

Sygn. akt I ACa 234/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 września 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Ewelina Jokiel
Sędziowie:	SA Ewa Giezek SO del. Krzysztof Gajewski (spr.)
Protokolant:	sekretarz sądowy Agata Karczewska

po rozpoznaniu w dniu 27 września 2016 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa K. Ż. (1)

przeciwko U. Centrum (...) - S. Z. w G.

o zapłatę, rentę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku

z dnia 11 grudnia 2015 r. sygn. akt I C 1423/11

I. oddala apelację;

II. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego;

III. zasądza ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gdańsku na rzecz radcy prawnego M. J. kwotę 10.800 (dziesięć tysięcy osiemset) złotych powiększoną o należny podatek od towarów i usług, tytułem pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.

SSO del. Krzysztof Gajewski SSA Ewelina Jokiel SSA Ewa Giezek

Sygn. akt I ACa 234/16

UZASADNIENIE

Powód K. Ż. (1) wywiódł pozew przeciwko U. Centrum (...) - S. Z. z siedzibą w G. wnosząc m. in. o:

1. zasądzenie kwoty 5.014,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania za poniesioną przez powoda szkodę,
2. zasądzenie kwoty 400.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną przez powoda krzywdę,
3. zasądzenie miesięcznej renty w wysokości 1.000 zł z uwagi na zmniejszenie widoków na przyszłość poczynszy od września 2011 r., płatnej do dnia 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności,
4. zasądzenie z góry kwoty 200 zł miesięcznie płatną do dnia 10 każdego miesiąca wraz z ustawowymi odsetkami w razie opóźnienia w płatności, potrzebną na koszty leczenia,
5. ustalenie odpowiedzialności pozwanego za skutki choroby na przyszłość;
6. zasądzenie kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wskazał, że dnia 20.06.2008 r. został przyjęty do Kliniki (...) U.o Centrum (...) celem implantacji kardiowertera - defibrylatora serca i zabieg powyższy był pierwotną przyczyną posocznicy tj. ogólnoustrojowego zakażenia organizmu bakterią gronkowca złocistego u powoda. Długie pobyty w szpitalu oraz szereg zabiegów związanych z jej zaistnieniem, którym musiał zostać poddany powód w konsekwencji zakażenia, spowodowały ogromne cierpienie fizyczne i psychiczne oraz doprowadziły do wyniszczenia organizmu. Nieodwracalnego uszczerbku doznały liczne organy wewnętrzne powoda, w tym serce, nerki, cały układ trawienny, a także mózg, w którym z powodu częstych utrat przytomności, nastąpiły nieodwracalne zmiany niedokrwienne. Na dzień dzisiejszy powód jest inwalidą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności.

Pismem z dnia 20 lutego 2012 r. (k. 136-149) powód ostatecznie sprecyzował powództwo.

W odpowiedzi na pozew (k. 81-83) pozwany SP ZOZ - (...) Centrum (...) w G. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na rzecz pozwanego kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu pozwany wskazał m. in., iż kwestionuje powództwo, tak co do zasady, jak też co do wysokości.

Wyrokiem z dnia 11 grudnia 2015r. Sąd Okręgowy oddalił powództwo, odstąpił od obciążania powoda kosztami postępowania i przyznał koszty nieopłaconej pomocy prawnej pełnomocnikowi z urzędu powoda w kwocie 7.200 zł podwyższoną o odpowiednią stawkę podatku od towarów i usług, które to wynagrodzenie nakazał wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Gdańsku.

Powyższe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach i rozważaniach:

W dniu 20 czerwca 2008 r. powód K. Ż. (1) został przyjęty do II Kliniki (...) (obecnie U. Centrum (...)) w G. w celu implantacji kardiowertera - defibrylatora serca, z uwagi na kardiomiopatię rozstrzeniową, utraty przytomności i wstawki nieutralonego częstokurczu komorowego. Przy przyjęciu pacjent był w stanie ogólnym dobrym, z prawidłowym ciśnieniem tętniczym. Przeprowadzona diagnostyka EKG wykazała migotanie przedsionków z szybką (ok. 110/min.) częstością rytmu komór. W wykonanym badaniu echokardiograficznym stwierdzono obniżoną kurczliwość globalną lewej komory, ok. 36%. Powód urodził w dniu 23 lipca 1957 r., ma 185 cm wzrostu, w chwili przyjęcia do Kliniki ważył 118 kg. Stwierdzono u niego nadciśnienie tętnicze, chorobę wrzodową oraz stan po wykonanej laparoskopowo cholecystomii (usunięciu pęcherzyka żółciowego).

W dniu 26 czerwca 2008 r. implantowano powodowi dwujamowy kardiowerter - defibrylator marki M. (...) o numerze (...) oraz endokawitarne elektrody: przedsionkową ((...) -58 cm) marki M. o numerze (...) i komorową ((...) -65 cm) marki M. o numerze (...). Zabieg został poprzedzony podaniem antybiotyku (rocephin), który obejmuje swoim spektrum bakteriobójczym gronkowce wrażliwe na kloksacylinę. Zabieg i okres pooperacyjny przebiegły bez powikłań. Po wszczępieniu kardiowertera - defibrylatora opatrunek był suchy. Przebieg leczenia był bezgorączkowy. W dniu 25 czerwca 2008 r. powodowi w prawym zgięciu łokciowym założono wenflon, który usunięto w dniu 30 czerwca 2008 r.

Codziennie wykonywano opatrunki, nie stwierdzono zmian zapalnych w obrębie wklucia. Powoda w stanie ogólnym dobrym, po sprawdzeniu parametrów stymulatora i kontrolnym zdjęciu radiologicznym klatki piersiowej, wypisano w dniu 30 czerwca 2008 r. do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

W dniu 24 października 2008 r. powód został przyjęty z K. Oddziału Ratunkowego do II Kliniki (...) w G. z powodu nieadekwatnych wyładowań kardiowertera - defibrylatora serca, które wystąpiły w wyniku przyspieszenia czynności komór w przebiegu przetrwałego migotania przedsionków. W chwili przyjęcia do Kliniki ważył 120 kg.

Powodowi wykonano echokardiograficzne badanie przezprzelykowe, w którym wykluczono obecność świeżej skrzepliny w przedsionkach; w czasie badania wystąpiło migotanie przedsionków. Następnie w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym wykonano kardiowersję elektryczną, ale nie uzyskano powrotu rytmu zatokowego. Zabieg kardiowersji nie wiąże się z ingerencją chirurgiczną, polega na elektrycznym przerwaniu arytmii, w krótkotrwałej narkozie. Zaplanowano powtórzenie kardiowersji przy zastosowaniu elektrod przezskórnych typu PAD, których brak było w Klinice. W trakcie hospitalizacji stwierdzono podwyższone wartości glikemii na czczo. Z powodu uporczywych bólów głowy (nawracających od roku) podano powodowi dożylnie ketanol. Przebieg leczenia był bezgorączkowy. W dniu 24 października 2008 r. powodowi w lewym zgięciu łokciowym założono wenflon, który usunięto w dniu 28 października 2008 r., nie zaobserwowano odczytu zapalnego. Powoda w stanie ogólnym dobrym, bez cech jawnej niewydolności krążenia, wypisano w dniu 28 października 2008 r. do dalszej opieki w warunkach ambulatoryjnych. W dacie wypisu nie stwierdzono zakażenia.

W okresie od 20 do 30 czerwca 2008 r. narzędzia chirurgiczne sali operacyjnej, na której przeprowadzono powodowi implementację kardiowertera - defibrylatora, były codziennie poddawane dezynfekcji oraz badaniom mikrobiologicznym. Wynik posiewu zawsze był ujemny.

W 2008 r. obowiązywały u pozwanego procedury dotyczące zasad zakładania kaniuli (wenflonu) do żył obwodowych i zmiany opatrunku przy kaniuli (wenflonie) obwodowej. Z powyższych procedur wynika m. in., że czynności te wykonuje personel medyczny po dezynfekcji rąk, stosując rękawice jednorazowe i jałowe gaziki. W szpitalu obowiązywały także zasady ruchu personelu medycznego i sprzętu w bloku operacyjnym, zasady przechowywania materiału sterylnego, procedura przygotowania personelu medycznego do wejścia na blok operacyjny oraz procedura chirurgicznego mycia i dezynfekcji rąk, a także kryteria oceny zapalenia żył. Na sali operacyjnej lekarze posługują się narzędziami jednorazowymi lub sprzętem sterylizowanym pochodzącym z centralnej sterylizatorni.

Sala operacyjna jest w pełnej aseptyce, lekarze muszą zachować pełen reżim sanitarny w zakresie mycia rąk, zmiany odzieży. Narzędzia zabiegowe są wyciągane ze sterylizatorów, rozkładane na chustach jałowych. Utrzymywanie aseptyczności i jałowości sali operacyjnej następuje poprzez wymianę powietrza na jałowe za pomocą klimatyzacji oraz dodatkowo za pomocą lamp dezynfekcyjnych. Pacjent jest myty przed zabiegiem, golony, ma zakładany wenflon, podawany jest mu antybiotyk, przebiera się go w odzież jednorazową operacyjną i przez służbę wjazdową dla pacjentów dostaje się na salę operacyjną. W służbie wjazdowej pacjent jest rozbierany, przenoszony na stół zabiegowy, gdzie jest myty do zabiegu i obkładany obłożeniem jałowym chirurgicznym. Na sali operacyjnej jest dezynfekowane pole operacyjne gazikiem w odstępach trzyminutowych, w przypadku zabiegu implantacji jak u powoda jest to ok. połowy klatki piersiowej. Urządzenia wszczepialne są pakowane fabrycznie w warunkach sterylnych. Nie są sterylizowane w szpitalu, tylko wyjmowane bezpośrednio przed zabiegiem - urządzenie jest w podwójnym opakowaniu, przy czym opakowanie wewnętrzne jest sterylne. Urządzenia wszczepialne są jednorazowe, nie podlegają resterylizacji. Instrumentariuszka tzw. czysta otwiera opakowanie sterylne i wyjmuje urządzenie, które kładzie na stół z narzędziami zabiegowymi. Poza kardiowerterem - defibrylatorem i elektrodami do urządzeń jednorazowych używanych do implantacji należą koszulki naczyniowe z rozszerzaczem, przez które wprowadzane są do serca elektrody, przewodniki do tych koszulek oraz noże do rozcinania tych koszulek, a także strzykawki i igły. Urządzenie jednorazowe jeżeli zostało otwarte ze sterylnego opakowania, a nie zostało wykorzystane podlega utylizacji. Odpakowywanie urządzeń jednorazowych odbywa się zgodnie z zaleceniami producenta. Głowica do badania echokardiograficznego przezprzelykowego jest wielokrotnego użytku, gdyż kosztuje ok. 40.000 zł. Przed każdym badaniem jest sterylizowana. W szpitalu pozwanego prowadzone są cykliczne szkolenia z zakresu aseptyki.

Dział Zakażeń Szpitalnych monitoruje występowanie zagrożeń bakteryjnych. Gdy pacjent po zabiegu zgłasza dolegliwości bólowe lub ma podwyższoną temperaturę, to jego pobyt w Klinice się przedłuża. Pacjentowi w Klinice temperatura jest mierzona dwa razy dziennie - rano i wieczorem. Przed opuszczeniem szpitala, w dniu wypisania, pacjent jest badany przez lekarza, który dysponuje całą jego dokumentacją medyczną.

W dniu 9 lipca 2008 r. przedstawiciel Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w G. wskazał następujące naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych w II Klinice (...) w G.: brak prawidłowej segregacji odpadów (odpady komunalne gromadzone razem z medycznymi), nieprawidłowe zabezpieczenie i oznakowanie worków z odpadami medycznymi, nieprzestrzeganie zakazu palenia tytoniu na terenie jednostki ochrony zdrowia, niedostateczna ilość tubusów jednorazowych do poboru krwi, zakurzone klosze na punktach świetlnych oraz parapety okienne w salach chorych. Kontrola sprawdzająca, przeprowadzona w dniu 23 grudnia 2008 r., potwierdziła usunięcie ww. nieprawidłowości. W dniu 25 sierpnia 2009 r. w wyniku kontroli sanitarnej Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w G. stwierdzono w II Klinice (...) w G. następujące nieprawidłowości: łóżka w pokojach łóżkowych nie są dostępne z trzech stron, w tym dwóch dłuższych, brak klimatyzacji lub wentylacji mechanicznej, brak izolacji, w brudowniku brak wentylacji mechanicznej, w oddziale brak wydzielonego węzła sanitarnego dla pacjentów i osób odwiedzających, brak pomieszczenia porządkowego.

W dniu 30 października 2008 r. powód miał wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie stwierdzono podwyższonej gorączki. W dniu 3 listopada 2008 r. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej uzyskał od powoda informację, iż powód od 5 dni jest leczony antybiotykiem z powodu gorączki do 40°C. We wpisach z 3 i 5 listopada 2008 r. brak jest informacji o utracie przytomności u powoda i skokach temperatury. W dniu 10 listopada 2008 r. powód został przyjęty z K. Oddziału Ratunkowego do Kliniki (...), T. (...) Centrum (...) w G. z powodu gorączki, wymiotów, dolegliwości bólowych kończyn górnych i okolicy potylicznej. W pobranym w Klinice posiewie krwi stwierdzono obecność gronkowca złocistego. Zastosowano leczenie wankomycyną, do której następnie dołączono ceftazydim. Pomimo zastosowanego leczenia kolejne posiewy krwi również były dodatnie, utrzymywała się także gorączka. Po konsultacji kardiologicznej pacjenta przeniesiono do II Kliniki (...) w G.. Przy przyjęciu do II Kliniki (...) powód był w stanie ogólnym średnio-ciężkim, gorączkujący do 38,5°C. W badaniach laboratoryjnych stwierdzona została leukocytoza z granulocytozą, podwyższone (...) (72 mg/l) oraz dodatnia prokalcytonina. W wykonanym badaniu echokardiograficznym (przezskłatkowym i przezprzełykowym) stwierdzono cechy infekcyjnego zapalenia wsierdza-"koralikowate" wegetacje na elektrodzie implantowanego kardiowertera. W dniu 21 listopada 2008 r. usunięto kardiowerter - defibrylator wraz z elektrodą. Posiew z końcówki elektrody był dodatni - gronkowiec złocisty. Włączono leczenie wankomycyną i fortum (28 dni). Uzyskano ustąpienie gorączki i stanów podgorączkowych oraz normalizację parametrów stanu zapalnego. Kontrolne posiewy krwi były ujemne. Powoda w stanie ogólnym dobrym, wydolnego krążeniowo i oddechowo, wypisano w dniu 10 grudnia 2008 r. do domu.

Wykryty u powoda szczep gronkowca złocistego (*S. ureus*) był szczepem wielowrażliwym, tzn. wrażliwym na większość antybiotyków (...).

W dniach od 20 marca 2009 r. do 25 marca 2009 r. powód przebywał w II Klinice (...) przyjęty w trybie planowym w celu reimplantacji kardiowertera - defibrylatora serca w ramach prewencji pierwotnej nagłego zatrzymania krążenia. W dniu 23 marca 2009 r. implantowano powodowi kardiowerter - defibrylator. W dniach od 28 lipca 2009 r. do 4 sierpnia 2009 r. powód przebywał w Klinice (...) w G. z powodu przewlekłych zaostrzonych bólów głowy. W dniach od 9 do 12 sierpnia 2009 r. powód przebywał na Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala (...) w G. z powodu nawrotów stanów gorączkowych z dreszczami. W dniach od 4 do 5 września 2009 r. powód przebywał w Klinice (...) w G., gdzie z uwagi na istotne podejrzenie infekcyjnego zapalenia wsierdza w dniu 4 września 2009 r. usunięto przezżylnie dotychczasowy układ defibrylujący i naszyto elektrodę stymulującą nasierdziowo. Przebieg pozabiegowy był powikłany stanem podgorączkowym ze wzrostem parametrów zapalnych.

W dniach od 1 do 3 października 2009 r. powód przebywał na O. ZOZ MSWiA w G. w celu optymalizacji leczenia farmakologicznego.

Wczesne zakażenie chirurgiczne ujawnia się zwykle w ciągu kilku dni do tygodni od dnia ingerencji chirurgicznej. Zawsze towarzyszą mu objawy ogólne - gorączka i miejscowe zaczerwienienie rany z następowym jej rozęściem i wydzieliną surowiczą lub ropną. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się podwyższone parametry zapalne. Jedynym możliwym leczeniem zakażenia implantu jest jego usunięcie. Pomimo stosowania profilaktyki antybiotykowej i przestrzegania zasad aseptyki i antyseptyki okołozabiegowej powikłania infekcyjne zdarzają się.

Posocznica stwierdzona u powoda nie była bezpośrednio spowodowana zakażeniem w czasie wszczepienia kardiowertera - defibrylatora w czerwcu 2008 r. W czasie wszczepienia pierwszego kardiowertera - defibrylatora wykonano wszystkie niezbędne badania przedoperacyjne i zastosowano okołozabiegową profilaktykę zakażenia wewnątrzszpitalnego. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy. W wykonanych badaniach krwi po implantacji liczba krwinek białych oraz frakcja neutrofilii były prawidłowe. Nie stwierdzono również objawów infekcji w okresie pooperacyjnym, jak i w okresie do października 2008 r., gdy wystąpiły zaburzenia rytmu serca i zaburzenia funkcjonowania kardiowertera - defibrylatora. W trakcie pobytu w II Klinice (...) w okresie od 24 do 28 października 2008 r. nie obserwowano podwyższonej temperatury ciała i leukocytoza (liczba krwinek białych w tym neutrofilii jak markera stanu zapalnego) były prawidłowe. W czasie październikowego pobytu w szpitalu nic nie wskazywało na rozpoczynającą się infekcję i nie było wskazań by ją diagnozować, choć nie można wykluczyć, że infekcja rozpoczęła się na tyle wcześniej, że jej początek był w czasie lub nawet przed pobytym w szpitalu w dniach od 24 do 28 października 2008 r.

Zabieg implantacji kardiowertera - defibrylatora w dniu 26 czerwca 2008 r. był poprzedzony podaniem antybiotyku według schematu obowiązującego w klinice. Po zabiegu opatrunek był suchy, nie odnotowano zmian zapalnych w obrębie miejsca operowanego. Nie odnotowano również zmian zapalnych w obrębie wklucia dożylnego w prawym zgięciu łokciowym. Przebieg leczenia był bezgorączkowy.

Objawy opisane w dokumentacji i podawane przez powoda wskazują na to, że infekcyjne zapalenie wsierdza u powoda miało charakter ostrego gronkowcowego zapalenia. Informacje zawarte w aktach wykluczają podostry charakter choroby. U powoda nie występowały długotrwałe stany podgorączkowe, nie było utraty łaknienia, zamiast zalecanego ubytku nastąpił wzrost wagi ciała. W takim ujęciu infekcyjne zapalenie wsierdza nie mogło być efektem zakażenia spowodowanym wszczepieniem kardiowertera - defibrylatora w dniu 26 czerwca 2008 r. Okoliczności dotyczące wszczepienia, a także opisujące przebieg infekcyjnego zapalenia wsierdza u powoda pozwalają na wykluczenie zakażenia go gronkowcem złocistym podczas zabiegu implantacji w dniu 26 czerwca 2008 r. z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością. Powód w trakcie zabiegu nie został zakażony żadnymi bakteriami, w tym również gronkowcem złocistym. Przebieg leczenia powoda w okresie od 24 do 28 października 2008 r. nie stanowi podstawy do stwierdzenia, iż podczas tej hospitalizacji miało miejsce zakażenie powoda gronkowcem złocistym.

Akta sprawy nie zawierają dowodów pozwalających na stwierdzenie lub wykluczenie, iż gronkowiec złocisty wyhodowany z krwi powoda był jego własną bakterią. W świetle wiedzy, iż nosicielem gronkowca złocistego jest ok. 80% populacji prawdopodobieństwo takiej możliwości było bardzo wysokie. Zakażenia miejsca operowanego w pierwszej kolejności jest wywoływane przez własne drobnoustroje pacjenta. Określa się je jako zakażenia związane z opieką szpitalną. Takie zakażenie nie wynika z winy personelu ani placówki i jest, w określony odsetku, nieodłącznym zjawiskiem towarzyszącym wykonywanym procedurom zabiegowym.

U powoda rozpoznano liczne choroby będące czynnikami ryzyka zakażenia: rozstrzeniową kardiomiopatię przebiegającą z zagrażającymi życiu zaburzeniami rytmu serca oraz niewydolnością krążenia, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą niewydolność nerek, znaczną otyłość przebiegającą z hiperglicerydymią i niezdiagnozowanymi zwyżkami poziomu cukru we krwi.

Podany powodowi przed zabiegiem w dniu 26 czerwca 2008 r. antybiotyk R. jest antybiotykiem o działaniu bakteriobójczym, obejmującym swoim spektrum działania ziarenkowce Gram (+), w tym gronkowce złociste wrażliwe na kloksacylinę. Wykryty u powoda w listopadzie 2008 r. szczep gronkowca złocistego był szczepem (...), wrażliwym na metycylinę i kloksacylinę.

Ustalając stan faktyczny Sąd Okręgowy dokonał oceny zgromadzonego materiału dowodowego, a przede wszystkim przeprowadzonych dowodów z opinii biegłych, z dokumentów, z zeznań świadków i wyjaśnień powoda. Sąd Okręgowy dokonał oceny zebranego w sprawie materiału dowodowego, określając, w jakim zakresie uznał go za wiarygodny, a w jakim tej wiarygodności odmówił, obszernie i szczegółowo uzasadniając swoje stanowisko w powyższej kwestii. Wyjaśnił również przyczyny, dla których część wniosków dowodowych oddalił.

Powód precyzując ostatecznie podstawę faktyczną roszczenia (pismo z dnia 20 lutego 2012 r. - k. 136-149) źródła szkody upatrywał w zakażeniu go bakterią gronkowca złocistego w trakcie wszczepiania defibrylatora - kardiowertera na skutek niezachowania wystarczających zasad higieny przez personel medyczny. Posocznica i poprzedzające ją infekcyjne zapalenie wsierdza (ostra infekcja bakteryjna w obrębie miejsca wszczepienia kardiowertera), mają zatem źródło w przeprowadzonym zabiegu (k. 140).

Sąd Okręgowy wskazał, iż przesłankami odpowiedzialności placówki medycznej są art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c. W niniejszej sprawie nie zostało wykazane, że podczas zabiegu implantacji kardiowertera - defibrylatora w dniu 26 czerwca 2008 r. doszło do zakażenia powoda bakterią gronkowca złocistego, jak również, aby do takiego zakażenia doszło w trakcie hospitalizacji powoda u pozwanego w okresie od 24 do 28 października 2008 r.

W okolicznościach sprawy nie istnieją dowody, które pozwalałyby przyjąć co najmniej wysokie prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło u pozwanego. Jak wynika z opinii biegłych M. W. (1) i J. A. (1), sporządzonych na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej, pozwany przed wykonaniem zabiegu zastosował się do wymogów profilaktyki antybakteryjnej. Nadto zakażenia rany pooperacyjnej wiążą się ściśle z przyjętą metodą leczenia, tj. metodą leczenia operacyjnego, a także biologicznymi cechami pacjenta. Drobnoustroje wywołujące zakażenie mogą pochodzić ze środowiska szpitalnego z powodu np. źle wyjałowionego sprzętu, rąk personelu czy osób odwiedzających. Źródłem zakażenia może być jednak również flora bakteryjna skolonizowana, np. na skórze pacjenta. Stąd też zabiegi chirurgiczne są połączone z ryzykiem zakażenia. Na wzrost takiego ryzyka wpływają również czynniki związane bezpośrednio ze stanem pacjenta, np. obniżona odporność czy współistnienie innych chorób. Nadto wykryty u powoda gronkowiec należał do szczepu (...), który nie jest typowym szczepem pochodzenia szpitalnego. W niniejszej sprawie nie można zatem stwierdzić, że do zakażenia doszło na skutek zaniedbań personelu medycznego pozwanego. Istnieje bowiem również prawdopodobieństwo, że w przypadku powoda doszło do samozakażenia i że bakteria pochodziła ze środowiska biologicznego powoda.

Powód nie wykazał, aby do zakażenia doszło poprzez zawinione działanie bądź zaniechanie osób podwładnych pozwanemu oraz, że pomiędzy zakażeniem, a tym działaniem istniał związek przyczynowy określony w treści art. 361 § 1 k.c. Pomimo zatem wystąpienia powikłań w wyniku zakażenia i niewątpliwego cierpienia fizycznego i psychicznego powoda, a także trwałych konsekwencji zdrowotnych przedmiotowego zakażenia dla powoda, brak było podstaw do przyjęcia odpowiedzialności pozwanego w niniejszej sprawie.

W tym stanie rzeczy Sąd na podstawie art. 415 k.c. i art. 430 k.c. orzekł jak w punkcie 1. sentencji wyroku. Na podstawie art. 102 kpc Sąd Okręgowy odstąpiło od obciążania powoda kosztami postępowania. O kosztach w punkcie 3. wyroku Sąd orzekł na podstawie § 6 ust. 7, § 15, § 16 i § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j. t. Dz. U z 2013 r., poz. 490 ze zm.).

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód zaskarżając go w pkt. 1 i na podstawie art. 368 § 1 pkt 2 kpc zaskarżonemu orzeczeniu zarzucił:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 6 kc w zw. z art. 415 kc poprzez błędne przyjęcie ciężaru dowodów po stronie powoda co do udowodnienia konkretnego działania pracowników pozwanego szpitala;
2. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 kpc poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów, dokonanej wybiórczo, wbrew logice i doświadczeniu, a wyrażającej się w uznaniu za prawdziwą

okoliczności wskazywanej przez biegłych, iż przebieg pobytu powoda u pozwanego pomiędzy 24-28.10.2008 roku był bezgorączkowy, podczas gdy karta gorączkowa znajdująca się w aktach sprawy dla tego okresu nie zawiera diagnostyki w tym względzie przez cały okres pobytu powoda u pozwanego, co w połączeniu z faktem, iż w chwili przyjęcia powód nie wykazywał objawów zapalenia, a w chwili wypisu gorączkował (vide zeznania powoda w toku sprawy, karta gorączkowa nie zawiera danych w dwóch ostatnich dniach pobytu) daje podstawy do przyjęcia, iż infekcja w przypadku powoda rozpoczęła się podczas pobytu u pozwanego- pomiędzy 24-28.10.2008 roku, a zatem istnieje duże prawdopodobieństwo, iż była wynikiem zachowania personelu pozwanego szpitala;

3. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 kpc poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów, które polega na pominięciu przy ocenie materiału dowodowego fragmentu zeznań świadka G. R. (k. 379), które Sąd I instancji w całości obdarzył wiarą, iż przypadków ewidentnych, że doszło do zakażenia w naszej klinice jest znikomy odsetek, a co za tym idzie, pomimo stosowania przez personel medyczny pełnego reżimu sanitarnego, odnotowywane są przypadki wystąpienia zakażeń;

4. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 kpc poprzez całkowite pominięcie przy ocenie materiału dowodowego zeznań świadka w osobie K. Ż. (2), iż w okresie pomiędzy 28.10, a pierwszą wizytą wyjazdowej opieki medycznej powód miał styczność tylko z nią, swoją ówczesną żoną E. Ż., a zatem brak jest podstaw do przyjęcia, iż powód został zakażony w okresie po opuszczeniu placówki pozwanego w 10.2008 roku;

5. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 233 § 1 i 2 kpc oraz art. 328 § 2 kpc poprzez przekroczenie granic zasady swobodnej oceny dowodów, dokonanej wybiórczo, wbrew zasadom logiki i doświadczenia życiowego, polegającej na bezkrytycznym uznaniu za prawdziwe twierdzeń świadków - pracowników strony pozwanej, iż przebieg leczenia powoda zarówno w czerwcu, jak i w październiku 2008r. odbywał się zgodnie z obowiązującymi procedurami - tzw. pełnym reżimem sanitarnym, które są przestrzegane w szpitalu, natomiast gdyby faktycznie stan taki zaistniał, do zakażenia powoda w jego ocenie ogóle by nie doszło, gdyż do przeniesienia bakterii gronkowca (...) mogło dojść wyłącznie przez zaniedbanie zasad dotyczących higieny i czystości przy bezpośrednim kontakcie personelu szpitala z powodem, a przy zachowaniu wszelkich zasad higieny nie doszłoby do zakażenia, a nadto twierdzeniom świadków przeczą protokoły kontroli z lipca 2008 i sierpnia 2009;

6. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 231 kpc poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie domniemania, iż z uwagi na nosicielstwo gronkowca przez 80% populacji istnieje 80% prawdopodobieństwo, iż w chwili przyjęcia do szpitala powód był nosicielem gronkowca (...), podczas gdy żadne okoliczności wcześniej nie wskazywały na nosicielstwo gronkowca przez powoda, w szczególności pobyt powoda w czerwcu 2008r u pozwanego przebiegał bez powikłań (pomimo charakterystyki powoda umiejscawiającej go w grupie ryzyka - podatnej na zakażenia);

7. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 227 kpc w zw. z art. 162 kpc poprzez oddalenie na rozprawie w dniu 27 listopada 2015 roku wniosków o przeprowadzenie dowodów z opinii innych biegłych z dziedzin: kardiochirurgii oraz chorób zakaźnych, podczas gdy przeprowadzenie takich dowodów miało istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy;

8. naruszenie przepisów postępowania, tj. art. 217, 227, 232 zd. 1 kpc w zw. z art. 162 k.p.c. poprzez oddalenie na rozprawie w dniu 27 listopada 2015 roku wniosków o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego ds. sanitarno-higienicznych, podczas gdy teza dowodowa zmierzała do wyjaśnienia istotnych okoliczności sprawy, z których powód wywodzi skutki prawne;

9. błąd w ustaleniach faktycznych, polegający na przyjęciu, iż w chwili wykonywania leczenia w czerwcu 2008 roku, najpóźniej 28 października 2008r. powód z prawdopodobieństwem 80% był nosicielem gronkowca, podczas gdy z faktu niepowikłanego zabiegu wszczepienia (...) w czerwcu 2008 roku wynika, iż w krwi powoda nie znajdowały się bakterie gronkowca, natomiast wszystkie późniejsze reimplantacje kończyły się niepowodzeniem z powodu kolonizowania elektrod (...) przez bakterie gronkowca znajdujące się w ciele powoda;

Uwzględniając powyższe na podstawie art. 386 § 1 kpc w zw. z art. 368 § 1 pkt 5 kpc wniesiono o:

1. zmianę zaskarżonego rozstrzygnięcia poprzez uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą według norm prawem przepisanych,
2. ewentualnie, w braku uznania podstaw do zmiany orzeczenia z powodu konieczności przeprowadzenia postępowania dowodowego w całości, na podstawie art. 386 § 1 kpc w zw. z art. 368 § 1 pkt 5 kpc wnoszę o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji z jednoczesnym pozostawieniem temu Sądowi rozstrzygnięcia dotyczącego kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

Jednocześnie, z uwagi na brzmienie art. 380 kpc, mając na względzie zgłoszone w trybie art. 162 kpc zastrzeżenia, o których mowa wyżej, wniesiono o:

1. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego kardiochirurga i biegłego z dziedziny chorób zakaźnych, ewentualnie dopuszczenie dowodu z uzupełniających opinii biegłych wypowiadających się już w sprawie, no okoliczność wskazania, na podstawie dokumentacji medycznej powoda i dowodów zgromadzonych w sprawie, najbardziej prawdopodobnej przyczyny, czasu i miejsca zakażenia powoda, z uwzględnieniem okoliczności, iż w chwili przyjęcia powoda na oddział w dniu 24.08.2008 roku nie wykazywał on objawów występowania zapalenia, natomiast w chwili wypisu i w następnych dniach powód gorączkować (vide historia zdrowia i choroby pochodząca z dokumentacji prowadzonej przez (...) Sp. z o.o.J;
2. dopuszczenie i przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego ds. sanitarno-higienicznych na okoliczności, o których mowa w piśmie procesowym powoda z dnia 20 marca 2013 roku.

Nadto w związku z reprezentacją powoda z urzędu wnoszę o przyznanie wynagrodzenia za działania podejmowane na rzecz skarżącego w ramach podjętych działań odwoławczych, według norm przepisanych, z zastrzeżeniem powiększenia wynagrodzenia o podatek VAT; oświadczam zarazem -w imieniu własnym oraz radcy prawnego M. J. - że nie otrzymałem dotychczas od powoda innego wynagrodzenia za prowadzenie przedmiotowej sprawy.

Z ostrożności procesowej w przypadku oddalenia przedmiotowej apelacji wniesiono - na mocy art. 102 kpc - o nie obciążanie powoda kosztami zastępstwa procesowego strony pozwanej za instancję odwoławczą, w związku z wyjątkowo trudną sytuacją materialną i zdrowotną powoda.

W uzasadnieniu obszernie odniesiono się do wspomnianych zarzutów.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o jej oddalenie oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania odwoławczego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie wskazać należy, iż niezasadny jest zarzut naruszenia przez Sąd I instancji art. 233 § 1 i 2 kpc w związku z art. 328 § 2 kpc. Zarzut naruszenia tego przepisu może być skuteczny, gdy uzasadnienie orzeczenia pozbawione jest określonych w nim elementów. Tymczasem uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia spełnia wymogi wynikające z w/w artykułu, zawiera bowiem wszystkie konieczne elementy, pozwalające prześledzić motywy, jakimi kierował się Sąd Okręgowy oraz tok jego rozumowania, co powoduje, iż orzeczenie nie uchyla się kontroli instancyjnej. W uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia Sąd Okręgowy w obszerny sposób odniósł się do zeznań słuchanych w sprawie świadków dokonując prawidłowej oceny ich wiarygodności, wyjaśnił również przyczyny dla których odpowiedzialnością za zarażenie powoda nie można obciążyć pozwanej. Podkreślenia przy tym wymaga, iż pominięcie okoliczności nie mających w sprawie znaczenia bądź odmienna ocena przez stronę ustalonego stanu faktycznego, nie może być rozpatrywana w kontekście braków uzasadnianie.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy w sposób właściwy rozważył wszystkie dowody i okoliczności i na ich podstawie poczynił prawidłowe ustalenia faktyczne, nie przekraczając w tej mierze zasady swobodnej oceny dowodów. Sąd I instancji podejmując zaskarżone rozstrzygnięcie nie naruszył także przepisów prawa materialnego i dlatego Sąd Apelacyjny akceptuje argumenty przedstawione w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia.

Za bezzasadny Sąd Apelacyjny uznał zarzut naruszenia art. 227 kpc w związku z art. 162 kpc poprzez oddalenie wniosków o przeprowadzenie dowodów z opinii innych biegłych z dziedzin kardiologii oraz chorób zakaźnych. W n/n sprawie Sąd Okręgowy dopuścił dowody z opinii lekarzy wspomnianych specjalizacji – prof. dr hab. med. M. W. (1) i dr. med. J. A. (1), którzy sporządzili opinie i wyczerpująco odnieśli się do zgłoszonych przez stronę powodową zarzutów do nich. Za ugruntowany uznać należy zarówno w orzecznictwie, jak i doktrynie pogląd, iż brak jest podstaw do przyjęcia, że sąd jest zobowiązany dopuścić dowód z kolejnych biegłych w każdym przypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, a samo wyrażane niezadowolenie strony z opinii biegłego nie uzasadnia dopuszczania dowodu z dalszej opinii biegłego. Powyższe odnieść należy do prezentowanego przeświadczenia strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla niej tezy (por. orz. Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1974 r., II CR 5/74, orz. Sądu Najwyższego z dnia 13 listopada 2012r., III UK 45/12). Sporządzone w n/n sprawie opinie uznać należy za materiał dowodowy, którego wiarygodności powód w żaden sposób nie podważył (k. 758, 779), dlatego też zasadnie Sąd Okręgowy oddalił wniosek o dopuszczenie kolejnych opinii biegłych tych samych specjalizacji.

W kontekście powyższych rozważań na uwzględnienie nie zasługiwał również zarzut naruszenia art. 217, 227, 232 zd. 1 kpc w związku z art. 162 kpc poprzez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego ds. sanitarno – higienicznych na okoliczność niezachowania zasad higieny przez pozwanego. Ze sporządzonych przez biegłych M. W. i J. A. opinii wynika, iż do zakażenia powoda nie doszło w czasie hospitalizacji w szpitalu pozwanego w czerwcu, jak i październiku 2008r, tym samym brak było podstaw do dopuszczania dowodu mającego na celu stwierdzenie zachowania u niego zasad higieny. Kwestia odpowiedzialności pozwanego przesądzona została bowiem we wspomnianych opiniach.

Powyższe rozważania stanowiły także podstawę oddalenia kolejnych, zawartych w apelacji wniosków powoda o dopuszczenie dowodu z innych biegłych z dziedzin kardiologii i chorób zakaźnych, jak również dowodu z opinii biegłego ds. sanitarno – higienicznych. Podkreślenia nadto wymaga, iż w apelacji powód nie zawarł zarzutów kwestionujących sporządzone w sprawie opinie.

Za niezasadny Sąd Apelacyjny uznał zarzut naruszenia art. 233 § 1 kpc. Sąd Apelacyjny podziela wyrażone w orzecznictwie Sądu Najwyższego stanowisko, że kryteria oceny wiarygodności i mocy dowodów mogą być przedmiotem kontroli odwoławczej, jednakże powołanie się w środku zaskarżenia na naruszenie przepisu art. 233 § 1 k.p.c. nie może polegać na zaprezentowaniu przez skarżącego stanu faktycznego ustalonego przez niego na podstawie własnej oceny dowodów. Skarżący może tylko wykazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że sąd rażąco naruszył ustanowione w wymienionym przepisie zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów i że naruszenie to mogło mieć wpływ na wynik sprawy (wyrok SN z dnia 25.07. 2000 r., III CKN 842/98; LEX nr 51357, orzeczenie SN z dnia 14 stycznia 2000 r. I CKN 1169/99 nie publ.). Za utrwalony uznać należy ponadto wyrażony w doktrynie i orzecznictwie pogląd, iż ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwstawnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia się ze świadkami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań pomiędzy podstawami wnioskowania i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. 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 kpc) 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. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 września 2002 roku, II CKN 817/00, LEX nr 56906).

Wbrew stanowisku skarżącego, nie sposób uznać, żeby apelacja skutecznie podważała prawidłowość dokonanej przez Sąd Okręgowy oceny mocy dowodowej i wiarygodności zebranego w sprawie materiału dowodowego i wprowadzonych na tej podstawie wniosków.

Wbrew zarzutom zawartym w apelacji Sąd I instancji dokonał oceny zeznań świadka K. Ż. (2) (k. 824), zasadnie uznając, iż nie mają one znaczenia z punktu widzenia określenia odpowiedzialności pozwanego. Okoliczność, iż w okresie od 28 października 2008r. do pierwszej wizyty wyjazdowej powód miał ograniczony kontakt z innymi osobami, nie zmienia faktu, iż taki kontakt występował, ponadto dopuszczeni w sprawie biegli wskazali na prawdopodobieństwo, iż do zarażenia powoda doszło na skutek samozakażenia, zaś bakteria pochodziła z jego środowiska biologicznego. Brak jest także podstaw do uznania, iż zeznania świadka G. R. potwierdzają zaprezentowane przez powoda w sprawie stanowisko. Przytoczona w apelacji treść jego zeznania i kontekst, w jakim zostało wypowiedziane, świadczą o zamiarze wskazania na wyjątkowość zakażeń w pozwanym szpitalu, co wynika z rygorystycznego przestrzegania zasad higieny (k. 376-383). Świadek ten jednocześnie podkreślił, iż nie przypomina sobie, aby w okresie, gdy jest szefem kliniki, jakkolwiek pacjent zgłaszał roszczenia względem pozwanej (k. 381). Podstawą dla potwierdzenia stanowiska powoda nie mogą być także protokoły kontroli sanitarnych sporządzonych przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w G. z dnia 9 lipca 2008r. i 25 sierpnia 2009r. Daty ich sporządzenia nie pokrywają się bowiem z pobytami powoda u pozwanego (w szczególności dotyczy to kontroli z sierpnia 2009r.), ponadto wskazane uchybienia mają charakter przed wszystkim organizacyjny (brak prawidłowej segregacji odpadów, nieprzestrzeganie zakazu palenia), a nie związany z zachowaniem higieny (stwierdzono jedynie zakurzone parapety i klosze na punktach świetlnych). Uwzględniając wielkość szpitala i skalę jego działania, kontrole te wydają się potwierdzać stanowisko pozwanej dotyczące dbałości o zachowanie zasad higieny i bezpieczeństwa, zarówno w trakcie wykonywanych zabiegów, jak i na salach chorych.

Na uwzględnienie nie zasługuje również zarzut błędu w ustaleniach faktycznych i naruszenia art. 231 kpc poprzez przyjęcie domniemania, że z uwagi na nosicielstwo gronkowca przez 80% populacji, istnieje 80 % prawdopodobieństwo, iż w chwili przyjęcia do szpitala powód był nosicielem gronkowca (...). Wbrew twierdzeniom skarżącego Sąd I instancji takiego założenia nie przyjął. Wziął jedynie pod uwagę, okoliczność wskazaną przez biegłych, iż taki właśnie odsetek populacji posiada gronkowca, w kontekście okoliczności sprawy, w tym z uwzględnieniem faktu, iż u powoda rozpoznano liczne choroby będące czynnikami ryzyka zakażenia (rozstrzeniową kardiomiopatię przebiegającą z zagrażającymi życiu zaburzeniami rytmu serca oraz niewydolnością krążenia, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą niewydolność nerek, znaczną otyłość przebiegającą z hiperglicerydymią i niezdiagnozowanymi zwywkami poziomu cukru we krwi).

W n/n sprawie podstawowe znaczenie dla jej rozpoznania miały sporządzone przez biegłych opinie. Opinie biegłego są jednym ze środków dowodowych i Sąd winien dokonywać ich oceny na tle całokształtu okoliczności ujawnionych w toku postępowania. Warunek i zarazem nakaz kształtowania tej oceny na podstawie obiektywnych kryteriów jest oczywisty i dotyczy wszystkich środków dowodowych. Decydującym czynnikiem w ocenie wartości opinii jest zawsze jej treść powiązana w logiczną całość z okolicznościami konkretnej sprawy. Opinia biegłego, tak jak każdy inny dowód, podlega ocenie Sądu orzekającego, tak co do jej zupełności i zgodności z wymaganiami formalnymi, jak i co do jej mocy przekonywującej. Jeżeli z tych punktów widzenia nie nasunie ona Sądowi zastrzeżeń, to może ona stanowić uzasadnioną podstawę dla dokonania ustaleń faktycznych i rozstrzygnięcia sprawy (por. wyrok SN z 17.05.1974r. I CR 100/74, niepublikowany). Sąd jest powołany do kontrolowania logicznego biegu przesłanek opinii i do sprawdzenia jej wyników w oparciu o materiał dowodowy sprawy. Skoro jednak biegły wydaje opinię o takich dziedzinach życia, które wymagają wiadomości szczególnych, Sąd nie może postąpić z opinią biegłego w ten sposób, aby zastąpić pewne wnioski z tej opinii swoimi ustaleniami, opartymi nie na konkretnych faktach, lecz na rozumowaniu, które w oderwaniu od wiadomości fachowych może z łatwością przekształcić się w dowolność. Dlatego też opinie biegłych, analizowane i oceniane mogą być jedynie w zakresie ich fachowości, rzetelności i poprawności wnioskowania, a nie

z pozycji wartościowania ich poglądów. Przy ocenie opinii biegłego Sąd nie może zająć stanowiska odmiennego, niż wyrażone w opinii, na podstawie własnej oceny stanu faktycznego. Odmiennie ustalenia w tej mierze mogą być dokonane tylko na podstawie opinii innych biegłych, jeżeli ich opinia jest bardziej przekonywująca (por. wyrok SN z 13.10.1987r. II VRN 228/87, PiZS 1988/7/62).

Przyjęcie opinii biegłego może nastąpić tylko przy spełnieniu podstawowych warunków, takich jak jasność, wewnętrzna niesprzeczność oraz naukowe i logiczne uzasadnienie, ścisły związek z realiami danej sprawy, a także nienaruszenie reguł proceduralnych przy jej uzyskiwaniu. Opinie główne, jak i uzupełniające wydane w n/n sprawie przez biegłych prof. dr hab. med. M. W. (1) i dr. med. J. A. (1) spełniają wszystkie wspomniane wymagania, dlatego zasadnie Sąd Okręgowy uznał ją za w pełni wiarygodny materiał dowodowy. Sąd Apelacyjny podziela rozważania Sądu Okręgowego dotyczące wiarygodności przedłożonych przez biegłych opinii. W opiniach tych biegli zgodnie i jednoznacznie uznali, iż do zakażenia powoda nie doszło w czasie hospitalizacji w szpitalu pozwanego w czerwcu i październiku 2008r. Dlatego też prawidłowo Sąd Okręgowy wskazał, iż w okolicznościach sprawy nie istnieją dowody, które pozwalałyby przypisać odpowiedzialność za zarażenie powoda pozwanemu. Jak wynika z opinii biegłych M. W. (1) i J. A. (1), sporządzonych na podstawie przedłożonej dokumentacji medycznej, pozwany przed wykonaniem zabiegu zastosował się do wymogów profilaktyki antybakteryjnej. Nadto zakażenia rany pooperacyjnej wiążą się ściśle z przyjętą metodą leczenia, tj. metodą leczenia operacyjnego, a także biologicznymi cechami pacjenta. Biegli wskazali ponadto, iż źródłem zakażenia może być flora bakteryjna skolonizowana, np. na skórze pacjenta. Stąd też zabiegi chirurgiczne są połączone z ryzykiem zakażenia. Na wzrost takiego ryzyka wpływają również czynniki związane bezpośrednio ze stanem pacjenta, np. obniżona odporność czy współistnienie innych chorób. Podkreślenia wymaga, iż u powoda rozpoznano liczne choroby będące czynnikami ryzyka zakażenia: rozstrzeniową kardiomiopatię przebiegającą z zagrażającymi życiu zaburzeniami rytmu serca oraz niewydolnością krążenia, nadciśnienie tętnicze, przewlekłą niewydolność nerek, znaczną otyłość przebiegającą z hiperlipidemią i niezdiagnozowanymi zwyzkami poziomu cukru we krwi. Nadto wykryty u powoda gronkowiec należał do szczepu (...), który nie jest typowym szczepem pochodzenia szpitalnego (...) i jest wrażliwy na metacyklinę i kloksacylinę. W niniejszej sprawie nie można zatem stwierdzić, że do zakażenia doszło na skutek zaniedbań personelu medycznego pozwanego. Istnieje spore prawdopodobieństwo, że w przypadku powoda doszło do samozakażenia i że bakteria pochodziła ze jego środowiska biologicznego. W konsekwencji w swoich opiniach biegły M. W. (1) uznał, iż możliwość zakażenia powoda w szpitalu pozwanej jest tak mało prawdopodobna, że raczej niemożliwa (k. 562-570, 652-656, 747-751). Z kolei biegły J. A. (1) wykluczył, aby do zakażenia powoda gronkowcem złocistym doszło podczas zabiegu implantacji z prawdopodobieństwem granicznym z pewnością, podobnie jak i nie mogło do niego dojść w czasie jego pobytu w szpitalu w październiku 2008r. (k. 583-595, 690-694, 767-769). Podkreślenia wymaga przy tym, iż po sporządzeniu opinii uzupełniających skarżący ograniczył się jedynie do ogólnego i lakonicznego ich zakwestionowania, wnosząc jednocześnie o dopuszczenie dowodu z innych biegłych (k. 758, 779). Dlatego też zasadnie Sąd I instancji przyjął, iż powód nie zdołał podważyć wiarygodności dowodów mających podstawowe znaczenie dla rozpoznania sprawy.

Uwzględniając powyższe podzielić należy zaprezentowane przez Sąd Okręgowy stanowisko, iż zebrany w sprawie materiał dowodowy nie pozwala na przyjęcie prawdopodobieństwa zakażenia powoda na skutek zaniechania bądź zaniechania pozwanego oraz aby pomiędzy zakażeniem, a tym działaniem istniał związek przyczynowy określony w treści art. 361 § 1 k.c.

W kontekście powyższego na uwzględnienie nie zasługuje zarzut naruszenia art. 6 kc w związku z art. 415 kc.

Przepis art. 361 § 1 k.c stanowi, iż zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, po myśli art. 6 kc, podlega udowodnieniu przez poszkodowanego. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjęto reguły, które w praktyce złagodziły konsekwencje ciężaru dowodowego, spoczywającego na stronie powodowej w tzw. procesach „lekarskich”. W tego rodzaju sprawach uznaje się, że granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. We wspomnianych procesach sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany,

taki bowiem dowód - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możliwości wyznacza zarazem "linię obrony" strony przeciwnej, zagrożonej koniecznością ponoszenia odpowiedzialności odszkodowawczej. Obrona ta polega mianowicie na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, jest ono mało prawdopodobne (por. orz. Sądu Najwyższego z dnia 4 listopada 2005r., V CK 182/05, orz. Sądu Najwyższego z dnia 27 lutego 1998r., II CKN 625/97). W wyroku z dnia 6 listopada 1998r. w sprawie III CKN 4/98 Sąd Najwyższy przyjął, że w braku dowodu pewnego - wystarczające jest ustalenie wysokiego, graniczącego z pewnością, stopnia prawdopodobieństwa, że zakażenie nastąpiło w szpitalu (tak m.in. w orz. SN z 17 VI 1969 - nie publ., II CR 165/69 - OSPiKA 1969 nr 7-8 poz. 155, z 17 VII 1974, II CR 415/73 - nie publ.).

W n/n sprawie obowiązkiem powoda było zatem wykazanie wysokiego stopnia prawdopodobieństwa, iż do zakażenia doszło we wskazanych przez niego okolicznościach, czemu jednak skarżący nie podolał. Sporządzone w sprawie opinie biegłych zaprzeczyły tezie, aby do zarażenia doszło w pozwanym szpitalu, a tym samym nie pozwalają na przypisanie pozwanemu odpowiedzialności za zarażenia powoda. Skarżący nie wykazał istnienia uchybień, które miałyby miejsce podczas leczenia. Sąd Okręgowy trafnie więc przyjął, że nie został udowodniony związek przyczynowy między leczeniem, a zachorowaniem powoda. W przyjęciu przez Sąd Okręgowy braku związku przyczynowego nie sposób w konkretnym stanie faktycznym dopatrzeć się ani naruszenia art. 6 k.c. w związku z art. 231 k.p.c., ani art. 233 § 1 k.p.c.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 kpc oddalił apelację uznając, iż nie zasługuje ona na uwzględnienie.

O kosztach postępowania w postępowaniu odwoławczym, Sąd Apelacyjny orzekł na mocy art. 102 kpc. Przepis powyższy urzeczywistnia zasadę słuszności i jako wyjątkowy – stanowiący wyłom w zasadzie odpowiedzialności za wynik procesu – nie podlega wykładni rozszerzającej. W/w artykuł nie konkretyzuje pojęcia „wypadków szczególnie uzasadnionych „, toteż ich kwalifikacja należy do sądu, który – uwzględniając całokształt okoliczności konkretnej sprawy – powinien kierować się własnym poczuciem sprawiedliwości. Do kręgu okoliczności branych pod uwagę przez sąd przy ocenie przesłanek z art. 102 kpc należą fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i będące „na zewnątrz” procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego i sytuacji życiowej strony. Okoliczności te powinny być oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego.” (Komentarz do kpc, Część I, tom I pod red. T. Erecińskiego, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1999, str.237). Zdaniem Sądu Apelacyjnego zarówno ciężka sytuacja majątkowa, jak i zdrowotna uzasadnia zastosowanie wspomnianego przepisu w n/n sprawie.

O kosztach pełnomocnika z urzędu orzeczono na podstawie § 4 ust. 1, 2 i 3 w związku z § 8 pkt. 7 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego z urzędu (Dz.U. 1805/2015), uwzględniając stopień zawiłości sprawy, nakład pracy radcy prawnego oraz wkład jego pracy w przyczynienie się do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia sprawy.

SSA Ewa Giezek SSA Ewelina Jokieli del. SSO Krzysztof Gajewski

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)

(...)