

Sygn. akt II Ca 751/1

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 kwietnia 2017 r.

Sąd Okręgowy w Świdnicy, II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSO Jerzy Dydo

Sędziowie: SO Aleksandra Żurawska

SO Agnieszka Terpiłowska

Protokolant: Elżbieta Janus

po rozpoznaniu w dniu 6 kwietnia 2017 r. w Świdnicy na rozprawie

sprawy z powództwa W. Z.

przeciwko (...) S.A. w W.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji obu stron od wyroku Sądu Rejonowego w Kłodzku z dnia 24 czerwca 2016 r., sygn. akt I C 539/12

I. oddala obie apelacje;

II. zasądza od strony pozwanej na rzecz powoda 1.200 zł kosztów postępowania apelacyjnego.

(...)

UZASADNIENIE

Powód W. Z. wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) S.A. w W. kwoty 40.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 20 września 2010r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 4.800 zł. Powód wniósł ponadto o ustalenie na przyszłość odpowiedzialności strony pozwanej za skutki zdarzenia z dnia 24 marca 2009r.

W uzasadnieniu pozwu Powód podniósł, iż od dnia 24 marca 2009r. do dnia 25 marca 2009r. przebywał w (...)w G. na Oddziale (...) Jednego Dnia celem wykonania artroskopii stawu kolanowego prawego. Zabieg wykonywał dr R. P. ubezpieczony z tytułu odpowiedzialności cywilnej u strony pozwanej. Po wykonaniu przedmiotowego zabiegu wystąpiła u powoda infekcja gronkowcowa, na skutek której doznał szeregu komplikacji zdrowotnych. W dniu 12 maja 2009 r. dr P. ponownie wykonał artroskopię w celu wyczyszczenia stawu kolanowego. Od tego czasu Powód musiał poddać się wyczerpującemu leczeniu, które trwa do dnia dzisiejszego. Występuje bowiem u niego przewlekły stan zapalny kolana, który nie daje się usunąć farmakologicznie. Powód podniósł, że przebywał zwolnieniu lekarskim w dniach od dnia 26.08.2009r. do dnia 20.08.2010r. a jego stan znacznie pogorszył się od czasu przedmiotowego zdarzenia. Obecnie Powód porusza się o kulach i ma bezwzględny zakaz obciążania chorej kończyny. Powód wystąpił do strony pozwanej z żądaniem zapłaty stosownego zadośćuczynienia, jednak pozwana odmówiła wypłaty świadczenia z uwagi na brak winy ubezpieczonego w zakażeniu gronkowcem powoda.

Strona pozwana wniosła oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz strony pozwanej kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa. W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew Strona pozwana zakwestionowała roszczenie zarówno co do zasady jak i wysokości. W ocenie Strony pozwanej Powód nie udowodnił szkody, zawinionego zachowania ubezpieczonego oraz bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy tym zachowaniem a powstaniem szkody. Szkada, która według Powoda została wyrządzona przez szpital jest w istocie szkodą wynikłą z nieszczęśliwego wypadku, jakiemu powód uległ podczas jazdy na nartach oraz istniejących zmian zwyrodnieniowych. Strona pozwana wskazała, iż wobec zakwestionowania samej zasady odpowiedzialności ewentualne odsetki powinny zostać zasądzone od dnia wyrokowania w sprawie.

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 24 czerwca 2016r. Sąd Rejonowy w Kłodzku

I. zasądził od strony pozwanej (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz powoda W. Z. kwotę 40.000,00 zł (czterdzieści tysięcy złotych 00/100) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od dnia 20 września 2010 roku do dnia zapłaty,

II. dalej idące powództwo oddalił,

III. zasądził od strony pozwanej na rzecz powoda kwotę 8.564,10 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 4.800,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,

IV. nakazał stronie pozwanej, aby uiściła na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego w Kłodzku kwotę 943,64 zł tytułem zwrotu wydatków tymczasowo wyłożonych przez Skarb Państwa.

Sąd pierwszej instancji ustalił następujący stan faktyczny:

W lutym 2009 r. powód doznał urazu kończyny dolnej prawej wskutek upadku podczas jazdy na nartach. Z uwagi na utrzymujące się dolegliwości bólowe, w dniu 25 lutego 2009 r. powód zgłosił się do (...) Sp. z o.o. w K., gdzie stwierdzono u niego stan po skręceniu stawu kolanowego oraz wykonano punkcję. Powód otrzymał zwolnienie lekarskie na okres od 25 lutego do 25 marca 2009 r. W związku z w/w urazem, w dniu 24 marca 2009 r. powód, po uprzedniej konsultacji w dniu 16 marca 2009r. z dr. R. P., miał wykonany zabieg artroskopii stawu kolanowego prawego w (...) w G.. Przed wykonaniem zabiegu u powoda stwierdzono chorobę zwyrodnieniową stawu kolanowego prawego, odleżynę II/III stopnia płaszczyznową powierzchni obciążanej w wyproście z ogniskiem IV stopnia kłykcia przyśrodkowego kości udowej prawej, odleżynę II stopnia ogniskową kłykcia przyśrodkowego kości piszczelowej prawej, uszkodzenie rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej stawu kolanowego prawego, odleżynę III stopnia bruzdy międzykłykciowej kości udowej prawej, odleżynę III stopnia ogniskową powierzchni obciążanej w wyproście kłykcia bocznego kości udowej prawej, chondromalację II stopnia rzepki prawej i przerost ciała tłuszczowego (...) stawu kolanowego prawego. Zabieg przeprowadził dr R. P. – specjalistę chirurgii urazowej i ortopedycznej. Przed zabiegiem artroskopii powód wykonał niezbędne badania laboratoryjne, które świadczyły o braku przeciwwskazań do zabiegu. Lekarz przeprowadzający zabieg nie zlecił powodowi przeprowadzenia badań bakteriologicznych. Przed zabiegiem powód został zdezynfekowany kodanem barwionym i kodanem bezbarwnym.

Od 27 marca 2009 r. powód zaczął odczuwać dokuczliwe bóle operowanej kończyny. Powód skontaktował się telefonicznie z lekarzem wykonującym zabieg, który zapewnił go, że wszystko jest w porządku i zalecił stosowanie okładów. Gdy sytuacja nie uległa poprawie, a noga zrobiła się nabrzmiąta, powód w dniu 30 marca 2009 r. udał się do (...) s.c. (...) w O., gdzie dr R. P. wykonał mu punkcję kolana – 50 ml krwi. Zabieg ten na krótko przyniósł ulgę. Po powrocie do domu kończyna nadal puchła. W dniu 7 kwietnia 2009 r. powód ponownie zgłosił się do lekarza prowadzącego leczenie z masywnym wysiękiem w stawie kolanowym. Wykonano punkcję – 50 ml treści mętnej wysiękowej. Zalecono wykonanie posiewu oraz antybiotykoterapię (...) x 300g. Wykonane w dniu 7 kwietnia 2009 r. badanie bakteriologiczne antybiogramu, wykazało u powoda obecność bakterii gronkowca koagulazoujemnego (*Staphylococcus koagulazoujemny* szczep (...)).

W dniu 7 maja 2009 r. powód był ponownie konsultowany przez dr R. P. w (...) w O., który z uwagi na przewlekające się wysięki i brak ewidentnej poprawy, zakwalifikował powoda do reartroskopii. W dniu 12 maja 2009 r. w (...) w G. powodowi ponownie wykonano artroskopię stawu kolanowego prawego. Przed zabiegiem, który również wykonywał dr R. P., u powoda rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawu kolanowego prawego oraz wysiękowo – krwotoczne zapalenie błony maziowej stawu kolanowego prawego. Po wykonanym zabiegu kończyna nadal puchła. W dniach 8, 15 i 22 czerwca 2009 r. dr R. P. wstrzyknął powodowi kwas hialuronowy do stawu kolanowego. Mimo leczenia powód nie odczuwał poprawy. U powoda w wyniku przeprowadzonego badania bakteriologicznego w dniu 5 października 2009 r. stwierdzono obecność gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*).

W związku z nieustępującymi dolegliwościami powód korzystał z pomocy (...) przy (...) we W., gdzie w dniu 28 października 2009 r. zalecono mu stosowanie antybiotykoterapii przez okres 4 tygodni. Podczas wizyty kontrolnej w dniu 2 grudnia 2009r. powodowi przedłużono antybiotykoterapię o kolejne 4 tygodnie.

Przeprowadzone u powoda w dniu 30 września 2009 r. badanie (...) uda prawego wykazało przewlekły stan zapalny stawu kolanowego, rzepko – udowego, okolicznych tkanek oraz kości. Badanie (...) stawu kolanowego z dnia 26 stycznia 2010 r. wskazywało na dalszą progresję zmian zapalnych w obrębie tkanek miękkich stawu kolanowego oraz części kostnych, znaczną progresję destrukcji kostnej, zwłaszcza w lokalizacji powierzchni stawowej kości piszczelowej z przerwaniem okostnej, objęcie procesem zapalnym okolicznych mięśni i tkanek podskórnych. Progresja opisywanych zmian przemawiała za dalszym, aktywnym stanem zapalnym o charakterze bakteryjnym.

Po stwierdzeniu u powoda zakażeń bakteriami gronkowca powód wielokrotnie wykonywał badania laboratoryjne, które wykazywały stałe podwyższenie (...) i (...). Badanie wykonane w dniu 10 listopada 2009r. wykazało u powoda obecność białka ostrej fazy (...).

Powód przed i po zabiegu z dnia pozostawał również pod opieką lekarzy z (...) Sp. z o.o. w K., gdzie wykonano mu w dniu 25 lutego 2009r. punkcję stawu kolanowego, wykonywano badania laboratoryjne oraz zalecono stosowanie środków farmakologicznych.

Wobec braku poprawy stanu zdrowia, powód udał się do szpitala w L., gdzie w dniach 28 stycznia – 5 lutego 2010 r. przebywał na (...). W związku z rozpoznaniem zapaleniem stawu kolanowego prawego oraz ropnego zapalenia kłykcia przyśrodkowego piszczeli i uda z ubytkami powierzchni stawowych i kości, u powoda wykonano artroskopowy lavage jamy stawu, shaving zrostów, przerośniętych fragmentów błony maziowej i tkanek martwiczych oraz oczyszczono ubytki kości powierzchniowych nośnych kłykci przyśrodkowych uda i piszczeli. Zalecono farmakoterapię, zgłoszenie się do szpitala za 2-3 tygodnie celem przeprowadzenia drugiego etapu leczenia oraz chodzenie o kulach.

W dniach 17 – 22 lutego 2010 r. powód ponownie przebywał na (...) w szpitalu w L. z powodu ropnego zapalenia stawu kolanowego prawego i kłykcia przyśrodkowego uda i podudzia z ubytkiem powierzchni stawowych i kości, gdzie wykonano u niego drugi etap leczenia operacyjnego polegający na rozcięciu kolana oraz oczyszczeniu i wypełnieniu ubytków kości gąbkami garamycynowymi. Kończynę unieruchomiono w opatrunku gipsowym, zaś powodowi ponownie zalecono przyjmowanie środków farmakologicznych oraz bezwzględny zakaz obciążania kończyny. Po tych zabiegach gronkowiec został uśpiony i do chwili obecnej nie jest aktywny.

Powód w okresie od 25 lutego 2009r. do 25 sierpnia 2009r. pobierał zasiłek chorobowy z tytułu prowadzenia działalności pozarolniczej oraz w okresie od 26 sierpnia 2009 r. do 20 sierpnia 2010 r. otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne.

Przed wypadkiem na nartach w lutym 2009 r. powód był osobą aktywną fizycznie, uprawiał różne sporty. Powód leczył się wielokrotnie w (...) w K. z powodu licznych kontuzji. Obecnie, z uwagi na stan zdrowia, powód nie może biegać i jeździć na nartach. W czasie leczenia stawu kolanowego powód przez około półtora roku poruszał się o kulach, w okresie od marca 2009 r. do maja 2010 r. korzystał z dwóch kul. Jedynym sposobem leczenia jest obecnie wszczepienie endoprotezy. Powód obawia się zabiegu, żeby nie doszło do ponownego zakażenia gronkowcem.

Powód pismem z dnia 20 kwietnia 2010r. zgłosił szkodę stronie pozwanej, która pismem z dnia 17 września 2010r. poinformowała o odmowie wypłaty odszkodowania z uwagi na brak winy ubezpieczonego lekarza w zarażeniu powoda bakterią gronkowca.

Dokumentacja medyczna powoda świadczy o tym, że zmiany zwyrodnieniowe występowały u powoda rok przed wypadkiem, co wskazuje na istnienie stanu zapalno – zwyrodnieniowego, a w konsekwencji obniżenie odporności organizmu oraz czynniki sprzyjające zakażeniu bakterią gronkowca. Bakterie gronkowca dzieli się na dwie grupy – koagulazododatnie i koagulazujemne (...). Do pierwszej grupy zaliczany jest gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*), do drugiej zaś szereg gatunków powszechnie występujących w środowisku. Gronkowce koagulazujemne są znane jako czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych i uważane są za fizjologiczną florę bakteryjną skóry. Te drobnoustroje nie powodują zakażeń u osób zdrowych, zaś najważniejszym czynnikiem sprzyjającym ich zakażeniu jest uszkodzenie układu odpornościowego np. uraz kolana i występujący wcześniej stan zapalny o charakterze przewlekłym. Większość zakażeń gronkowcami typu (...) ma charakter endemiczny, są to zakażenia endemiczne szczepami szpitalnymi, które szybko kolonizują powierzchnię skóry. W przypadku skolonizowania skóry nawet bardzo wyszukane techniki aseptyczne nie umożliwiają całkowitego usunięcia zakażeń przed zabiegiem operacyjnym. W celu zapobieżenia występowania zakażeń stawów i kości należy w okresie okołoperacyjnym stosować profilaktykę antybiotykową, aby w momencie nacięcia skóry jego stężenie było optymalne i zabezpieczało przed zakażeniem. Takiej profilaktyki nie zastosowano w przypadku powoda. Nie można wykluczyć, że sam powód był nosicielem bakterii gronkowca, w tym celu należało jednak wykonać stosowne badania, aby wyeliminować ryzyko zakażenia. Na podstawie dokumentacji medycznej należy uznać, że do zakażenia powoda bakterią gronkowca koagulazujemnego doszło na skutek wykonanych czynności medycznych z naruszeniem ciągłości powłok skórnych. Nie ma aktualnie obowiązujących standardów czy rekomendacji nakazujących stosowanie antybiotyków w profilaktyce okołoperacyjnej bądź przeprowadzanie badań mikrobiologicznych przed zabiegami artroskopii niepołączonymi z wszczepianiem ciał obcych, niemniej jednak dobrowolne stosowanie antybiotyków i wykonanie takich badań zmniejsza ryzyko zakażenia i ułatwia wskazanie źródła zakażenia w razie wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

Zakażenia rany po nacięciu skóry i tkanki podskórnej tzw. niepowikłane w miejscu nacięcia, manifestują się bólem, zaczerwienieniem brzegów, zwiększonym napięciem, obrzękiem, rozejściem się brzegów rany, wysiękiem wydzieliny, zwiększonym uciepleniem. Ogólnie procesowi może towarzyszyć gorączka, która najczęściej rozwija się między 4 – 8 dniem po operacji. Pierwsze objawy zakażenia mogą wystąpić bezpośrednio po zabiegu do około 30 dni od dnia wykonania zabiegu. Dotyczy to zakażeń powierzchniowych, bez użycia ciał obcych (proces, implantów). Wynik badania krwi powoda z dnia 23 marca 2009r. nie wskazuje na stan zapalny toczący się w jego organizmie. Rodzaje gronkowców, które zostały wyhodowane z wymazu bakteriologicznego w dniu 7 kwietnia 2009r. oraz z dnia 5 października 2009r. są innymi patogenami. W dniu 7 kwietnia 2007r. wyhodowano *Staphylococcus koagulazujemny* (...), natomiast 5 października 2009r. wyhodowano gronkowce złociste *Staphylococcus aureus* (...) (metycylinowrażliwe). Są to inne rodzaje gronkowców. Możliwe jest ponowne zakażenie gronkowcem złocistym w dniu 12 maja 2009r., gdyż jest to inny rodzaj gronkowca niż wyhodowany w dniu 7 kwietnia 2009r. Zakażenie jednym rodzajem gronkowca nie daje odporności przeciwko zakażeniu innym rodzajem tej bakterii. Kwas hialuronowy podany do stawu, w którym toczył się proces zapalny, mógł nasilić przebieg procesu chorobowego. Obecność gronkowców, w tym gronkowców złocistych, w miejscu zakażenia nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, że bakterie zostały wprowadzone w czasie wykonania zabiegu inwazyjnego. Jest to jednak opcja najbardziej prawdopodobna. Bakterie mogą znaleźć się w ranie w czasie wykonywanych opatrunków, przeniesione z innego miejsca np. z powierzchni skóry pacjenta lub otoczenia, od nosicieli np. personelu medycznego.

Wyniki próbek wymazów czystościowych i wymazów rąk pobranych w szpitalu, w którym poddano powoda zabiegowi artroskopii stwierdzały w latach 2009 – 2010 i 2012 – 2013 przypadki wyhodowania bakterii gronkowca koagulazododatniego i koagulazujemnego. W dniu 4 marca 2009 r. na próbkach pobranych ze stołu operacyjnego wyhodowano bakterie gronkowca typu (...) (*Staphylococcus epidermidis*), zaś dzień później próbki pobrane z wymazów rąk wykazały istnienie bakterii gronkowca koagulazujemnego. Na próbkach wymazów rąk pobranych w

dniu 23 marca 2009 r. u dwóch lekarzy, w tym dr R. P., stwierdzono obecność bakterii gronkowca koagulazoujemnego, zaś na próbkach pobranych w dniu zabiegu powoda tj. 24 marca 2009 r. na stoliku anesteziologicznym wyhodowano bakterie gronkowca koagulazujemnego typu (...) (Staphylococcus haemolyticus).

Przeprowadzone u powoda badanie ortopedyczne wykazało stan po kapoplastyce lewego stawu biodrowego, zmiany zwyrodnieniowe prawego stawu kolanowego i stan po leczeniu zapalenia prawego stawu kolanowego. W wyniku powikłań leczenia powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości (...) (poz. 156 Tabeli oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu stanowiącej załącznik do Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002 r. Dz. U. z 2002 r. nr 234 poz. 1974 j. t.). Na wysokość przyznanego uszczerbku na zdrowiu miały wpływ istniejące przed leczeniem zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego oraz obecna funkcja stawu kolanowego, w tym zakres ruchomości. Obecnie u powoda stwierdzono utrzymujące się ograniczenie ruchomości w stawie kolanowym z wtórnym zanikiem mięśni, brak jest natomiast jakichkolwiek cech procesu zapalnego, nie można jednak wykluczyć, czy nie dojdzie do wznowienia procesu zapalnego po zabiegu protezoplastyki stawu kolanowego.

W związku z uszkodzeniem prawej kończyny dolnej oraz ograniczeniem funkcji kolana na skutek przebytego urazu stanu zapalnego z infekcją jatrogenną, u powoda stwierdzono (...) uszczerbek na zdrowiu (poz. 156 Tabeli oceny procentowej stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu). Prawie 5 – letni okres „niemy” w kwestii infekcji gronkowcem, potwierdzonym ujemnymi wynikami badań, należy przyjąć za wyleczony i zakończony. Wobec tendencji powoda do zmian zapalno – zwyrodnieniowych wskazane jest ograniczenie aktywności fizycznej, szczególnie ekstremalnych wysiłków przeciążeniowych dotyczących całego układu kostno – stawowego, głównie kończyn dolnych.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd pierwszej instancji przyjął, iż powództwo o zapłatę zadośćuczynienia zasługiwało w całości na uwzględnienie, natomiast roszczenie w zakresie ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za skutki zdarzenia z 24 marca 2009 r. podlegało oddaleniu. Sąd wskazał, iż w sprawie spór dotyczył zarówno zasady odpowiedzialności strony pozwanej za doznaną przez powoda szkodę, jak również wysokości dochodzonego pozwem roszczenia.

Rozstrzygając sprawę zadaniem Sądu było przede wszystkim ustalenie, czy na skutek wykonanego u powoda zabiegu artroskopii przez lekarza świadczącego usługi medyczne w placówce ubezpieczonej u strony pozwanej doszło do zarażenia powoda bakterią gronkowca. Zgodnie z art. 415 k.c. i 822 k.c. jedynie możliwość przypisania lekarzowi zawinionego działania wywołującego szkodę rodzi odpowiedzialność po stronie ubezpieczyciela. Ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej odbywa się dwuetapowo, w pierwszej kolejności należy bowiem stwierdzić, że działania (zaniechania) ubezpieczonego miały charakter zawiniony (umyślny bądź nieumyślny), następnie zaś wykazać, że wskutek tych działań (zaniechań) została wyrządzona szkoda osobie trzeciej. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, bowiem w świetle wiedzy medycznej w większości przypadków rzadko można stwierdzić pewność czy wyłączość przyczyny, raczej mówi się o wysokim stopniu prawdopodobieństwa. Do powstania szkody może dojść w wyniku działania wielu czynników, dlatego też istotne jest ustalenie, w jakim stopniu prawdopodobieństwa względem innych czynników powstaje zaniedbanie lekarza. W orzecznictwie przyjmuje się, że żądanie wykazania absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby realne ani uzasadnione, dlatego też dowód, że inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, ale nie musiały spowodować szkodę, nie zwalnia lekarza od odpowiedzialności (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 października 2007r. sygn. akt II CSK 285/07).

W kwestii związku przyczynowo – skutkowego Sąd pierwszej instancji wskazał na treść orzeczenia Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 17 stycznia 2006 r. sygn. akt I Aca 1983/04, w którym uznano, że w przypadku ustalenia przyczyny utraty lub pogorszenia zdrowia ludzkiego istnienie związku przyczynowego nie może być z reguły absolutnie pewne, to też wystarczy ustalenie z dostateczną dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. Mając na uwadze powyższe, należało stwierdzić, że związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy nienależytym działaniem lekarza a powstałą szkodą nie musi być pewny, konieczne jest zatem udowodnienie go, co najmniej z dostateczną dozą prawdopodobieństwa.

Przeprowadzone postępowanie dowodowe dało, w ocenie Sądu pierwszej instancji, jednoznaczną odpowiedź, że na skutek zaniedbań lekarza przeprowadzającego zabieg artroskopii u powoda doszło do zakażenia bakterią gronkowca i w konsekwencji znacznego pogorszenia jego stanu zdrowia. W odniesieniu do kwestii zawinionych działań oraz zaniechań lekarza wykonującego u powoda zabieg operacyjny, jak również placówki medycznej, w której zabieg wykonano, postępowanie dowodowe wykazało szereg nieprawidłowości w procedurach okołoperacyjnych. Istniały zatem podstawy, by uznać, że zarówno lekarz, jak i szpital nie dochowali należytej staranności, by uniknąć zakażenia powoda bakterią gronkowca.

Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę na okoliczności wskazane przez biegłą z zakresu mikrobiologii w sporządzonych opiniach, w tym przede wszystkim problem niewykonania u powoda wymazów bakteriologicznych oraz niezastosowanie antybiotykoterapii okołoperacyjnej pomimo istnienia do tego przesłanek podyktowanych stanem zdrowia powoda. Jak wynika bowiem z dokumentacji medycznej powoda i wywiadu przeprowadzonego przed zabiegiem operacyjnym, u powoda występowały stany zapalne kończyny, przeżył on liczne kontuzje stawu kolanowego, jak również skarżył się na dolegliwości bólowe operowanej kończyny. Okoliczności te powinny skłonić lekarza przeprowadzającego artroskopię do zachowania szczególnych środków ostrożności z uwagi na zmniejszoną odporność powoda i w konsekwencji występowanie czynników sprzyjających zakażeniu. Ponadto, zarówno przed zabiegiem (4.03.2009r., 23.03.2009r.), w dniu zabiegu, jak i w latach kolejnych (2010, 2012 – 2013) stale stwierdzano w szpitalu w G. występowanie bakterii gronkowca koagulazujemnego i koagulazododatniego, co świadczy o tym, że placówka borykała się z problemem obecności tej bakterii zarówno przed zabiegiem powoda, jak i po jego przeprowadzeniu. Próbkę wymazów świadczą, że na rękach lekarza operującego oraz na elementach sali operacyjnej (stolik anestezjologiczny) przed i w dniu zabiegu właśnie ta bakteria, którą rozpoznano u powoda w badaniu bakteriologicznym z dnia 7 kwietnia 2009r. była obecna. Można więc kategorycznie stwierdzić, że istniało realne ryzyko zakażenia operowanego pacjenta.

W ocenie Sądu opinie biegłej z zakresu mikrobiologii, jak również przedłożona dokumentacja medyczna świadczą o wysokim prawdopodobieństwie graniczącym z pewnością, że do zakażenia powoda doszło w placówce, w której został wykonany w dniu 24 marca 2009r. zabieg artroskopii. Powód, co prawda leczyl się wcześniej w innych placówkach m.in. miał wykonywaną punkcję w Centrum Medycznym (...) w K. w dniu 25 lutego 2009r. Zakładając jednak, że okres uaktywniania się gronkowca wynosi maksymalnie 30 dni, zaś powód zaczął odczuwać dolegliwości stawu kolanowego około 27 – 30 marca 2009r., a zatem w 30 – 33 dni po zabiegu punkcji, zaś w 2 – 5 dniu po zabiegu artroskopii, mało prawdopodobnym jest, aby dolegliwości te związane były z przebyciem w dniu 25 lutego 2009r. punkcją. Ma to istotne znaczenie, zwłaszcza w kontekście stwierdzonych w placówce medycznej w G. szczepów bakterii zarówno dzień przed zabiegiem powoda, jak i w dniu zabiegu. Zdaniem Sądu, skoro w ubezpieczonej u strony pozwanej placówce oraz z wymazów rąk dr R. P. wyhodowane zostały bakterie gronkowca, również tego, którego szczep wykryto w badaniu bakteriologicznym wykonanym u powoda 7 kwietnia 2009r., brak jest podstaw, by twierdzić, że powód nie udowodnił związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy nienależytym działaniem placówki medycznej a powstałą u niego szkodą. Twierdzenia pozwanej, zmierzające do wykazania, że do zakażenia powoda doszło w związku z zabiegiem punkcji kolana wykonanej w dniu 25 lutego 2009r. nie znalazły oparcia w materiale dowodowym. Należy bowiem zauważyć, że wprawdzie – jak podkreślał pozwany pomiędzy punkcją z 25 lutego 2009r. a zabiegiem artroskopii wykonanym przez dr P. w dniu 24 marca 2009r. nie upłynął okres 30 dni, to jednak dolegliwości pojawiły się 27 marca 2009r., w dniu 30 marca 2009r. dr R. P. wykonał powodowi punkcję kolana (50 ml krwi), wówczas nie stwierdził też nic niepokojącego, nie zlecił antybiotykoterapii. Dopiero punkcja wykonana w dniu 7 kwietnia 2009r. (50 ml treści mętnej wysiękowej) wykazała istnienie stanu zapalnego z masywnym wysiękiem w stawie kolanowym. Dopiero w dniu 7 kwietnia 2016r. zalecono wykonanie posiewu oraz antybiotykoterapię (...) x 300g. Można więc stwierdzić, że w dniu 30 marca 2009r. u powoda nie występował jeszcze rozwinięty stan zakażenia gronkowcem. W związku z tym można kategorycznie wykluczyć możliwość zakażenia powoda gronkowcem w dniu 25 lutego 2009r. Pozwana w żaden sposób nie udowodniła, że do zakażenia u powoda mogło dojść w innej placówce medycznej, nie wykazała że infekcja pochodzi z innego źródła. Zdaniem Sądu skoro w chwili, kiedy przeprowadzano zabieg u powoda, zarówno na sali operacyjnej, jak i na rękach lekarza stwierdzono obecność tego samego szczepu gronkowca, którym zakażono powoda, z wysoce dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że do zakażenia powoda doszło na skutek zabiegu z 24

marca 2009 r. Wobec powyższego należało uznać, że powód wykazał istnienie związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy zaniedbaniem lekarza (placówki medycznej) a szkodą na jego zdrowiu.

Wprawdzie na skutek zarzutów strony pozwanej do opinii biegłej z zakresu mikrobiologii, biegła wycofała się ze swojego stanowczego stwierdzenia o konieczności stosowania profilaktyki antybiotyków w okresie okołoperacyjnym, tym niemniej w okolicznościach niniejszej sprawy istniały bardzo poważne wskazania do jej zastosowania. W przedstawionym przez stronę pozwaną opracowaniu naukowym w istocie uznano, że w przypadku czystych zabiegów operacyjnych w obrębie stawu kolanowego, w tym artroskopii, nie jest wymagane profilaktyczne stosowanie antybiotyku, jeżeli nie zostało wszczepione ciało obce. Należy jednak podkreślić, że ogólne zalecenia naukowe, nie mają charakteru wiążącego, obowiązkiem lekarza prowadzącego jest stosowanie w każdy konkretnym wypadku takiego sposobu leczenia jaki jest najlepszy, najbezpieczniejszy dla pacjenta. Stąd w sytuacji, gdy lekarzowi znany jest stan zdrowia pacjenta i przebyte urazy, zasadne było podjęcie dodatkowych działań mających na celu ochronę przed zakażeniem, szczególnie gdy, w czasie wykonywania zabiegu placówka medyczna borykała się z problemem obecności bakterii gronkowca. W ocenie Sądu, jeśli w szpitalu stwierdzono obecność bakterii, a stan zdrowia pacjenta wskazywał na spadek jego odporności, błędem było zaniechanie stosowania profilaktyki okołoperacyjnej w oparciu o w/w rekomendacje. W swojej opinii uzupełniającej biegła z zakresu mikrobiologii odniosła się do tego zagadnienia podając, że nie ma standardów nakazujących stosowanie antybiotyków w profilaktyce okołoperacyjnej czy przeprowadzanie badań mikrobiologicznych, niemniej jednak dobrowolne stosowanie antybiotyków i wykonanie takich badań zmniejsza ryzyko zakażenia i ułatwia wskazanie źródła zakażenia w razie wystąpienia powikłań operacyjnych.

Analizując wydane w niniejszym postępowaniu opinie przez biegłą z zakresu mikrobiologii, która początkowo sporządziła opinię kategorię przesyłając o winie lekarza w zakresie zakażenia powoda bakterią gronkowca. W pisemnych wyjaśnieniach do opinii biegła złagodziła swoje stanowisko uznając ostatecznie, że jest najbardziej prawdopodobne jest, że bakterie zostały wprowadzone do organizmu powoda w czasie wykonywania zabiegu inwazyjnego, bowiem bakterie te mogą znaleźć się w ranie w czasie wykonywanych opatrunków, mogą też zostać przeniesione z innego miejsca np. od personelu medycznego. Wątpliwości te rozwiały jednak wyniki próbek wymazów pobranych w placówce medycznej w dniach 23 i 24 marca 2009r. Skoro bowiem obecność bakterii gronkowca została stwierdzona zarówno na stoliku anestezjologicznym, jak i na rękach lekarza operującego, istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo zakażenia tą bakterią powoda, zwłaszcza w sytuacji spadku odporności jego organizmu. Co więcej, u powoda wykryto ten sam typ gronkowca – koagulazoujemny, który został wyhodowany w pobranych próbkach.

Sąd podzielił zdanie pełnomocnika powoda, że lekarz ponosi odpowiedzialność za właściwe przygotowanie pacjenta do zabiegu i właściwą ocenę medyczną. Od lekarza jako osoby mającej w sposób szczególny chronić ludzi przed negatywnymi następstwami zdrowotnymi wymaga się zachowania staranności w stopniu nawet większym niż należyty, bowiem życie i zdrowie człowieka są dobrami nadrzędnymi, które winny być traktowane wyjątkowo i z dużą dozą ostrożności. Skoro zaś lekarz przeprowadzający zabieg u powoda miał wiedzę na temat jego stanu zdrowia oraz przeprowadzanej wcześniej punkcji, która hipotetycznie również mogła spowodować u powoda zakażenie bakterią, winien zachować tę szczególną ostrożność i zlecić badanie bakteriologiczne oraz zastosować profilaktykę antybiotykową celem uniknięcia ewentualnych powikłań pooperacyjnych. Jeśli zatem lekarz przystąpił do zabiegu bez uprzedniego wykonania powyższych czynności, mając wiedzę o przypadkach występowania w szpitalu bakterii gronkowca należy stwierdzić, że nie dochował on co najmniej należytej staranności i naraził w ten sposób powoda na utratę zdrowia.

Dla oceny stopnia zawinienia przez dr R. P. w kwestii wykonywanych przez niego czynności medycznych, nie bez znaczenia pozostaje również okoliczność trzykrotnego podania powodowi, w czerwcu 2009 r., kwasu hialuronowego do stawu, w którym toczył się proces zapalny, bowiem jak wskazała biegła w swoich wyjaśnieniach do opinii z 24.06.2013r., mogło to nasilić przebieg procesu chorobowego. Powyższa okoliczność, zdaniem Sądu, może również

świadczyć o braku należytej staranności lekarza przy wykonywaniu zabiegu artroskopii i zachowania procedur ostrożnościowych.

Z tych wszystkich powodów w ocenie Sądu istniały podstawy do przyjęcia odpowiedzialności strony pozwanej, co do zasady.

Orzekając w przedmiocie wysokości przyznanego zadośćuczynienia Sąd posiłkował się ustaleniami poczynionymi przez biegłych sądowych z zakresu ortopedii – traumatologii i chirurgii. Biegły z zakresu ortopedii – traumatologii stwierdził u powoda występowanie zmian zwyrodnieniowych prawego stawu kolanowego i stan po leczeniu zapalenia prawego stawu kolanowego. Biegły uznał, że w wyniku powikłań leczenia powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w wysokości (...) zaś obecnie u powoda stwierdził utrzymujące się ograniczenie ruchomości w stawie kolanowym z wtórnym zanikiem mięśni oraz brak cech procesu zapalnego. Biegły z zakresu chirurgii uznał natomiast, że w związku z uszkodzeniem prawej kończyny dolnej oraz ograniczeniem funkcji kolana na skutek przebytego urazu stanu zapalnego z infekcją jądrową, u powoda nastąpił (...) uszczerbek na zdrowiu. Uszczerbki ustalone przez obu biegłych dotyczyły tej samej poz. 156 Tabeli, zatem nie podlegały sumowaniu. Dokonując zatem ustalenia wysokości należnego powodowi świadczenia Sąd miał na uwadze stwierdzone przez biegłych rozpoznania, stopień doznanego uszczerbku na zdrowiu powoda oraz następstwa zdrowotne doznanych urazów. W oparciu o powyższe Sąd uznał, że zadośćuczynienie w kwocie 40 000 zł jest adekwatne do doznanej przez powoda krzywdy. Należy bowiem wskazać, że proces leczenia powoda był długotrwały, niezwykle bolesny i uciążliwy; wiązał się z koniecznością wykonywania wielokrotnie zabiegów punkcji stawu kolanowego, zabiegów operacyjnych, w tym kolejnej artroskopii kolana, a także ponad dwumiesięcznej terapii antybiotykowej. Powód w związku z tymi powikłaniami doznał ograniczeń w życiu zawodowym i prywatnym; od czasu wypadku na nartach w lutym 2009r. i na skutek komplikacji związanych z zakażeniem gronkowcem wykluczona została możliwość uprawiania ulubionych sportów, takich jak biegnie czy narty. W okresie leczenia przez okres od marca 2009r. do maja 2010r. powód poruszał się przy pomocy dwóch kul. Niewątpliwie powód cierpiał wcześniej na zmiany zwyrodnieniowe stawu kolanowego prawego, doznał wcześniej też licznych urazów w związku z uprawianym sportem, niemniej jednak kontuzje te i dolegliwości nie przeszkadzały powodowi w kontynuowaniu jego zainteresowań sportowych. Dopiero skutki zabiegu artroskopii i zainfekowanie powoda bakterią gronkowca spowodowały drastyczne pogorszenie jego stanu zdrowia. Obecnie powód jest osobą niepełnosprawną, zaś w czasie leczenia przez okres niemal 12 miesięcy korzystał ze świadczenia chorobowego i rehabilitacyjnego.

Na marginesie rozważań Sąd pierwszej instancji wskazał, że rzeczą biegłych z zakresu ortopedii – traumatologii i chirurgii było jedynie ustalenie stanu zdrowia powoda i ewentualnego jego uszczerbku, powikłań zdrowotnych oraz związku pomiędzy zakażeniem a szkodą. Odnoszenie się natomiast przez biegłych do kwestii związanych z popełnieniem błędu medycznego przez lekarza wykonującego u powoda zabieg artroskopii wykraczało poza zakres zleconej opinii. Ewentualną odpowiedzialność za negatywne skutki wykonanego zabiegu Sąd oceniał w oparciu o wnioski biegłej sądowej z zakresu mikrobiologii oraz dokumentację medyczną, w tym dokumentację szpitala w G., co do której biegli nie mogli się wypowiedzieć z uwagi na jej nadesłanie dopiero po sporządzeniu opinii sądowych. Niemniej jednak dokumentacja ta, w szczególności zaś wyniki przeprowadzonych wymazów czystościowych oraz historia choroby powoda nie wymagały, zdaniem Sądu, sporządzenia opinii uzupełniających z uwagi na ich oczywistą i jednoznaczną treść.

Sąd oddalił wniosek dowodowy powoda dotyczący dopuszczenia dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu radiologii, bowiem uznał, że całokształt zebranego materiału dowodowego pozwala na podjęcie merytorycznego rozstrzygnięcia w sprawie. Przeprowadzanie kolejnego dowodu byłoby zbyteczne i nie wniosłoby nic nowego do sprawy, jako że biegły radiolog ma w zasadzie kompetencje do analizowania odczytów wykonanych badań obrazowych, nie jest natomiast uprawniony do oceniania kwestii dotyczących przyczyn i skutków zakażeń, bowiem nie pozostaje to w związku z jego wiadomościami specjalnymi. Takie wiadomości posiadają natomiast biegli z zakresu mikrobiologii, ortopedii – traumatologii i chirurgii, których opinie pozwoliły usystematyzować materię zgromadzoną w toku postępowania dowodowego i wysnuć stosowne wnioski.

Sąd oddalił powództwo w zakresie ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za skutki zdarzenia z 24 marca 2009r. uznając, że leczenie powoda w zakresie zainfekowania gronkowcem zostało zakończone. Potwierdzają to opinie sporządzone przez biegłych sądowych z zakresu ortopedii – traumatologii i chirurgii oraz zeznania powoda. Biegły z zakresu chirurgii wskazał w swojej opinii, że prawie 5 – letni okres „niemy” dotyczący infekcji gronkowcem, potwierdzony ujemnymi wynikami badań, należy przyjąć za wyleczony i zakończony. Biegły z zakresu ortopedii – traumatologii również nie wskazywał, by w obrębie stawu kolanowego prawego istniał jakiś stan zapalny. Powód zaś na rozprawie w dniu 8 czerwca 2012 r. podał, że po dokonanych zabiegach w szpitalu w L. bakteria gronkowca została uśpiona, do chwili zakończenia przedmiotowej sprawy nie podniósł natomiast, by bakteria ta uaktywniła się.

Rozstrzygając niniejszą sprawę Sąd uwzględnił również dolegliwości, które powód będzie jeszcze odczuwał w przyszłości w sferze fizycznej, a o których wypowiedzieli się biegli z zakresu ortopedii – traumatologii i chirurgii. Wobec powyższego, Sąd uznał, że skoro stan chorobowy powoda został wyleczony, brak było podstaw do ustalenia odpowiedzialności na przyszłość strony pozwanej, zaś ryzyko hipotetycznego zakażenia nie jest zasadną przesłanką. Zdaniem Sądu, w przypadku ponownego zakażenia powoda bakterią gronkowca będzie on miał możliwość wystąpienia z nowym roszczeniem.

Orzekając o odsetkach ustawowych Sąd kierował się treścią przepisu art. 817 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Powód domagał się zasądzenia odsetek ustawowych od dnia 20 września 2010r., co było żądaniem zasadnym. Z akt sprawy wynika bowiem, że powód zawiadomił pozwaną o szkodzie w piśmie z dnia 20 kwietnia 2010r., nadanym 20 maja 2010r. Przyjmując, że pozwana otrzymała zgłoszenie szkody w dniu 27 maja 2010r. świadczenie powinno być spełnione najpóźniej do dnia 27 czerwca 2010 r. Skoro powód domagał się odsetek ustawowych od dnia 20 września 2010r. żądanie w tym zakresie było w pełni uzasadnione.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zasądzając je w całości na rzecz powoda od strony pozwanej. Na koszty poniesione przez powoda w wysokości 8.564,10 zł składały się: opłata sądowa od pozwu – 2.000 zł, uiszczony zaliczki na poczet należności biegłych sądowych – 1.600 zł, koszty zastępstwa procesowego w podwójnej stawce - 4.800 zł, opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł i koszty stawiennictwa pełnomocnika na rozprawach – 147,10 zł. Sąd uwzględnił wniosek pełnomocnika powoda o przyznanie wynagrodzenia w wysokości podwójnej stawki minimalnej z uwagi na skomplikowany charakter sprawy, bardzo duży wkład pracy pełnomocnika powoda w postępowanie dowodowe, aktywność pełnomocnika przejawiającą się składaniem licznych pism procesowych na wysokim poziomie merytorycznym i wnikliwych. Nie bez znaczenia w tym względzie był również znaczny czas trwania procesu w niniejszej sprawie.

O brakujących kosztach sądowych rozstrzygnięto na mocy art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, a stanowiły one wydatki związane z wynagrodzeniem biegłych w kwocie 943,64 zł wyłożone tymczasowo przez Skarb Państwa – Sąd Rejonowy w Kłodzku. Skoro zaś strona pozwana przegrała proces, winna w całości ponieść te koszty.

Apelację od wyroku złożył powód, zaskarżając wyrok w części - w pkt II i zaskarżonemu wyrokowi zarzucił naruszenie przepisów postępowania mających istotny wpływ na wynik sprawy a to:

- art. 189 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i brak ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za skutki zdarzenia z dnia 24 marca 2009r. pomimo tego, że powód miał w tym interes prawny a dla oceny zasadności żądania ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za skutki zdarzenia, jakiemu uległ powód, istotne są okoliczności możliwości dalszego pogorszenia się z biegiem czasu stanu zdrowia powoda, co niewątpliwie może spowodować zwiększenie się rozmiaru szkody istniejącej u powoda wynikłej z tego samego zdarzenia;

- art. 233 k.p.c. poprzez przekroczenie zasady swobodnej oceny dowodów, polegające na niewłaściwej interpretacji opinii biegłych sądowych, którzy wskazywali jedynie na zakończone leczenie w zakresie infekcji gronkowcem a

nie wypowiedzieli się w zakresie skutków tej infekcji na stan zdrowia powoda w przyszłości, co w konsekwencji doprowadziło do oddalenia powództwa w zakresie ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość.

Powód wniósł o dopuszczenie dowodu z wywiadu lekarskiego z dnia 19.07.2016r. na okoliczność jego treści w szczególności pogorszenia się stanu zdrowia powoda w związku z zakażeniem gronkowcem wskutek zdarzenia z dnia 24.03.2009r. – Powód wskazał, iż dowód ten powołuje dopiero w apelacji albowiem jego stan zdrowia znacznie pogorszył się w ostatnim czasie a oczekiwanie na badanie u specjalistów jest znacznie wydłużone.

Ponadto Powód wniósł o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego sądowego lek. specjalisty chirurgii ogólnej na okoliczność ustalenia czy pogorszenie stanu zdrowia powoda ma związek ze zdarzeniem z dnia 24 marca 2009r., jakie są rokowania powoda na przyszłość w związku przebytą infekcją gronkowcową oraz w zakresie odpowiedzi na pytanie czy w sytuacji niewykonania alloplastyki stawu kolanowego prawego ze względu na obawę odnowienia gronkowca u powoda nastąpi dalsza progresja ruchowa.

Powód wniósł również o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm.

Apelację od wyroku złożyła również strona pozwana zaskarżając wyrok w pkt I, III i IV, zaskarżonemu wyrokowi zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez przyjęcie przez Sąd, że powód udowodnił, iż do jego zakażenia doszło w wyniku zaniedbań lekarza oraz w jego placówce medycznej ubezpieczonej u strony pozwanej, w sytuacji gdy zebrany w sprawie materiał dowodowy a zwłaszcza opinia biegłej mikrobiolog z dnia 24 czerwca 2013r. dowodzi, że powód mógł zostać zarażony w równym stopniu prawdopodobieństwa przez działanie innych placówek medycznych, w tym przede wszystkim podczas punkcji w dniu 25 lutego 2009r. natomiast zgodnie z opinią uzupełniająca tej samej biegłej z dnia 18 marca 2013r. wynika, że „na podstawie dostarczonych dokumentów i ich dogłębnej analizie mogą stwierdzić, że placówka wykonująca zabieg artroskopii postępowała zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami medycznymi dotyczącymi tego typu zabiegów” co wyklucza możliwość uznania, że między zachowaniem lekarza prowadzącego leczenie powoda a zakażeniem powoda wystąpił związek przyczynowy przejawiający się w zaniedbaniu lekarskim;
2. naruszenie art. 415 k.c. w zw. z art. 233 § 1 w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez całkowicie dowolne przyjęcie przez Sąd zawinionego zachowania lekarza i uznanie, że lekarz prowadzący leczenie powoda powinien zachować szczególne środki ostrożności z uwagi na zmniejszoną odporność powoda, w sytuacji gdy zgodnie z opinią uzupełniająca biegłej mikrobiolog z dnia 18 marca 2013r. „na podstawie dostarczonych dokumentów i ich dogłębnej analizie mogą stwierdzić, że placówka wykonująca zabieg artroskopii postępowała zgodnie z obowiązującymi standardami i procedurami medycznymi dotyczącymi tego typu zabiegów”;
3. rażącym naruszeniem art. 278 § 1 w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przyjęcie przez Sąd, że należy kategorycznie wykluczyć możliwość zakażenia powoda gronkowcem w dniu 25 lutego 2009r., gdy tymczasem wymaga to wiadomości specjalnych, których Sąd nie posiada, a przy tym jest sprzeczne z opinią biegłej mikrobiolog, która w opinii uzupełniającej z dnia 24 czerwca 2013r. jednoznacznie stwierdziła, że możliwe jest, że powód został zakażony gronkowcem w dniu 25 lutego 2009r. podczas przeprowadzonej punkcji i do dnia 23.03.2009r. nie rozwinął się stan zapalny”;
4. sprzeczność istotnych ustaleń Sądu pierwszej instancji z zebrany w sprawie materiałem dowodowym polegającą na przyjęciu przez Sąd, że dopiero skutki artroskopii spowodowały drastyczne pogorszenie stanu zdrowia, w sytuacji gdy zgodnie z treścią dokumentacji medycznej (...) (dołączone do pozwu) powód już co najmniej od marca 2008r. pozostawał pod opieką medyczną w związku z obrzękiem stawu kolanowego, zaś od 25 lutego 2009r. był niezdolny do pracy, natomiast jak wynika z treści opinii biegłej mikrobiolog z dnia 3 grudnia 20012r. „pacjent poddał się zabiegowi ze względu na wcześniej istniejące dolegliwości ze strony kolana, takie jak ostre objawy,... również miesiąc przed

wypadkiem u pacjenta w obrębie tegoż stawu stwierdzono :skręcenie stawu kolanowego prawego z wysiękiem, obrzęk i ból”;

5. art. 445 § 1 k.c. poprzez przyjęcie przez sąd pierwszej instancji, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia będzie kwota 40.000 zł podczas gdy w świetle przedoperacyjnego, złego stanu zdrowia powoda oraz opinii biegłych z zakresu ortopedii i chirurgii stwierdzających wynika, że stan zdrowia powoda po stwierdzeniu infekcji stawu kolanowego tylko w połowie jest jej następstwem, a w pozostałej części zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego istniejących wcześniej, co pozwala stwierdzić, że zasądzone na rzecz powoda zadośćuczynienie jest rażąco wygórowane.

W związku z powyższym Apelujący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości;
2. zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego za I instancję w kwocie 4.800 zł i kosztów zastępstwa procesowego za II instancję według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy ustalił dodatkowo następujący stan faktyczny:

Aktualny stan zdrowia Powoda jest wynikiem zarówno zmian chorobowych przejawiających się tendencją do zmian zapalno – zwyrodnieniowych przebytych i udokumentowanych przed infekcją jatrogena, jak i nie bez wpływu na ten stan ma przebyta infekcja jatrogena. Leczenie u Powoda infekcji jatrogennej zostało zakończone.

Dowód: opinia biegłego sądowego chirurgii ogólnej i urazowej z dnia 24.01.2017r.,

k: 439-441, ustne wyjaśnienie opinii przez biegłego, k: 467, zaświadczenie

lek. med. W. W. z dnia 19.07.2016r., k: 412)

Sąd Okręgowy zważył:

Obie apelacje pozostawały niezasadne.

Sąd pierwszej instancji dokonał w sprawie prawidłowych ustaleń faktycznych i Sąd Okręgowy te ustalenia w całości przyjmuje za własne. Sąd Okręgowy uzupełnił podstępowanie dowodowe w oparciu o wnioski dowodowe zawarte w apelacji, co pozostawało bez wpływu na poprawność ustaleń faktycznych i oceny prawnej dokonanej przez Sąd pierwszej instancji.

Apelacja strony pozwanej podważa podstawy rozstrzygnięcia poprzez kwestionowanie odpowiedzialności co do zasady i wysokości przyznanego zadośćuczynienia. Apelacja pozwanego ustalenia Sądu w zakresie odpowiedzialności na przyszłość strony pozwanej.

Sąd pierwszej instancji poczynił prawidłowe ustalenia w oparciu o zebrane w sprawie dowody w zakresie skutków przeprowadzonego u powoda leczenia przez lekarza, którego odpowiedzialność cywilną ubezpieczała strona pozwana. Sąd oparł swoje ustalenia na opiniach wszystkich biegłych i na podstawie tychże opinii wyciąga prawidłowe wnioski, co do przyczyn i zakresu odpowiedzialności strony pozwanej. Zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. poprzez poczynienie przez Sąd pierwszej instancji dowolnych ustaleń w zakresie miejsca gdzie doszło do zakażenia pozostają nieuzasadnione. Należy wskazać, iż Sąd pierwszej instancji szczegółowo odniósł się do opinii sporządzonych w sprawie, w szczególności do opinii biegłej z zakresu mikrobiologii M. K.. Prawidłowe pozostają wnioski Sądu, iż opinia ta pozwala na przyjęcie wystarczająco wysokiego prawdopodobieństwa pomiędzy zabiegiem artroskopii w dniu 24 marca 2009r. i zakażeniem bakteriami gronkowca. Słusznie Sąd pierwszej instancji wskazuje, iż wystarczające pozostaje, dla przyjęcia związku przyczynowego pomiędzy zabiegiem i zakażeniem, wykazanie z dużą dozą prawdopodobieństwa istnienia związku przyczynowego. Pogląd ten znajduje uzasadnienie w orzecznictwie Sadu Najwyższego. W wyroku z dnia 8 maja 2014r. (sygn. akt V CSK 353/13, Legalis) Sąd Najwyższy wskazał

powołując się również na wcześniejsze orzeczenia, iż w tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich „normalne następstwo”, o którym mowa w art. 361 § 1 k.c. nie musi oznaczać skutku koniecznego. Jest tak dlatego, że proces chorobowy zachodzący w organizmie pacjenta nie zawsze da się przewidzieć z całkowitą pewnością, stąd też do przyjęcia istnienia związku przyczynowego w tej kategorii spraw, odpowiadającego wymogom zawartym w art. 361 § 1 k.c., może wystarczyć ustalenie istnienia odpowiednio wysokiego stopnia prawdopodobieństwa pomiędzy działaniem (zaniechaniem) sprawcy a powstałą szkodą. Sąd Najwyższy przywoływał w w/w orzeczeniu ten kierunek orzecznictwa wyrażany we wcześniejszych orzeczeniach Sądu Najwyższego z dnia z dnia 24 maja 2005 r., V CSK 654/04, 19 marca 2008 r., V CSK 491/07, z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07, z dnia 17 listopada 2010 r., CSK 467/10, czy z dnia 4 kwietnia 2012 r., CSK 402/11.

Wystarczające zatem pozostawało w sprawie uprawdopodobnienie okoliczności, iż do zakażenia doszło w dniu 24 marca 2009r. tj. w dniu przeprowadzenia zabiegu artroskopii. Sąd pierwszej instancji wskazywał na okres, jaki upłynął od dnia wykonania punkcji – 25 lutego 2009r. tj. 30 – 33 dni do dnia, w którym powód zaczął odczuwać dolegliwości. Ponadto od dnia wykonania zabiegu artroskopii upłynęły 2-5 dni do chwili pierwszych objawów. Biegła mikrobiolog w tym zakresie uznała za bardziej prawdopodobne, iż do zakażenia doszło w trakcie zabiegu artroskopii. Biegła wskazała, iż oceniając prawdopodobieństwo uwzględniła okres, w jakim objawy zakażenia mogą wystąpić i fakt, iż w dniu 23 marca 2009r. nie stwierdzono stanu zapalnego toczącego się w organizmie powoda. Biegła oceniła, również, iż niedopuszczalne pozostawało zaniechanie wykonania badań bakteriologicznych w sytuacji stwierdzenia zakażenia rany operowanej. W takiej sytuacji biegła oceniła, iż podawanie kwasu hialuronowego mogło nasilić przebieg procesu chorobowego. Wszystkie wymienione czynniki zostały wzięte pod uwagę przez biegłą. Sąd pierwszej instancji ustalił dodatkowo, iż w chwili wykonywania zabiegu i w dzień po nim stwierdzono występowanie bakterii, jakie spowodowały stan zapalny u powoda, zarówno na rękach lekarza wykonującego zabieg jak i w miejscu jego wykonywania. Wnioski w tym zakresie Sądu pierwszej instancji, iż powyższe okoliczności w wysokim stopniu uprawdopodobniają, iż do zakażenia doszło w chwili wykonania zabiegu artroskopii pozostają uzasadnione i znajdują odzwierciedlenie w zgromadzonym materiale dowodowym. A ocena prawdopodobieństwa została oparta na wynikach przeprowadzonego postępowania dowodowego. Zarzuty apelacji o braku wiadomości specjalnych Sądu w tym zakresie pozostają nieuzasadnione.

Sąd rzeczywiście nie dysponuje wiedzą specjalną, która pozwalałaby na weryfikację opinii pod kątem jej medycznej poprawności, może wziąć pod uwagę jedynie argumenty, jakimi biegły uzasadnia wnioski opinii i ocenić sposób wnioskowania biegłych. Wnioski jakie wyciąga biegła z zakresu mikrobiologii M. K. są szczegółowo uzasadnione i są logiczną konsekwencją przeprowadzonego wywodu z powołaniem jego podstaw. Należy jedynie zaznaczyć, iż zarzuty apelacji opierają się na wyrwanych z kontekstu fragmentach opinii. Biegła nie wykluczyła, iż do zakażenia mogło dojść w dniu 25 lutego 2009r. podczas wykonywania zabiegu punkcji, ale jak wskazano wyżej, w oparciu o przytoczoną argumentację uznała za bardziej prawdopodobne, iż do zakażenia doszło w czasie wykonywania zabiegu artroskopii.

W ocenie biegłej zaniechanie lekarza wykonującego zabieg polegało również na braku wykonania badań bakteriologicznych, w sytuacji utrzymującego się stanu zapalnego. Nie należy pomijać przyczyn, z jakich powód na zabieg się zdecydował. Powód nie był osobą zdrową. Zgłosił się do lekarza i wykonany zabieg miał polepszyć jego stan. Nawet jeśli standardy okołoperacyjne nie przewidują w każdym przypadku wykonania badań i terapii antybiotykowej, to jak wskazuje biegła, w tym przypadku wykonanie tych badań pozwoliłoby wykluczyć również niebezpieczeństwo, iż powód jest nosicielem i wykluczyć ewentualne następstwa takiego stanu. W ocenie biegłej również podawanie kwasu hialuronowego po wykonanym zabiegu mogło nasilić przebieg procesu chorobowego i jak można przypuszczać przyczynić się do zwiększenia rozmiarów uszczerbku na zdrowiu powoda. Okoliczności powyższe wskazują w sposób wystarczający na uprawdopodobnienie czynności i zaniechań, które w konsekwencji uprawdopodobniają związek przyczynowy pomiędzy wykonanym zabiegiem i jego następstwami. Należy zaznaczyć, iż w konsekwencji doszło do zakażenia, co nie powinno być założonym wynikiem wykonanego zabiegu, może być normalnym powikłaniem, ale jednakże powikłaniem, którego z dużą dozą prawdopodobieństwa w tej sprawie można było uniknąć. Powyższe rozważania pozwalają na przyjęcie, iż za zakażenie odpowiada ubezpieczony. Zarzuty zatem apelacji naruszenia art. 278 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. pozostają nieuzasadnione.

W konsekwencji, ocena prawna prawidłowo ustalonego stanu faktycznego, nie prowadziła do zarzucanego apelacją naruszenia art. 361 k.c.

Niezasadne pozostają zarzuty apelacji odnoszące się niewłaściwie określonych skutków przeprowadzonego zabiegu. Należy zaznaczyć, iż biegli wzięli pod uwagę uprzednie urazy, stany zwyrodnieniowe, jakich doznał powód w obrębie kolana. Biegli bowiem dysponowali badaniami wykonanymi przez powoda w 2008r. Biegły z zakresu ortopedii i traumatologii S. G. przyjął, iż w połowie za aktualne zaburzenie funkcji kolana powoda odpowiada przebyta infekcja a w połowie zmiany zwyrodnieniowe istniejące przed wykonaniem zabiegu. Szczegółowe wyjaśnienie biegły zawarł w opinii uzupełniającej (k: 346 akt). W ocenie biegłego oceniając obecny stan funkcjonalny stawu kolanowego łączne zaburzenie jego funkcji wynosi (...)wg. pkt 156 (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2002r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania Dz.U.2013.954 j.t.). Biegły sądowy z zakresu chirurgii ogólnej J. L. również jedynie ocenił skutki ograniczenia funkcji kolana w wyniku przebytego urazu stanu zapalnego z infekcją jatrogeną.

Ponadto należy podkreślić, iż stany zwyrodnieniowe nie były jednak bezpośrednią przyczyną konieczności wykonania kolejnych punkcji, kolejnej artroskopii, podawania kwasu hialuronowego, kolejnej artroskopii w styczniu 2010r., i kolejno w lutym 2010r., wdrożenia długotrwałego leczenia antybiotykami, unieruchomienia w gipsie i chodzenia o kulach.

Strona pozwana podniosła zarzut naruszenia art. 445 § 1 k.c. poprzez przyjęcie, iż odpowiednią kwotą zadośćuczynienia będzie kwota 40.000 zł. Zarzut Strona pozwana opiera się błędnych w jej ocenie ustaleniach faktycznych odnoszących się do stanu zdrowia powoda po stwierdzeniu infekcji stawu kolanowego, który to stan tylko w połowie jest następstwem infekcji, a w pozostałej części zmian zwyrodnieniowych stawu kolanowego istniejących wcześniej. Powyższa konstatacja w ocenie Strony pozwanej powinna prowadzić do wniosku, iż przyznane zadośćuczynienie pozostaje wygórowane. Apelacja nie zawiera w tym zakresie szerszego uzasadnienia. Jak wskazano wyżej jedną z podstaw ustaleń Sądu pierwszej instancji zakresu doznanej przez Powoda krzywdy stanowiły opinie, które wskazywały na ocenę skutków stanu zdrowia Powoda jedynie w odniesieniu do przebytej infekcji, uwzględniając wcześniejsze stany zwyrodnieniowe. Sąd pierwszej instancji wskazał na podstawy szerokie podstawy ustalenia wysokości przyznanego zadośćuczynienia odpowiednio do doznanej przez Powoda krzywdy. Sąd uwzględnił stopień doznanego uszczerbku na zdrowiu i jego następstwa, długotrwałość, bolesność i uciążliwość leczenia Powoda, ograniczenia w życiu zawodowym i prywatnym, i wpływ urazu na możliwości Powoda w tym zakresie.

Określenie wysokości zadośćuczynienia ustawodawca pozostawia dyskrejonalnej ocenie sędziowskiej. Przepis art. 445 k.c. przewiduje, iż Sąd przyznaje poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia. Rozstrzygnięcie w tym zakresie może zostać skutecznie zakwestionowane w ramach kontroli instancyjnej jedynie w razie oczywistego naruszenia reguł swobodnej oceny. Sąd drugiej instancji może korygować rozstrzygnięcie w tym zakresie wtedy gdy przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy mających wpływ na jego wysokość jest ono niewspółmiernie nieodpowiednie, jako rażąco wygórowane lub rażąco niskie (por. wyrok SN z dnia 9 lipca 1970 r., III PRN 39/70, Legalis). Przyznane przez Sąd pierwszej instancji zadośćuczynienie nie zostało skutecznie zakwestionowane przez Apelującego. Zarzuty w tym zakresie opierały się jedynie na założeniu Strony pozwanej, iż tylko w części infekcja stanowiła przyczynę aktualnego stanu zdrowia Powoda. Sąd Okręgowy nie znajduje podstaw do przyjęcia, iż ustalanie przez Sąd pierwszej instancji wysokości przyznanego zadośćuczynienia opierało się na innym założeniu. W konsekwencji brak było podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia art. 445 § 1 k.c. poprzez przyznanie zadośćuczynienia nie odpowiadające rozmiarom doznanej przez Powoda krzywdy.

Mając powyższe na uwadze apelacja Strony pozwanej podlegała oddaleniu w całości na podstawie art. 385 k.p.c.

W apelacji Powód wskazywał na nowe okoliczności, które miałyby świadczyć o pogarszającym się stanie jego zdrowia, jako następstwa zdarzenia, za które odpowiedzialność ponosi Strona pozwana. Sąd Okręgowy dopuścił dowód z przedłożonego wraz z apelacją zaświadczenia lekarskiego. Do jego oceny niezbędna pozostawała wiedza specjalna

stąd dopuszczony został dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii ogólnej i urazowej. Przedmiotem opinii pozostawała ocena czy problemy zdrowotne opisane w zaświadczeniu przedłożonym wraz z apelacją, mogą być następstwem przebytej przez Powoda infekcji, czy też proces leczenia w tym zakresie został zakończony. Biegły w opinii złeconej przez Sąd pierwszej instancji wskazywał na 5 letni „okres niemy”, co w jego ocenie pozwalało na przyjęcie, iż proces leczenia Powoda została zakończony. Biegły wydając kolejną opinię w sprawie potrzymał wcześniej wyrażony pogląd. Biegły podkreślił, iż aktualny stan zdrowia Powoda jest wynikiem zarówno zmian chorobowych przejawiających się tendencją do zmian zapalno – zwyrodnieniowych przebytych i udokumentowanych przed infekcją jatrogenna, jak i nie bez wpływu na ten stan ma przebyta infekcja jatrogenna. Jednakże jednoznacznie wskazał, iż leczenie u Powoda infekcji jatrogeennej zostało zakończone.

Ustalenia powyższe pozwalały Sądowi Okręgowemu przyjąć, iż również w chwili orzekania przez ten Sąd, brak jest podstaw do przyjęcia odpowiedzialności Strony pozwanej za skutki zdarzenia na przyszłość.

Jak można wnioskować z treści pozwu Powód domagał się ustalenia podstaw odpowiedzialności na przyszłość, w zakresie szkód na jego osobie, których nie jest w stanie ocenić na chwilę wniesienia pozwu. Zatem należało przyjąć, iż ustalenia odpowiedzialności na przyszłość Strony pozwanej, Powód domagał się w zakresie szeroko rozumianej odpowiedzialności odszkodowawczej za zdarzenie. Należy jedynie zaznaczyć, iż samo zadośćuczynienie ma charakter całościowy za już doznane cierpienia psychiczne i fizyczne jak i te które wystąpią w przyszłości (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 maja 2004 r., IV CK 357/03, Lex).

W tej części roszczenia powoda opartego na treści art. 189 k.p.c. interes prawny Powoda przejawiał się w zwolnieniu go w kolejnym procesie z obowiązku udowodnienia istnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności podmiotu, na którym ciążyłaby taka odpowiedzialność. W sprawie jednak, jak wskazano wyżej Powód nie udowodnił, że jego obawy o negatywne skutki zdarzenia w przyszłości pozostają zasadne. Jakkolwiek biegli podkreślali skłonność Powoda do podobnych infekcji, ale podkreślali również zakres zmian zwyrodnieniowych istniejących i postępujących u Powoda, co uniemożliwia jednoznaczne określenie skutków przebytej infekcji w przyszłości. W tym sensie Powód nie ma interesu prawnego w rozumieniu powołanego przepisu art. 189 k.p.c. w ustaleniu odpowiedzialności Strony pozwanej na przyszłość. Zasadnie zatem Sąd pierwszej instancji oddalił powództwo w tej części.

Mając powyższe na uwadze apelacja Powoda również podlegała oddaleniu w całości na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. w zw. z art. 391 k.p.c. obciążając obowiązkiem poniesienia kosztów postępowania apelacyjnego strony przegrywające to postępowanie.

Powód przegrał swoją apelację. Strona pozwana wносиła o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego w odpowiedzi na apelację – należna z tego tytułu kwota odpowiada kosztom zastępstwa procesowego w tym postępowaniu – kwocie 1.200 zł (na podstawie § 2 pkt 4 w zw. z § 10 ust 1 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 22 października 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1804 - w brzmieniu sprzed zmian wprowadzonych Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości zmieniającym rozporządzenie w sprawie opłat za czynności radców prawnych z dnia 3 października 2016 r. - Dz.U. z 2016 r. poz. 1667- na podstawie § 2 tego ostatniego Rozporządzenia).

Strona pozwana przegrała swoją apelację. Powód wносиł o zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego w odpowiedzi na apelację – należna z tego tytułu kwota odpowiada kosztom zastępstwa procesowego w tym postępowaniu – w kwocie 2.400 zł (na podstawie § 2 pkt 5 w zw. § 10 ust 1 pkt 1 cyt. Rozporządzenia).

Po wzajemnym rozliczeniu należnych w postępowaniu apelacyjnym kosztów zasądzona została od strony pozwanej na rzecz powoda kwota 1.200 zł.

(...)