroli lekarskiej, zgłoszenia się do Kliniki (...) celem dalszego leczenia kamicy nerkowej, kontroli za 2-3 tygodnie morfologii krwi i poziomu płytek oraz kontroli poziomu enzymów wątrobowych, zaś w przypadku ich podwyższenia kontrolę w Poradni Hepatologicznej. Następnie - od 29 lipca do 21 sierpnia 2003 r. powód przebywał w Katedrze Urologii pozwanego (...) Szpitala (...) w S. z rozpoznaniem kamicy nerkowej lewostronnej, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego. W czasie pobytu wykonano u powoda badania laboratoryjne: badanie ogólne moczu, glukozy i morfologii krwi. W dniu 31 lipca 2003 r. powód został poddany zabiegowi operacyjnemu - PCNL (nefrolitotrypsji przezskórnej) po lewej stronie. Zabieg ten został przeprowadzony zgodnie z wytycznymi (...) Towarzystwa (...). Był to zabieg o zmniejszonej inwazyjności. U powoda istniało podwyższone ryzyko wykonania klasycznej operacji otwartej z uwagi na występującą u niego otyłość, cukrzycę insulinozależną, nadciśnienie tętnicze i stłuszczenie wątroby. Wobec powoda nie przeprowadzono zabiegu ESWL, ponieważ miał on zbyt dużą masę złogów, czyli z uwagi na rozległość kamicy. Przed tym zabiegiem - w dniu 29 lipca 2003 r. u pacjenta wykonano badania morfologii krwi. Poziom płytek krwi wynosił 158 g/l. Natomiast zalecana minimalna liczba płytek krwi dla dużych zabiegów chirurgicznych wynosi co najmniej 100 g/l.

Sąd pierwszej instancji ustalił nadto, że w okresie od 15 do 25 września 2003 r. powód ponownie przebywał w pozwanym Szpitalu, gdzie pod kontrolą usg zdrenowano u niego przestrzeń okołonerkową. Poza tym wobec pacjenta zastosowano antybiotykoterapię. U powoda wystąpiło powikłanie w postaci zakażenia krwika okołonerkowego. Powstanie krwika wiązało się z ryzykiem zabiegu przeprowadzonego u niego w dniu 30 lipca 2003 r. Zakażenie krwika nie posiadało cech zakażenia szpitalnego. Pomimo zastosowanego leczenia nie udało się uniknąć zakażenia krwika i nerki czego następstwem była dysfunkcja lewej nerki, dotkniętej przewlekłym procesem zapalnym i angiopatią cukrzycową oraz konieczność jej usunięcia. W dniu 14 października 2003 r. urograficznie stwierdzono brak czynności lewej nerki. Z tego powodu oraz występującej gorączki R. G. ponownie został przyjęty do pozwanego Szpitala w dniu 28 października 2003 r. gdzie przebywał do 8 stycznia 2004 r. z rozpoznaniem krwika w łoży po wycięciu lewej nerki i cukrzycy typu I. W czasie pobytu w Szpitalu powód wielokrotnie miał pobierane posiewy, które wykazywały obecność flory bakteryjnej, która była leczona. Od dnia przyjęcia powód otrzymywał antybiotykoterapię szerokiego spektrum. Chorego zakwalifikowano do nefrektomii lewostronnej z powodu braku czynności nerki. U pacjenta nadal toczył się proces zapalny w okolicy łoży po wyciętej nerce, co wymagało interwencji chirurgicznej oraz celowanej antybiotykoterapii.

W ustaleniach tych Sąd Okręgowy wskazał, że 30 października 2003 r. powód był operowany. Śródoperacyjnie stwierdzono zmiany pozapalne wokół torebki nerkowej i zorganizowany krwiak w okolicy bieguna dolnego nerki lewej. W szóstej dobie po nefrektomii wykonano rewizję rany pooperacyjnej z powodu miejscowego odczynu zapalnego. Wówczas oczyszczono ranę i pozostawiono sączek w ranie pooperacyjnej. Po zabiegu utrzymywał się wyciek przyranny. W dniu 4 listopada 2003 r. przeprowadzono u powoda badanie mikrobiologiczne treści z rany pooperacyjnej. Mimo stosowanej celowanej antybiotykoterapii u pacjenta utrzymywały się stany podgorączkowe. W związku z powyższym w dniu 14 listopada 2003 r. wykonano ocenę stanu odporności immunologicznej, która

wskazała na prawidłową oporność komórkową organizmu. W prześwietleniu klatki piersiowej nie stwierdzono zmian patologicznych. Następnie dwukrotnie przeprowadzono u powoda rewizję rany pooperacyjnej. Ostatecznie w dniu 8 stycznia 2004 r. został on wypisany do domu z zagojoną raną pooperacyjną w dobrym stanie ogólnym.

W swoich ustaleniach Sąd Okręgowy podał też, że R. G. ma 50 lat. W 2001 r. doszło do zdarzenia, wskutek którego na śródstopie powoda spadła betonowa płyta drogowa. Od 2001 r. jest na rencie w związku z wypadkiem przy pracy. Od 2001 r. powód ma cukrzycę i nadciśnienie tętnicze oraz ma marskość wątroby. Z tytułu renty powód otrzymuje miesięcznie około 935,00 zł. Powód pozostaje pod stałą opieką lekarską. Powód zwrócił się do Zakładu Usług (...) w T. w celu wydania opinii medycznej na temat prawidłowości jego leczenia w pozwanym Szpitalu w 2003 r. Powód otrzymał opinię w dniu 19 września 2008 r.

Z ustaleń tych wynika, że (...) S.A. w Ł. ubezpieczał pozwanego (...) Szpital (...) w S. w okresie od 1 lutego 2003 r. do 31 stycznia 2004 r. w zakresie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Ustaliwszy powyższe Sąd Okręgowy uznał powództwo oparte na treści przepisów art. 415 k.c. i art. 430 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. oraz art. 444 § 1 i 2 k.c. za się bezzasadne.

Sąd ten stwierdził, że swoje ustalenia oparł na całokształcie materiału dowodowego znajdującego się w aktach, w szczególności zaś na dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia powoda i opiniach biegłych sądowych, a także na zeznaniach świadków: I. F. i M. S.. Zaznaczył, że żadna ze stron nie kwestionowała treści dokumentacji medycznej, ani też zgodności jej treści z rzeczywistym stanem rzeczy. W ocenie tego Sądu wydane w sprawie opinie biegłych sądowych są pełne, logiczne i jasne. Biegli rzeczowo odpowiedzieli na stawiane im pytania, wykorzystując przy tym posiadaną wiedzę specjalistyczną.

Przytoczywszy treść przepisów art. 415 k.c. i art. 430 k.c. Sąd Okręgowy stwierdził, że obowiązek wykazania kumulatywnego spełnienia przesłanek określonej w nich odpowiedzialności pozwanego szpitala w postaci szkody, winy podwładnego -pracownika, wyrządzenie szkody przez tę osobę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności i wreszcie normalny związek przyczynowy pomiędzy jej zawinionym działaniem lub zaniechaniem a szkodą spoczywał w niniejszej sprawie na powodzie, zgodnie z wyrażoną w art. 6 k.c. regułą rozkładu ciężaru dowodu. Sąd ten wyjaśnił, że oceniając przesłankę zawinienia lekarza należy mieć na względzie kryteria przeprowadzania zabiegów, badań zgodnie ze sztuką lekarską i najwyższą starannością, wymaganą od profesjonalisty. Zdarzeniem, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na podstawie art. 415 k.c. może być również błąd w sztuce lekarskiej popełniony przez lekarza podczas przeprowadzania określonych czynności wobec pacjenta. Za błąd w sztuce lekarskiej uważa się naruszenie reguł postępowania zawodowego, które w konkretnym przypadku, na podstawie doświadczeń nauki i praktyki, nakazują konkretne zachowanie lekarza. Rodzajem błędu w sztuce lekarskiej jest błąd terapeutyczny, który zachodzi wtedy, gdy została wybrana obiektywnie niewłaściwa z punktu widzenia medycznego metoda leczenia. Może mieć on charakter wtórny (wtedy gdy jest rezultatem błędnej diagnozy) albo pierwotny, gdy diagnoza została postawiona prawidłowo, ale lekarz podjął następnie niewłaściwe decyzje terapeutyczne. W ramach błędu terapeutycznego wyróżnia się często błąd operacyjny, który stanowi szczególną kategorię ze względu na charakter tego zabiegu.

Zdaniem tego Sądu ocena, czy dane zachowanie lekarza należy zakwalifikować jako błąd w sztuce, należy zawsze do biegłego lekarza danej specjalności, bowiem tylko taki biegły jest w stanie ocenić, na ile postępowanie lekarza było niewłaściwe z regułami postępowania obowiązującymi w tym zawodzie, i jaki wpływ miało na postawienie błędnej diagnozy lub spowodowanie uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Odpowiedzialność lekarza będzie wyłączona wówczas, gdy dochował należytej staranności lub był ograniczony stanem wiedzy medycznej. W takiej sytuacji nawet błędna diagnoza nie może stanowić podstawy odpowiedzialności lekarskiej. Sąd Okręgowy zaznaczył, że lekarz ma obowiązek zawsze postępować z należyłą starannością, zgodnie z zasadami wiedzy lekarskiej, jednak co do zasady nie odpowiada za wystąpienie określonego efektu (np. wyleczenie chorego), lecz tylko za przedsięwzięcie wszelkich możliwych czynności, które są w danej sytuacji możliwe. Niewłaściwość zachowania lekarza może zatem wynikać również z zaniechania, np. pominięcia koniecznych do postawienia właściwej diagnozy badań, zaniechania przeprowadzenia właściwego wywiadu z pacjentem, brak zweryfikowania wyników badań.

Sąd pierwszej instancji stwierdził, że stanowisko powoda zarzucającego lekarzom pozwanego Szpitala popełnienie błędu w sztuce lekarskiej w zakresie wyboru niewłaściwej metody wykonania w dniu 30 lipca 2003 r. w postaci zabiegu PCNL (nefrolitotrypsji przezskórnej), zamiast metody operacyjnej klasycznej (otwartej), co było wskazane z uwagi na istotne zaburzenia w zakresie ilości płytek krwi - trombocytozę, jest w znacznej mierze oparte na opinii prywatnej sporządzonej dla powoda przez Zakład Usług (...) w T.. Sąd ten, opierając się na opinii biegłych sądowych z Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w Ł. oraz po szczegółowym przeanalizowaniu pozostałego materiału dowodowego zebranego w sprawie uznał jednak, że lekarze słusznie wykonali u powoda w dniu 30 lipca 2003 r. przedmiotowy zabieg operacyjny PCNL - nefrolitotrypsję przez skórą, który to zabieg został przeprowadzony zgodnie z wytycznymi (...) Towarzystwa (...). Sąd ten stwierdził, że zabieg PCNL jest zabiegiem najmniej inwazyjnym, który służy usunięciu złoju z nerki. U powoda istniało natomiast podwyższone ryzyko wykonania klasycznej operacji otwartej z uwagi na występującą u niego otyłość, cukrzycę insulinozależną, nadciśnienie tętnicze i stłuszczenie wątroby. Lekarze pozwanej placówki medycznej przed podjęciem przedmiotowej operacji opierali się na opinii lekarzy z Oddziału Kardiologicznego (...) Szpitala (...) w S., gdzie R. G. był badany w okresie od 9 do 18 lipca 2003 r. (k. 36-36v). Szczegółowo przeanalizowali wyniki badań lekarskich, w tym morfologii krwi. Uwzględnili przy tym występującą u powoda małopłytkowość, która wskazywała, że brak jest przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu PCNL, bowiem była to małopłytkowość niewielkiego stopnia. Sąd Okręgowy zwrócił przy tym uwagę, że przed tym zabiegiem - w dniu 29 lipca 2003 r. wykonano u powoda badania morfologii krwi, gdzie poziom płytek krwi wynosił 158 g/l. W tym przypadku nie zachodziła konieczność uzupełnienia niedoboru płytek krwi, gdyż zalecana minimalna liczba płytek krwi dla dużych zabiegów chirurgicznych wynosi co najmniej 100 g/l.

Sąd pierwszej instancji, po przeanalizowaniu zebranego w sprawie materiału dowodowego stwierdził, że nie było wskazań do stosowania u powoda innego zabiegu niż zabieg PCNL. Sąd ten nie dopatrywał się, żeby lekarze pozwanego Szpitala popełnili błąd co do wyboru metody przeprowadzenia u R. G. zabiegu. Powód został prawidłowo zakwalifikowany do ww. zabiegu. Ponadto lekarze nie popełnili błędu w postaci skierowania powoda na tę operację wbrew posiadanym wynikom badań lekarskich, w szczególności badania morfologii krwi. W ocenie tego Sądu, lekarze dochowali należytej staranności przed podjęciem decyzji o skierowaniu powoda na zabieg operacyjny PCNL. Sąd ten podkreślił, że u powoda występowała trombocytopenia niedużego stopnia. Nie istniały więc przeciwwskazania do wykonania zabiegu PCNL. W przypadku powoda wykonanie klasycznego zabiegu chirurgicznego mogło być bardziej obciążające niż przedmiotowy zabieg PCNL. W tym przypadku wybór metody leczenia kamicy nerkowej metodą PCNL był zatem w pełni uzasadniony i zgodny ze współczesną wiedzą urologiczną. Mnoga kamica nerkowa o dużej masie złoży i braku bezwzględnych przeciwwskazań do zabiegu PCNL jest obecnie standardem w urologii, a nadto zabieg został przeprowadzony w Klinice (...).

Odnosząc się do twierdzenia powoda, że nie zapewniono mu bezpieczeństwa bakteriologicznego w okresie pooperacyjnym - po zabiegu PCNL przeprowadzonym 30 lipca 2003 r., przez co doszło do zakażenia jego organizmu bakteriami pochodzenia szpitalnego, co doprowadziło do uszkodzenia jego lewej nerki Sąd Okręgowy uznał je za niezasadne. Sąd ten wskazał, że zasadniczym problemem, który pojawia się w tym kontekście jest kwestia ustalenia adekwatnego związku przyczynowego, będącego jedną z przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Zaznaczył, że powód bez wątplenia doznał zakażenia krwiaka okołonerkowego, co skutkowało koniecznością usunięcia jego lewej nerki. W ocenie tego Sądu powód jednak nie wykazał istnienia przesłanek odpowiedzialności pozwanego za tę szkodę. Natomiast z zebranego w sprawie materiału dowodowego nie wynika, czy szkoda została wywołana przez pracownika pozwanego Szpitala oraz czy zachowanie to było zawinione oraz czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem pracownika a szkodą.

Zdaniem Sądu pierwszej instancji w okolicznościach tej sprawy, nie można przyjąć za wykazane, że zakażenie, które ujawniło się u powoda zostało spowodowane niewłaściwym postępowaniem personelu medycznego w trakcie jego pobytu w szpitalu pozwanego w okresie od września do października 2003 r. Nie wykazano również istnienia związku przyczynowego pomiędzy zawinionym działaniem lub zaniechaniem podwładnego - pracownika a szkodą. Sąd ten zaznaczył przy tym, że swoje stanowisko w tej materii opiera przede wszystkim na zgromadzonej w sprawie dokumentacji medycznej, opinii biegłych sądowych oraz zeznaniach świadków: I. F. i M. S., z których jednoznacznie

wynika, że zakażenie krwika nie posiadało cech zakażenia szpitalnego. Powstanie tego krwika wiązało się z ryzykiem zabiegu przeprowadzonego u powoda 30 lipca 2003 r. Zastosowane leczenie, początkowo zachowawcze, a następnie inwazyjne było w pełni prawidłowe. W tym czasie wobec pacjenta zastosowano antybiotykoterapię, co było postępowaniem prawidłowym. Nie udało się jednak uniknąć zakażenia krwika i nerki. Sąd ten zauważył, że takie powikłania w przebiegu krwika okołonerkowego zdarzają się, pomimo prawidłowo stosowanej antybiotykoterapii. Zwrócił też uwagę, że taki przebieg choroby może być związany z tym że powód cierpi na cukrzycę, co sprzyja rozwojowi procesu zapalnego. Poza tym zanim trafił do pozwanego Szpitala miał on nadciśnienie tętnicze i stłuszczenie wątroby. Okoliczności te wskazują, że powód był narażony na możliwość powstania krwika okołonerkowego i jego zakażenie. R. G. nie wykazał przy tym, że powstała u niego szkoda została wywołana zawinionym zachowaniem personelu medycznego pozwanej placówki.

Konstatując, Sąd Okręgowy zważył, że powód nie przedstawił dowodów, aby pozwany popełnił błąd w sztuce lekarskiej w zakresie wyboru błędnej metody wykonania w dniu 30 lipca 2003 r. zabiegu operacyjnego - urologicznego, jak również nie wykazał, że nie zapewniono mu bezpieczeństwa bakteriologicznego w okresie pooperacyjnym - po zabiegu PCNL przeprowadzonym w dniu 30 lipca 2003 r., przez co doszło do zakażenia jego organizmu bakteriami pochodzenia szpitalnego.

Z uwagi na brak odpowiedzialności po stronie pozwanego zarówno co do zakażenia powoda oraz popełnienia błędu terapeutycznego w zakresie przeprowadzonego u niego w dniu 30 lipca 2003 r. zabiegu, Sąd ten nie uwzględnił również żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego wobec powoda na przyszłość za wszelkie dalsze następstwa rzekomo wadliwie przeprowadzonego ww. zabiegu.

Sąd pierwszej instancji przytoczył w tym miejscu przepisy art. 445 § 1 k.c. w związku z art. 444 § 1 k.c., a także art. 444 § 2 k.c. i stwierdził, że skoro w tej sprawie pozwany nie ponosi odpowiedzialności deliktowej w zakresie leczenia powoda, zbędnym jest ustalanie wysokości dochodzonego przez powoda zadośćuczynienia oraz renty.

Odnosząc się do zarzutu powoda dotyczącego kwestii nieodebrania od niego zgody na przeprowadzony w dniu 30 lipca 2003 r. zabieg PCNL, Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że przeprowadzenie interwencji medycznej bez zgody może skutkować odpowiedzialnością cywilną związaną z naruszeniem dóbr osobistych pacjenta na podstawie art. 23-24 k.c. Z treści pism procesowych powoda wynika, że wywodzi on swoje roszczenie z treści art. 415 k.c. Na uwagę zasługuje fakt, że powód koncentruje się na zarzutach dotyczących wadliwie wybranej metody jego leczenia i niezapewnienia mu bezpieczeństwa bakteriologicznego w okresie pooperacyjnym - po zabiegu PCNL przeprowadzonym w dniu 30 lipca 2003 r., a nie na kwestii nieodebrania od niego zgody na przeprowadzony ww. zabieg. Sąd ten zauważył, że odpowiedzialność cywilna lekarza oparta na art. 415 k.c. związana z nieodebraniem przez niego od pacjenta zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego mogłaby wchodzić w grę, jeżeli w wyniku działania lekarza pacjent poniósłby szkodę (np. doszło do pogorszenia stanu zdrowia w wyniku wykonanej nieprawidłowo operacji, na którą pacjent nie wyraził zgody). Jednakże w tej sprawie pozwany nie popełnił błędu w sztuce lekarskiej w zakresie leczenia R. G..

Za bezzasadny Sąd ten uznał także podniesiony przez pozwanego zarzut przedawnienia roszczenia, oparty na treści art. 442¹ § 1 k.c. i omówił problematykę przedawnienia w przypadkach szkody w postaci uszkodzenia ciała czy rozstroju zdrowia.

Sąd Okręgowy oddalił wniosek powoda o przeprowadzenie dodatkowej opinii biegłego w zakresie urologii, oceniając sprawę za dostatecznie wyjaśnioną i mając na uwadze sformułowaną w treści art. 217 § 2 k.p.c. zasadę koncentracji materiału procesowego. Ustosunkowując się do kolejnych zastrzeżeń powoda do uzupełniającej opinii sądowo - lekarskiej, w tym wniosku o powołanie dodatkowej opinii biegłego w zakresie urologii, Sąd pierwszej ocenił że nie są one niezasadne. Skoro biegli specjaliści jednolicie uznali, że w sprawie brak jest podstaw do stwierdzenia, że lekarze pozwanego Szpitala popełnili błąd terapeutyczny, kierując powoda w dniu 30 lipca 2003 r. na zabieg PCNL oraz, że zakażenie, które ujawniło się u pacjenta nie było spowodowane niewłaściwym postępowaniem personelu medycznego w trakcie jego pobytu w pozwanym Szpitalu, to kwestie te Sąd ten uznał za rozstrzygnięte należycie i ostatecznie.

Orzeczenie o kosztach Sąd ten wydał na podstawie art. 102 k.p.c. i kierując się względami słuszności, odstąpił od obciążania powoda kosztami zastępstwa procesowego na rzecz strony pozwanej.

Apelację od tego wyroku wywiódł powód zaskarżając go w całości i zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego, w szczególności art. 430 k.c. w związku z art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że strona powodowa nie zdołała udowodnić winy pozwanego Szpitala,

2. naruszenie prawa procesowego, a w szczególności:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na nie rozważeniu zebranego w sprawie materiału dowodowego w sposób wszechstronny, tzn. z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, a mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności, co miało istotny wpływ na wynik sprawy,
- art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 231 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów w postaci nie uznania za ustalony fakt dopuszczenia się przez pozwanego wobec powoda naruszenie reguł ostrożności i wymaganej aktualną wiedzą medyczną staranności zawodowej, poprzez niezapewnienie powodowi bezpieczeństwa pobytu w tym Szpitalu
- art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 286 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na nie powołaniu biegłych specjalistów z innego ośrodka, w celu konfrontacji wydanej już w sprawie opinii, pomimo zaistnienia takiej potrzeby z uwagi na złożoność i szczególną specjalizację zagadnień wymagających wiadomości specjalnych, a mających wpływ na wynik sprawy, tym samym dokonanie przez Sąd pobieżnego i nierzetelnego rozstrzygnięcia o kwestiach zasadniczych dla ustalenia roszczeń strony powodowej, co miało istotny wpływ na wynik sprawy.

Wskazując na te zarzuty, apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku w całości, poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz o zasądzenie od pozwanych na rzecz strony powodowej kosztów procesu według norm przepisanych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpatrzenia lub o to, aby Sąd Apelacyjny sam uzupełnił w niezbędnym zakresie postępowanie dowodowe, w szczególności w zakresie przeprowadzenia dowodu z opinii innych biegłych dla potrzeb kontroli instytucjonalnej i po tych ustaleniach wydał sam w sprawie wyrok - przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego

Pozwany w odpowiedzi na apelację wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Również interwenient uboczny wnioskował o oddalenie apelacji i zasądzenie od powoda na jego rzecz zwrotu kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja okazała się bezzasadna.

Na wstępie należy zaznaczyć, że Sąd Odwoławczy w całości podziela ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji i przyjmuje je za własne, czyniąc integralną częścią poniższych rozważań. Wobec powyższego nie widzi konieczności ich ponownego szczegółowego przytaczania (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 sierpnia 2001 roku, V CKN 348/00, LEX nr 52761, Prok. i Pr. 2002/6/40). Sąd Okręgowy prawidłowo również ocenił konsekwencje wypływające z tak ustalonego stanu faktycznego, a zaprezentowane w uzasadnieniu wyroku rozważania zasługują także na pełną akceptację.

Sąd Odwoławczy po przeanalizowaniu materiału dowodowego zebranego w tej sprawie nie dostrzegł także potrzeby jego uzupełnienia, tak jak wnioskował to apelujący.

Odnosząc się w pierwszej kolejności do zarzucanych w apelacji naruszeń prawa procesowego Sąd Apelacyjny stwierdza, że nietrafny jest zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. Należy przypomnieć, że przepis ten wyraża zasadę swobodnej oceny dowodów, zgodnie z którą sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według swego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Przepis art. 233 § 1 k.p.c. przy uwzględnieniu treści art. 328 § 2 k.p.c. nakłada na sąd orzekający obowiązek: po pierwsze - wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału, po drugie - uwzględnienia wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, po trzecie - skonkretyzowania okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów, mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności, po czwarte - wskazania jednoznacznego kryterium oraz argumentacji pozwalającej - wyższej instancji i skarżącemu - na weryfikację dokonanej oceny w przedmiocie uznania dowodu za wiarygodny bądź też jego zdyskwalifikowanie, po piąte - przytoczenia w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia dowodów, na których sąd się oparł i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności. Jak trafnie przyjmuje się przy tym w orzecznictwie sądowym, jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne. Tylko w przypadku, gdy brak jest logiki w wiązaniu wniosków z zebranymi dowodami lub, gdy wnioskowanie sądu wykracza poza schematy logiki formalnej albo, wbrew zasadom doświadczenia życiowego, nie uwzględnia jednoznacznych praktycznych związków przyczynowo-skutkowych, to przeprowadzona przez sąd ocena dowodów może być skutecznie podważona (tak min. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 27.09.2002 r., II CKN 817/00, LEX nr 56906). Dla skuteczności zarzutu naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. nie wystarcza stwierdzenie o wadliwości dokonanych ustaleń faktycznych, odwołujące się do stanu faktycznego, który w przekonaniu skarżącego odpowiada rzeczywistości. Konieczne jest tu wskazanie przyczyn dyskwalifikujących postępowanie sądu w tym zakresie. W szczególności skarżący powinien wskazać, jakie kryteria oceny naruszył sąd przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając (tak Sąd Najwyższy min. w orzeczeniach z dnia: 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00, LEX nr 52753, 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99, LEX nr 52347, 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99, LEX nr 53136).

Mając na uwadze powyższe - Sąd Odwoławczy stwierdza, że zarzuty apelującego mają charakter wyłącznie polemiczny z oceną dowodów zaprezentowaną przez Sąd pierwszej instancji, która nie zawiera zarzucanych błędów. Twierdzenie jakoby w sposób nieuprawniony Sąd Okręgowy przepis ten naruszył poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na nie rozważeniu zebranego w sprawie materiału dowodowego w sposób wszechstronny, tzn. z uwzględnieniem wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych dowodów, a mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności, co miało istotny wpływ na wynik sprawy, nie znajduje żadnego potwierdzenia ani w zaprezentowanych przez ten Sąd ustaleniach faktycznych, stanowiących wyraz dokonanej oceny ani w jego rozważaniach. Również ogólnikowy jest zarzut apelującego jakoby naruszenie takie nastąpiło poprzez nie uznanie za ustalony fakt dopuszczenia się przez pozwanego wobec powoda naruszenie reguł ostrożności i wymaganej aktualną wiedzą medyczną staranności zawodowej, poprzez niezapewnienie powodowi bezpieczeństwa pobytu w Szpitalu pozwanego. Sąd Okręgowy bowiem przeprowadził wnioskowane przez strony postępowanie dowodowe dla ustalenia wszystkich istotnych w sprawie okoliczności i z dowodów tych w żadnym razie nie wynika, aby pozwany dopuścił się naruszenia reguł obowiązujących przy wykonywaniu świadczeń medycznych i wymaganej aktualną wiedzą medyczną staranności zawodowej. Brak podstaw, by w kontekście naruszenia zasad oceny dowodów wynikających z przepisu art. 233 § 1 k.p.c. rozważać odmowę przeprowadzenia przez Sąd Orzekający dowodu z kolejnej opinii biegłych specjalistów z innego ośrodka, w celu konfrontacji wydanej już w sprawie opinii instytutu, dla niejako zweryfikowania jej wniosków tylko z tej przyczyny, że opinia już sporządzona w tej sprawie nie potwierdziła stanowiska powoda. Powód zarzuca, że potrzeba taka zaistniała z uwagi na złożoność i szczególną specjalizację zagadnień wymagających wiadomości

specjalnych, a mających wpływ na wynik sprawy, a Sąd Okręgowy dokonał „pobieżnego i nierzetelnego rozstrzygnięcia o kwestiach zasadniczych dla ustalenia roszczeń strony powodowej, co miało istotny wpływ na wynik sprawy”

Sąd Apelacyjny zaznacza, że zgodnie z przepisem art. 286 k.p.c. sąd może zażądać ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie, może też w razie potrzeby zażądać dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych. W świetle tego unormowania, sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z opinii dalszych biegłych, jeżeli zachodzi taka potrzeba, a więc w szczególności wtedy, gdy już przeprowadzona opinia zawiera istotne luki, jest nieprzekonująca, niekompletna, pomija lub wadliwie przedstawia istotne okoliczności, nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2014 r. w sprawie II CSK 441/13, LEX nr 1504552). Jest to jednak uzasadnione jedynie wówczas, gdy opinia biegłych wywołuje u sądu uzasadnione wątpliwości z uwagi na występujące w niej błędy, sprzeczności lub inne wady, wówczas sąd ten ma obowiązek zastosowania art. 286 k.p.c. poprzez zażądanie ustnego wyjaśnienia opinii złożonej na piśmie lub - w razie potrzeby - zażądania dodatkowej opinii od tych samych lub innych biegłych (por. wyrok Sądu Najwyższego z 16 października 2014 r. w sprawie II UK 36/14, LEX nr 1548261). Należy w tym miejscu zauważyć, że opinie biegłych podlegają jak inne dowody ocenie Sądu, ale tym co odróżnia je pod tym względem, to szczególne dla tych dowodów kryteria oceny, którymi są: poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii, sposób motywowania sformułowanego w niej stanowiska oraz stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, a także zgodność z zasadami logiki i wiedzy powszechnej (por. wyrok SN z 15 listopada 2002 r. V CKN 1354/00). W efekcie specyfika oceny dowodu z opinii biegłych wyraża się w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez Sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez Sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłych za przekonujące (por. wyrok SN z 7 kwietnia 2005 r., II CK 572/04). Zaznaczenia wymaga, że w judykaturze utrwalił się pogląd, zgodnie z którym sąd nie jest zobowiązany dopuścić dowód z opinii kolejnego biegłego, czy też opinii instytutu tylko z tej przyczyny, że dotychczasowa opinia była dla strony niekorzystna (zob. m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 14 marca 2007 r., I CSK 465/06, OSP 2008, Nr 11, poz. 123; z dnia 27 lipca 2010 r., II CSK 119/10, nie publ. z dnia 20 marca 2014 r., II CSK 296/13, nie publ. z dnia 21 maja 2014 r. II CSK 441/13, LEX nr 1504552).

Odnosząc te uwagi natury ogólnej do niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny zauważa, że wbrew odmiennemu zapatrywaniu apelującego, jego zastrzeżenia zgłaszane w stosunku do opinii biegłych, przyjętej za podstawę stwierdzenia o braku istnienia adekwatnego związku przyczynowego między sposobem leczenia powoda a doznany przez niego uszczerbkiem na zdrowiu, nie stanowiły dostatecznej podstawy do przeprowadzenia dowodu z opinii kolejnego biegłego sądowego.

Na wstępie na uwagę zasługuje fakt, że opinia stanowiąca dowód przeprowadzony w tej sprawie na okoliczność ustalenia: co było przyczyną wycięcia nerki u powoda, jakie metody leczenia były dostępne w odniesieniu do schorzenia powoda i jakie jest ryzyko powikłań w odniesieniu do każdej z nich, czy zabieg PCNL przeprowadzony u powoda w dniu 31 lipca 2003 r. był najwłaściwszą metodą leczenia, czy przeprowadzenie tego zabiegu powinno zostać poprzedzone uzupełnieniem niedoborów płytek krwi, czy występowanie u powoda trombocytopenii powinno mieć wpływ na wybór metody leczenia i czy pozwany podjął wszystkie dostępne czynności pozwalające na uniknięcie wycięcia nerki - została sporządzona przez instytut naukowy - Uniwersytet (...) w Ł. Katedrę Medycyny Sądowej. W skład sześciuosobowego zespołu opiniującego wchodził specjaliści m.in. z zakresu urologii, zaburzeń krzepnięcia krwi, mikrobiologii lekarskiej i sanitarnej, a czterech z nich legitymuje się tytułem profesorskim. W sporządzonej przez siebie opinii biegli ci stwierdzili jednoznacznie, że przyczyną wycięcia nerki u powoda było powikłanie pooperacyjne w postaci krwaka okołonerkowego i dalszego powikłania w postaci procesu zapalnego, który wywiązał się pomimo leczenia zachowawczego a następnie zabiegowego (drenaż). Powikłanie to doprowadziło do powstania ropnia okołonerkowego i w końcu - ustania funkcji nerki. W zakresie metod leczenia jakie były dostępne w odniesieniu do schorzenia powoda biegli wskazali, że powód mógł być leczony operacyjnie poprzez klasyczny zabieg operacyjny lub poprzez zabieg PCNL. Wyjaśnili, że każdy z tych zabiegów niesie za sobą pewne ryzyko powikłań. Dla krwawienia spowodowanego zabiegiem PCNL wymagającego przetoczenia krwi to powikłanie występujące w 1-8%, a krwaki

okołonerkowe we wczesnym okresie po zabiegu to pojedyncze przypadki. Zdaniem zespołu opiniujących biegłych w przypadku powoda wybór leczenia kamicy nerkowej metoda PCNL był w pełni uzasadniony i zgodny ze współczesną wiedzą urologiczną. Co więcej przy mnogiej kamicy i braku bezwzględnych przeciwwskazań do zabiegu PCNL jest on obecnie standardem w urologii. Odnosząc się do zagadnienia czy przeprowadzenie tego zabiegu u powoda powinno zostać poprzedzone uzupełnieniem niedoborów płytek krwi i czy występowanie u powoda trombocytopenii powinno mieć wpływ na wybór metody leczenia biegli zaznaczyli, że w okresie od 9 do 18 lipca 2003 r. kiedy powód przebywał w Oddziale Kardiologii (...) Szpitala (...) w S. stwierdzono u niego małopłytkowość niewielkiego stopnia (PLT106 g/l). W wykonanym przed zabiegiem u powoda badaniu morfologii krwi oznaczono płytki krwi - 158g/l. (a w czasie kolejnych pobytów odpowiednio - 118 g/l i 140 g/l). Na tej podstawie biegli ci stwierdzili, że ani przed zabiegiem operacyjnym z 31 lipca 2003 r. ani po nim liczba płytek krwi nie stanowiły powodu do uzupełnienia niedoboru u powoda płytek krwi, gdyż zalecana minimalna ich liczba dla dużych zabiegów chirurgicznych wynosi powyżej 100g/l. W ocenie biegłych u powoda występowała trombocytopenia niedużego stopnia (według rozpoznania postawionego w Oddziale Kardiologii (...) Szpitala (...) w S.), a zatem nie istniały przeciwwskazania do wykonania u niego zabiegu PCNL. Co nadto wymaga podkreślenia - biegli dodali, że klasyczny zabieg chirurgiczny jest znacznie bardziej obciążający niż zabieg PCNL. Odpowiadając na postawione przez Sąd Okręgowy pytanie czy pozwany podjął wszystkie dostępne czynności pozwalające na uniknięcie wycięcia nerki opiniujący zajęli stanowisko, że powstanie powikłania w postaci krwiaka okołonerkowego u powoda nie było następstwem błędnie przeprowadzonego zabiegu, ale wiąże się z ryzykiem tego zabiegu. Wyrazili także opinię, że postępowanie lecznicze prowadzone wobec powoda po stwierdzeniu tego powikłania było prawidłowe. Z kolei powikłanie w postaci zakażenia tego krwiaka zdarza się pomimo prawidłowo prowadzonej terapii. Dysfunkcja nerki powoda i konieczność jej usunięcia była następstwem tego zakażenia. Biegli doszli także do wniosku że taki przebieg choroby, jaki miał miejsce w przypadku powoda mógł być związany z faktem, że cierpiał on na cukrzycę, co sprzyja rozwojowi procesu zapalnego. W konkluzji opiniujący stwierdzili, że nie doszukują się związku przyczynowego pomiędzy powikłaniami, jakie wystąpiły u R. G. a niezbyt dużym obniżeniem u niego poziomu płytek krwi przed wykonanym zabiegiem. Nadto w ocenie opiniujących kaskada powikłań do jakich doszło po zabiegu PCNL przeprowadzonym u powoda nie była związana z nieprawidłowym postępowaniem medycznym (k. 493 i n).

Należy zauważyć także, że na skutek zarzutów zgłaszanych do tej opinii przez powoda Sąd postanowił odebrać od biegłych ustne wyjaśnienia do niej. Biegły z zakresu mikrobiologii ze szczególnym uwzględnieniem zakażeń szpitalnych prof. zw. dr hab. n. med. A. D. wskazał na wstępie przesłuchania przed sądem, że jest redaktorem publikacji o zakażeniach szpitalnych. Biegły wyjaśniając pytania dotyczące kwestii zakażeń i procesu leczenia powoda u pozwanego stwierdził wprost, że zakażenie krwiaka nerki nie posiada cech zakażenia szpitalnego (k.566-567 akt). Członek zespołu opiniującego - biegły urolog dr n. med. Podtrzymał wnioski i twierdzenia zawarte w powyższej opinii, Dodał, że zakażenie krwiaka nerki jest najczęściej procesem egzogennym. Stwierdził, że wybór metody leczenia powoda i postępowanie urologiczne było w tym przypadku prawidłowe. Zaznaczył, że R. G. z uwagi na dużą masę złogów nie kwalifikował się do zabiegu ESWL, który jest najmniej inwazyjny. Drugi w kolejności jest zabieg PCNL wykonany u powoda, natomiast klasyczny zabieg chirurgiczny jest najbardziej inwazyjny (k.701-704 akt).

Uwagi polemiczne zgłoszone przez powoda wobec powyższych konkluzji zawartych w opinii instytutu - Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu (...) w Ł. nie mogą skutecznie podważyć jej trafności. Merytoryczne przygotowanie biegłych, a więc ich rozległa wiedza, potwierdzona stopniami naukowymi i doświadczenie kliniczne, a także stanowcze jasne i logicznie uzasadnione wnioski w pełni przemawiają za uznaniem opinii sporządzonej przez ten zespół za rzetelną, zatem wiarygodną, a nadto wyczerpującą w zakresie ustalenia braku związku przyczynowego pomiędzy stanem zdrowia powoda, jaki powstał w następstwie powikłań po przeprowadzonym u niego zabiegu PCNL, a prawidłowością wyboru przez pozwanego metody leczenia powoda i przeprowadzeniem tego leczenia zgodnie z zasadami sztuki.

Okoliczności powyższe powodują, że nie istnieje potrzeba powołania innego zespołu biegłych celem sporządzenia opinii w niniejszej sprawie, a szczególności nie ma - wbrew sugestiom apelującego - potrzeby skontrolowania, czy rzeczywiście dotychczas opiniujący biegli wyjaśnili z punktu widzenia wiedzy specjalnej wszelkie kwestie istotne dla jej rozstrzygnięcia

W tej sytuacji, w ocenie Sądu odwoławczego nie zasługują także na uwzględnienie zarzuty apelującego co do naruszenia przez Sąd pierwszej instancji przepisów prawa materialnego, w szczególności art. 430 k.c. w związku z art. 444 § 1 i 2 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, że strona powodowa nie zdołała udowodnić winy pozwanego. Taki wniosek bowiem nasuwa się po przeanalizowaniu materiału dowodowego zgromadzonego w aktach - w szczególności dokumentacji medycznej dotyczącej powoda i opinii biegłych. Prawidłowo Sąd Okręgowy zauważył przy tym, że odpowiedzialność strony pozwanej w warunkach art. 430 k.c. wymaga wykazania zaistnienia i to łącznego wszystkich przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej. Zastosowanie przez sąd przepisów art. 444 i 445 k.c. ma miejsce jedynie wówczas, gdy taka odpowiedzialność pozwanego za szkodę na osobie powoda występuje, a przepisy te konkretyzują przysługujące poszkodowanemu w takiej sytuacji roszczenia.

Na marginesie należy dodać, że deprecjonowanie biegłych i ich opinii w piśmie procesowym poprzez negowanie ich rzetelności i przeciwstawianie jej wywodom opinii prywatnej, sporządzonej na zlecenie powoda przez prywatny podmiot trudniący się taką działalnością zarobkowo, Sąd tutejszy pozostawia bez komentarza, jako całkowicie pozamerytoryczne.

Orzeczenie o kosztach ma za podstawę przepis art. 102 k.p.c. który stanowi, że w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami. Pomimo, że co do zasady powód powinien zwrócić pozwanemu koszty celowej obrony, zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, jaka wynika z art. 98 k.p.c. Sąd Apelacyjny uznał, że zarówno sytuacja życiowa powoda jak i przedmiot tej sprawy stanowią wypadek szczególnie uzasadniony, o jakim mowa w przepisie.