

Sygn. akt: I C 1068/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 marca 2021 r

Sąd Rejonowy w Giżycku I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Marek Makowczenko
Protokolant:	sekretarka Oksana Bida

po rozpoznaniu w dniu 1 marca 2021 r. w Giżycku na rozprawie

sprawy z powództwa J. G.

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

z udziałem interwenienta ubocznego S. P. – M. O. N.

o zapłatę

1. Zasądza od pozwanego (...) S.A w W. na rzecz powoda J. G. kwotę (...),02 (siedemdziesiąt cztery tysiące sześćset osiemdziesiąt jeden 02/100) zł z ustawowymi odsetkami od dnia 05.11.2015 r. do dnia zapłaty.
2. Zasądza od pozwanego na rzecz adwokata I. S. Kancelaria Adwokacka w G. kwotę (...),00 (osiem tysięcy osiemset pięćdziesiąt sześć 00/100) zł wraz z podatkiem VAT tytułem kosztów zastępstwa procesowego ustanowionego z urzędu.
3. Nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz S. P. (kasa Sądu Rejonowego w Giżycku) kwotę (...),29 (dwa tysiące siedemset osiemdziesiąt dwa 29/100) zł tytułem zwrotu kosztów opinii biegłych.

SSR Marek Makowczenko

Sygn. akt. I C 1068/16

UZASADNIENIE

Powód J. G. wniósł do tutejszego Sądu pozew o zapłatę kwoty 50.000 zł tytułem częściowego zadośćuczynienia za doznaną krzywdę i cierpienia. Domagał się również zasądzenie kwoty 1.681,02 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia i wniósł jednocześnie o zwrotu kosztów sądowych według norm przepisanych.

W uzasadnieniu podał, iż w dniu 14 stycznia 2014 r. został przyjęty na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem (...) N. (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E. z powodu objawów przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyny dolnej prawej z dystansem chromania przystankowego. Tam poddano powoda wszczępieniu protezy udowo – podkolanowej po stronie prawej. Z uwagi na objawy ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej powód został dwukrotnie reoperowany. Najpierw wszczępieno mu protezę biodrowo – udową i protezę udowo – kolanową, a następnie protezę udowo – udową. Ponadto dwukrotnie przetaczano mu krew. W stanie ogólnym

dobrym został wypisany ze Szpitala. Powód przestrzegał przyjmowania zaleconych leków jak i zmiany opatrunków. Co trzeci dzień udawał się do (...) Szpitala w E., gdzie zmieniani mu opatrunki i monitorowano stan zdrowia. Ból nogi nasilał się, a powód tracił czucie w stopie. Po wystąpieniu wysokiej gorączki karetka zabrała powoda do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w G.. Tam po zbadaniu skierowano powoda ponownie do Szpitala w E.. W Szpitalu w E. rozpoznano u powoda zakażenie protezy naczyniowej, przetokę ropną pachwiny prawej, przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie nogi. Z posiewu wyhodowano gronkowca złocistego. Podane silne leki przeciwbólowe oraz przeciwgorączkowe spowodowały, że powód poczuł się lepiej. Wobec śmierci żony powód został wypisany ze Szpitala z zaleceniem przyjmowania leków oraz zgłaszaniem się na wizyty kontrolne. Na wizyty takie powód zgłaszał się. Brak czucia w stopie, jej zsinienie i ból był powodem kolejnej wizyty w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w G.. Tam powód otrzymał skierowanie do (...) Szpitala (...) w B.. W Szpitalu w B. rozpoznano objawy zakażenia wszczepionych protez naczyniowych, śladowe czucie i ruchomość stopy z bardzo bolesną łydką oraz stwierdzono martwicę stopy i części goleni. W trybie pilnym skierowano powoda ponownie do (...) Szpitala w E.. Tego samego dnia powoda przyjęto do Szpitala w E. z rozpoznaniem martwicy goleni prawej w przebiegu zakażenia protezy naczyniowej, niedokrwistości, przerostu gruczołu krokowego. W trybie pilnym powoda poddano operacji. Usunięto wówczas protezy biodrowo – udową i udowo – podkolanową oraz amputowano kończynę dolną na wysokości 1/3 dalszej uda. Dodatkowo nastąpiły powikłania w postaci zatrzymania moczu w przebiegu gruczołu krokowego. W dniu 26 maja 2014r. powoda wypisano do domu. W dniach od 28 maja 2014r. do 25 czerwca 2014r. powód przebywał na Oddziale (...) z Pododdziałem (...) Neurologicznej Szpitala (...) w E., gdzie przeszedł ćwiczenia usprawniające oraz naukę chodu w protezie.

W piśmie procesowym z dnia 15 lutego 2019r. **powód** rozszerzył powództwo tytułem częściowego zadośćuczynienia z kwoty 50.000 zł do kwoty 73.000 zł (k. 351).

Pozwany (...) S.A. w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanej kosztów postępowania według norm przepisanych.

Pełnomocnik pozwanej przyznał, iż w okresie leczenia powoda ubezpieczał (...) Szpital (...) w E. od odpowiedzialności cywilnej. Przyznał, że powód zgłaszał swoje roszczenia, które spotkały się z odmową. Pozwany wskazał, że brak jest podstaw do stawiania ubezpieczonemu zarzutów błędu w sztuce medycznej. Niepożądane zdarzenia do których doszło w procesie leczenia powoda były skutkiem wystąpienia nie zawnionych przez ubezpieczonego powikłań wynikających z ryzyka ich rozwoju w związku z charakterem schorzeń oraz stosowanych zabiegów operacyjnych. Na ich wystąpienie wpływ także miało współlistnienie szeregu niekorzystnych elementów jak wiek powoda, upośledzenie gojenia, zaawansowany proces miażdżycowy skutkujący niedokrwieniem tkanek, konieczność dwukrotnej rewizji rany w pachwinie zwiększającej ryzyko infekcji. Nadto charakter wykrytego u powoda patogenu skutkującego infekcją wskazuje na pochodzenie endogenne. Pozwany wskazał, że zarzuty odnośnie zaniedbań personelu medycznego ubezpieczonego Szpitala w zakresie obowiązków informacyjnych o ryzykach związanych z zabiegiem tudzież informowaniu o stanie zdrowia są gołosłowne.

W charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej wystąpił (...) **Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w E..** Następnie wobec likwidacji Szpitala interwenientem został **S. P. – M. O. N.**, który domagał się oddalenia powództwa. W ocenie interwenienta leczenie powoda odbyło się zgodnie ze sztuką lekarską i było adekwatne do sytuacji klinicznej powoda.

Sąd ustalił, co następuje:

Powód J. G. urodził się w dniu (...) Z zawodu jest żołnierzem. Od lat przebywał na emeryturze. Aktywnie spędzał czas. Czynnie zajmował się swoją pasją związaną z myślistwem. Zajmował się także ogrodem oraz pracą w szklarni czy w warsztacie. Utrzymywał kontakty ze znajomymi.

(dowód: zeznania świadków H. G. k. 80 – 80v, P. Z. k. 80v – 81, D. Z. k. 152 – 153, , przesłuchanie powoda k. 97 – 99v, orzeczenie – k. 25)

Powód miał objawy przewlekłego miażdżycowego niedokrwienia kończyny dolnej prawej z dystansem chromania przystankowego. Zmiany miażdżycowe zawężyły podział aorty brzusznej, obie tętnice biodrowe wspólne oraz powodowały zamknięcie tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej i udowej prawej. Powód uzyskał informację o niezbędności wykonania zabiegu. W dniu powód 14 stycznia 2014 r. został z tego powodu przyjęty na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem (...) N. (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E.. Po badaniach stwierdzających brak przeciwwskazań i po zapewnieniu, że operacja jest rutynowa i ryzyko powikłań minimalne powód wyraził pisemną zgodę na zabieg. Nie wykonano wówczas przedoperacyjnych badań pozwalających ocenić zagrożenie mikrobiologiczne w postaci posiewu z gardła i moczu. W dniu 15 stycznia 2014r. poddano powoda wszczępieniu protezy udowo – podkolanowej po stronie prawej, pomimo, że niedrożna była leżąca powyżej tętnica biodrowa zewnętrzna prawa. Z uwagi na powikłania pooperacyjne w postaci objawów ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej powód został dwukrotnie reoperowany. W dniu 16 stycznia 2014 r. wszczepiono mu protezę biodrowo – udową i protezę udowo – kolanową, a następnie w dniu 21 stycznia 2014r. wszczepiono protezę udowo – udową. Ponadto wobec niedokrwistości dwukrotnie przetaczano powodowi krew. W dniu 28 stycznia 2014r. powód został w stanie ogólnym dobrym wypisany ze Szpitala.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 11- 18v, 230 – 238v, 295 – 296, 363 – 363v, zgoda powoda k. 275 – 281v, zeznania świadków , P. Z. k. 80v – 81 , D. Z. k. 152 – 153, R. R. k. 269 – 269v, przesłuchanie powoda k. 97 – 99v)

Powód przestrzegał przyjmowania zaleconych leków jak i zmiany opatrunków. Z uwagi, że rana nie goiła się prawidłowo powód co trzeci dzień udawał się do (...) Szpitala w E., gdzie zmieniani mu opatrunki i monitorowano stan zdrowia, który pogarszał się. Ból nogi nasilał się, a powód tracił czucie w stopie. Po wystąpieniu wysokiej gorączki karetka zabrała powoda do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w G.. Tam po zbadaniu skierowano powoda ponownie do Szpitala w E.. W dniu 8 lutego 2014r. w Szpitalu w E. rozpoznano u powoda zakażenie protezy naczyniowej, przetokę ropną pachwiny prawej, przewlekłe miażdżycowe niedokrwienie nogi. Z posiewu wyhodowano gronkowca złocistego. Podane mocne leki przeciwbólowe oraz przeciwgorączkowe spowodowały, że powód poczuł się lepiej. W dniu 22 lutego 2014r. wobec śmierci żony powód został wypisany ze Szpitala. Z zalecenie przyjmowania leków oraz zgłaszaniem się na wizyty kontrolne. Na Oddziale w którym przebywał powód nie stwierdzono występowania w 2014r. bakterii gronkowca. W czasie rutynowych kontroli nie budził zastrzeżeń proces sterylizacji.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 19 – 20v , 226 – 229, 287 – 294v, sprawozdania sanitarne k. 84 – 117, raporty okresowe k. 118 – 132, wyniki badań k. 146 – 149, 247 – 250)

Zalecone wizyty kontrolne odbyły się 4 oraz 11 marca 2014r. Brak czucia w stopie, jej zsinienie i ból był powodem kolejnej wizyty Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w G.. Tam powód otrzymał skierowanie do (...) Szpitala (...) w B.. Dnia 12 marca 2014r. powód zgłosił się do Szpitala w B.. Tam po rozpoznaniu objawów zakażenia wszczepionych protez naczyniowych, śladowego czucia i ruchomości stopy z bardzo bolesną łydką ora po stwierdzeniu martwicy stopy i części goleni w trybie pilnym skierowano powoda ponownie do (...) Szpitala w E.. Tego samego dnia powoda przyjęto do Szpitala w E. z rozpoznaniem martwicy goleni prawej w przebiegu zakażenia protezy naczyniowej, niedokrwistości, przerostu gruczołu krokowego. W trybie pilnym powoda poddano operacji. Usunięto wówczas protezy biodrowo – udową i udowo – podkolanową oraz amputowano kończynę dolną na wysokości 1/3 dalszej uda. Dodatkowo nastąpiły powikłania w postaci zatrzymania moczu w przebiegu gruczołu krokowego. W dniu 26 maja 2014r. powoda wypisano do domu.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 21 – 23v, 214 – 225, 282 – 286v)

W dniach od 28 maja 2014r. do 25 czerwca 2014r. powód przebywał na Oddziale (...) z Pododdziałem (...) Neurologicznej Szpitala (...) w E., gdzie przeszedł ćwiczenia usprawniające oraz naukę chodu w protezie. W dniu 18 lipca 2014r. powoda orzeczeniem Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej w E. uznano za całkowicie niezdolnego do pracy i niezdolnego do samodzielnej egzystencji. Orzeczeniem z dnia 24 września 2014r. (...) d/s Orzekania o Niepełnosprawności w G. stwierdzono u powoda znaczny stopień niepełnosprawności.

(dowód: orzeczenia k. 24 – 26v)

Pismem z dnia 7 września 2015r. powód zgłosił roszczenie pozwanemu, który ubezpieczał (...) Szpital (...) z Przychodnią Samodzielny Publiczny ZOZ w E.. Prowadzona korespondencja stron nie doprowadziła do przyznania odszkodowania.

(dowód: pisma stron k. 31 – 41v)

Po śmierci żony powód mieszka sam w domku jednorodzinny. Amputacja nogi spowodowała, że stracił chęć do życia. Początkowo poruszał się tylko na wózku, później po zmianie pierwszej protezy na lżejszą i lepiej dopasowaną nauczył się chodzić. Powód nie schodzi jednak do piwnicy ani nie wchodzi na piętro w swoim domu bojąc się przewrócenia. Przez długi okres wymagał, jak i obecnie wymaga pomocy osoby trzeciej przy robieniu zakupów, myciu, sprzątaniu itp. Całkowicie zrezygnował z pracy w ogrodzie, szklarnia stoi pusta. Samodzielnie nie opuszcza domu. Na polowanie jeździ jedynie gdy odwiedzają go wnukowie.

(dowód: zeznania świadków H. G. k. 80 – 80v, E. Ż. k. 80v, P. Z. k. 80v – 81, D. Z. k. 152 – 153, przesłuchanie powoda k. 97 – 99v)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo było zasadne.

Wskazać należy, że roszczenie związane jest z pobytem i leczeniem powoda w (...) Szpitalu (...) z Przychodnią Samodzielnym Publicznym ZOZ w E., który w tym czasie ubezpieczony był w zakresie odpowiedzialności cywilnej u pozwanego.

W tej sytuacji podstawę odpowiedzialności ubezpieczyciela stanowi art. 822 § 4 kc. Natomiast najpierw należy rozważyć odpowiedzialność ubezpieczonego (...) Szpitala (...). W tym przypadku podstawą odpowiedzialności jest art. 430 k.c., który statuuje odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego. Dla przyjęcia odpowiedzialności zwierzchnika konieczne jest wykazanie winy podwładnego, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Odnosząc się do realiów niniejszej sprawy należy wskazać, iż wina lekarza udzielającego pomocy może polegać na naruszeniu przepisów dotyczących bezpieczeństwa i życia pacjenta, błędzie w sztuce lekarskiej – tj. postępowaniu niezgodnym z aktualną wiedzą medyczną, czy niezachowaniu zasad należytej staranności. Przypisanie określonemu podmiotowi odpowiedzialności deliktowej wymaga jednak spełnienia kumulatywnie trzech przesłanek – wystąpienia zdarzenia, z którym ustawa wiąże odpowiedzialność odszkodowawczą, powstania szkody oraz związku przyczynowego pomiędzy szkodą, a zdarzeniem ją wywołującym.

W niniejszej sprawie powód wywodził odpowiedzialność ze zdarzenia, którym było przede wszystkim nie informowanie powoda o zagrożeniu zabiegiem, błędne leczenie szczególnie nie kontynuowanie profilaktycznej antybiotykoterapii, nie poinformowanie powoda o zakażeniu rany gronkowcem.

Oczywiście dokonanie ustaleń w tej mierze wymagało wiadomości specjalnych, wobec czego Sąd na podstawie art. 278 § 1 k.p.c. dopuścił w sprawie dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej i transplantologii klinicznej prof. dr hab. n. med. D. P. (k. 196 – 198, 311 – 312, 410 - 411). Biegły stwierdził, że powód przed operacją został przebadany z właściwą starannością i nie istniały przeciwwskazania ze strony ogólnego stanu zdrowia. Nie wykonano natomiast oceny zagrożeń mikrobiologicznych – przedoperacyjnych posiewów z gardła i moczu.

Biegły wskazał, że „zmiany miażdżycowe zwały podział aorty brzusznej, obie tętnice biodrowe wspólne oraz powodowały zamknięcie tętnicy biodrowej zewnętrznej prawej i udowej prawej” (k. 198). „Pierwotnie wykonano połączenie omijające udowo – udowe w sytuacji gdy niedrożna była leżąca powyżej tętnica biodrowa zewnętrzna

prawa. Wypis nic nie wspomina o wykonaniu udrożnienia tętnicy biodrowej od pachwiny ku górze aby uzyskać napływ krwi. W tej sytuacji trudno się dziwić konieczności pilnej reoperacji z wszyciem zespolenia bliższego na tętnicy biodrowej. W świetle dostępnej dokumentacji wydaje się to momentem kluczowym, który zapoczątkował dalszy niekorzystny bieg wydarzeń” (k. 198).

Odnosząc się do zastosowanego leczenia farmakologicznego biegły wskazał: „ niezależnie od tego jakie ono by było należy stwierdzić, że najprawdopodobniej wybranie niewłaściwego poziomu pierwotnego zabiegu rozpoczęło kaskadę kolejnych wydarzeń: ostrego niedokrwienia, kolejnych reoperacji (ze wzrastającą możliwością zainfekowania pola operacyjnego), rozwoju infekcji i konieczności usunięcia zainfekowanej protezy naczyniowej oraz amputacji kończyny w trybie ratowania życia” (k. 198). Biegły wskazał również, że „ wiek powoda, sposób odżywiania, zaawansowane zmiany miażdżycowe czy sposób ich pielęgnacji mają niewątpliwy wpływ na proces gojenia ran. Nie jest to jednak przyczyna wystąpienia infekcji. Tak jak to ująłem w swojej pierwotnej opinii powód był dwukrotnie reoperowany z powodu złego wyboru poziomu zabiegu operacyjnego – zamiast biodrowo – udowy był udowo – udowy. Te reoperacje mogły z dużym prawdopodobieństwem przyczynić się do zakażenia protezy naczyniowej bakterią gronkowca złocistego. Należy dodać, że bakteria raz ulokowana na protezie naczyniowej wytwarza tzw. biofilm zabezpieczający jej kolonie przed wpływem antybiotyków i innych środków przeciwbakteryjnych. Leczenie zachowawcze jedynie odwleka w czasie konieczność usunięcia zakażonej protezy naczyniowej z następową amputacją kończyny – i tak też było w przypadku, którym się zajmujemy” (k. 312).

Biegły podkreślał, że „ każda operacja, podczas której umieszcza się w organizmie człowieka ciało obce (protezę naczyniową, sztuczną zastawkę serca, sztuczny staw itp.) , zawiera ryzyko fatalnej w skutkach infekcji. Każda ponowna reoperacja takie ryzyko multiplikuje. Tym samym prawidłowy wybór poziomu wszczepienia protezy na poziomie biodrowo – udowym miał szansę być jedynym wykonanym u powoda zabiegiem i zredukować ryzyka zainfekowania protezy naczyniowej. Zupełnego wykluczenia ryzyka nie daje się osiągnąć – istnieje ono zawsze. Ryzyko to jest minimalizowane odpowiednimi procedurami stosowanymi w omawianych zabiegach, jednakże każda kolejna reoperacja powoduje znaczący wzrost zagrożenia infekcją” (k. 333).

Biegły wskazał, że „gronkowiec złocisty jest powszechnie występującą bakterią. U pacjenta nie wykonywano przedoperacyjnie badań na obecność tej (ani innej) bakterii przed zabiegiem operacyjnym. Dodatkowo posiewy z pachwiny prawej (miejsce przetoki ropnej) i krwi pacjenta odnotowano w wypisie z drugiego pobytu (str 20 akt). Podano wrażliwość tego szczepu na antybiotyki ale nie określono dokładnie jaki był to szczep. Można domniemywać, że gronkowiec pochodził od pacjenta lub od personelu ale na żadne z takich przypuszczeń nie ma dowodu w dostępnej w aktach dokumentacji” (k. 197).

Strony wnosili do opinii biegłego swoje uwagi oraz zastrzeżenia. Opinia ta była uzupełniana i powiększana o odpowiedzi na pytania stron. Biegły podtrzymał swoją opinie stając przed sądem w dniu 27 września 2019r.

Opinia bez wątplenia jest wyczerpująca. Biegły przejrzyście, logicznie oraz szczegółowo uzasadnia swoje stanowisko opierając się na całości dokumentacji.

Sąd podzielił omawianą opinię w całości.

Oczywiście w tym miejscu wskazać należy, że już w orzeczeniu wydanym we Francji przez Sąd Kasacyjny w dniu 20 maja 1936r. wskazano, że „lekarz zobowiązuje się wobec pacjenta do dania zabiegów sumiennych, uważnych i z zastrzeżeniem okoliczności wyjątkowych, zgodnych z zasadami wiedzy, a nie do rezultatu. Ta zasada była później wielokrotnie cytowana przez wiele orzeczeń. Opiera się na rozróżnieniu pomiędzy zobowiązaniami rezultatu i zobowiązaniami starannego działania. Choć lekarz jest zobowiązany uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć, to nigdy nie może odpowiadać za brak pomyślnego wyniku leczenia, który ze względu na stopień zaawansowania choroby, nie zawsze jednakową i możliwą do przewidzenia reakcję organizmu , nie jest absolutnie pewny. Zobowiązaniem lekarza nigdy nie może być „wyleczenie”(Miroslaw Nesterowicz, Prawo Medyczne, Toruń 1996r, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, str. 15).

Tym niemniej należało w niniejszej sprawie mieć także na uwadze, że oprócz zobowiązania świadczenie zabiegów dochodziło również zobowiązanie zapewnienia bezpieczeństwa dotyczącego ochrony osoby pacjenta. „Polega ono na zapewnieniu, że choremu nie zdarzy się jakiś wypadek, nie związany bezpośrednio z procesem leczenia (np. zainfekowanie chorobą zakaźną, spowodowanie urazu). Według orzecznictwa jest to zobowiązanie staranności, chociaż przyjmuje się obowiązek zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa tak daleko idącego, że graniczy z rezultatem” (Miroslaw Nesterowicz, Prawo Medyczne, Toruń 1996r, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa, str. 27).

W realiach niniejszej sprawy powód został przyjęty na Oddział Chirurgiczny z Pododdziałem (...) N. (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E., gdzie poddano powoda wszczepieniu protezy udowo – podkolanowej po stronie prawej, pomimo, że niedrożna była leżąca powyżej tętnica biodrowa zewnętrzna prawa. Wcześniej nie wykonano mu przedoperacyjnych badań pozwalających ocenić zagrożenie mikrobiologiczne. Z uwagi na objawy ostrego niedokrwienia prawej kończyny dolnej powód został dwukrotnie reoperowany. W dniu 16 stycznia 2014 r. wszczepiono mu protezę biodrowo – udową i protezę udowo – kolanową, a następnie w dniu 21 stycznia 2014r. wszczepiono protezę udowo – udową. Prowadziło to do znacznego zwiększenia ryzyka zakażenia protezy, do której w ostateczności doszło i co doprowadziło do konieczności usunięcia protezy i amputacji nogi.

W ocenie Sądu ani nie ma możliwości ani potrzeby w niniejszej sprawie podejmowania próby ustalenia sposobu zakażenia protezy w sposób absolutny. To czy bakteria gronkowca złocistego pochodziła od powoda czy od personelu szpitala ma drugorzędne znaczenie. Wskazane ustalenia pozwalają przyjąć odpowiedzialność (...) Szpitala (...) z Przychodnią Samodzielnego Publicznego ZOZ w E., a co z tym idzie odpowiedzialność pozwanego ubezpieczyciela. Występują bowiem wszystkie opisane wyżej składniki takiej odpowiedzialności.

Zgodnie z art. 444§1 kc w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego tytułu koszty. Na żądanie pokrzywdzonego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia. Ponadto na podstawie art. 445§1 kc Sąd może przyznać poszkodowanemu za doznaną krzywdę odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego.

W tej sytuacji istota sprawy sprowadzała się już do ustalenia wysokości zadośćuczynienia należnego powodowi na podstawie art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz do rozstrzygnięcia żądanie zasądzenie kwoty 1.681,02 zł tytułem odszkodowania za poniesione koszty leczenia.

Powód w wystarczający sposób udowodnił poniesione koszty zakupu leków (rachunki z aptek – k. 27, 28, 29, zestawienie kosztów przejazdów k. 30). Nie ma wątpliwości, że leczenie musiało wiązać się zarówno z zakupem leków, środków opatrunkowych jak i wyjazdów. Z tego powodu należało zasądzić dochodzoną kwotę 1.681,02 zł.

Natomiast należy wskazać, iż ustalenie wysokości zadośćuczynienia przysługującego na podstawie art. 445 § 1 k.c. należy do uznania Sądu, który jednak nie dokonuje dowolnej oceny, a bierze pod uwagę całokształt okoliczności faktycznych sprawy. W piśmiennictwie, jak i w judykaturze zgodnie przyjmuje się, iż suma przyznana tytułem zadośćuczynienia powinna stanowić ekwiwalent poniesionej szkody niemajątkowej, tj. doznanych cierpień psychicznych i fizycznych (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1973 r., III CZP 37/73, OSNC 1974/9/145, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2004 r., I CK 131/03, OSNC 2005/2/40). Wysokość zadośćuczynienia winna być zatem uzależniona od stopnia cierpień psychicznych i fizycznych, ich intensywności, czasu trwania oraz indywidualnej sytuacji poszkodowanego, przy czym okoliczności te powinny być brane pod rozwagę sądu przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności sprawy. Kwota winna być dla poszkodowanego odczuwalna i przynosić mu równowagę emocjonalną, zachwianą przez doznane cierpienia. Jednocześnie zadośćuczynienie powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa.

Opierając się na powyższych wskazaniach Sąd uznał, iż kwota, której domagał się powód jest zasadna do zrekompensowania doznanej przez niego krzywdy. W sprawie nie budziło bowiem wątpliwości, iż krzywda wynikająca

z uszczerbku na zdrowiu powoda skutkowałą nagłą oraz znaczącą zmianą tryb życia powoda. Przedmiotem rozważań nie była natomiast kwestia czy jest to odszkodowanie częściowe. Sąd zajmował się określoną w żądaniu kwotą.

Sąd miał na uwadze, iż powód pomimo podeszłego wieku przed zabiegiem był aktywną osobą. Pracował w ogródku, warsztacie, często jeździł na polowania, odwiedzał znajomych. Miał poczucie przynależności. Zabieg miał poprawić stan zdrowia i umożliwić powrót do poprzedniej aktywności. Po amputacji nogi oprócz opisanym już wyżej związanym z tym znacznym bólem, stresem, trudem rehabilitacji, nauką chodzenia z użyciem protezy, radzeniem sobie w codziennym życiu doszły problemy ze snem, ograniczenia w poruszaniu się, obniżenie nastroju, poczucie bezsilności i bezradności. Powód zależy od pomocy innych osób, istotnie ograniczył aktywność fizyczną. Nie uprawia ogródka, na polowanie wyjeżdża jedynie gdy odwiedzają go wnukowie.

Z opinii biegłej z zakresu psychologii wynika, że „brak akceptacji utraty kończyny dolnej i zmiany w sytuacji życiowej sprzyjały powstaniu początkowo zaburzeń adaptacyjnych, następnie depresyjnych” (k. 458v). Biegła wskazała również, że „objawy prezentowane przez powoda są charakterystyczne dla zaburzeń depresyjnych. Nie można wykluczyć, iż wprowadzenie leczenia farmakologicznego (psychiatra) oraz podjęcie psychoterapii może poprawić stan psychiczny powoda. Należy jednak zaznaczyć, iż długotrwałość trwania zaburzeń oraz wiek powoda nie są czynnikami sprzyjającymi pozytywnym prognozom leczenia. Stąd trudno jednoznacznie przewidzieć, czy powrót do równowagi psychicznej powoda jest możliwy” (k. 458v).

Opinia biegłej (k. 456 – 458v, 479 – 479v) jest spójna, logiczna i wyczerpująca. Biegła uzupełniając opinie na wniosek interwenienta ubocznego wskazała, że rozpoznanie u powoda w 2013r. neurastenii nie miało wpływu na samopoczucie po utracie kończyny i jego ogólne funkcjonowanie. Biegła wyjaśniła, że „w życiu powoda miało miejsce wiele wydarzeń określanych przez niego jako trudne i stresujące: choroba neurologiczna żony po urodzeniu dziecka, rozwód syna, nagła śmierć córki, choroba psychiczna żony po jej śmierci” (k. 479v). „W obrazie osobowości powoda istotną rolę odgrywa poczucie sprawczości oraz obrazu siebie jako samodzielnego fizycznie i psychicznie. Utrata kończyny, a co za tym idzie unieruchomienie fizyczne i utrata samodzielności, uniemożliwiło powodowi skorzystanie z dotychczasowych wypracowanych i skutecznych mechanizmów adaptacyjnych, by uporać się z nowymi traumatycznymi zdarzeniami. Ponadto, w dniu badania powoda przez biegłego nie stwierdzono objawów świadczących o nieprawidłowym przebiegu żałoby po śmierci żony” (k. 479v).

Sąd w całości podzielił opinię biegłej.

Wszystkie opisane wyżej okoliczności pozwoliły uznać przez

Sąd, iż żądana suma 73.000 zł jest odpowiednią w rozumieniu art. 445 § 1 k.c. jako adekwatna do rozmiaru doznanej przez powoda krzywdy. Zadośćuczynienie w tej wysokości stanowi odczuwalną ekonomicznie wartość nie prowadząc jednocześnie do bezpodstawnego wzbogacenia powoda.

Od zasądzonej kwoty Sąd zasądził odsetki ustawowe za opóźnienie od dnia 5 listopada 2015 r. – tj. 30 dni po dacie otrzymania przez pozwanego zawiadomienia o wypadku zgodnie z treścią art. 817 § 1 k.c.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. zasądzając od strony pozwanej, która przegrała proces na rzecz pełnomocnika ustanowionego z urzędu kwotę 8.856 zł (wraz z podatkiem VAT) tytułem kosztów zastępstwa prawnego.

Na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 623) w zw. z art. 98 k.p.c. Sąd nakazał pobrać od pozwanego na rzecz S. P. – Sądu Rejonowego w Giżycku kwotę 2.782,29 zł tytułem nieuiszczonych kosztów wynagrodzenia biegłego.