

Sygn. akt I C 187/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 kwietnia 2016 roku

Sąd Okręgowy w Gliwicach I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodnicząca:	SSO Łucja Oleksy-Miszczyk
Protokolant:	protokolant sądowy Wioleta Motyczka

po rozpoznaniu w dniu 14 kwietnia 2016 roku w Gliwicach

sprawy z powództwa L. B.

przeciwko Szpitalowi Miejskiemu w (...) Sp. z o.o.

o zapłatę i rentę

- 1) oddała powództwo;
- 2) odstępuje od obciążania powoda kosztami procesu.

SSO Łucja Oleksy-Miszczyk

Sygn. akt I C 187/13

UZASADNIENIE

Powód L. B. domaga się zasądzenia od pozwanego Szpitala Miejskiego w (...) Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością kwoty 100.000zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 92.107,47zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 30 kwietnia 2013 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania, zasądzenie kwoty 10.000zł miesięcznie tytułem renty z powodu utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość, płatnej do 10-go dnia każdego następującego po sobie miesiąca kalendarzowego na wskazany przez powoda rachunek bankowy wraz z ustawowymi odsetkami w przypadku zwłoki w płatności którejkolwiek z rat, począwszy od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwanemu do dnia zapłaty, ustalenie odpowiedzialności pozwanej za szkody mogące się pojawić z przyszłości oraz zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki kosztów procesu wraz z kosztami zastępstwa adwokackiego. W uzasadnieniu wskazano, że powód dochodzi roszczeń z tytułu szkody jakiej doznał w związku z zakażeniem szpitalnym w trakcie pobytu w placówce pozwanego tj. bakterią staphylococcus ureus szczepu MSSA. W dniu 3 marca 2012 roku podczas jazdy na nartach powód doznał urazu lewego przedramienia, po zaopatrzeniu urazu przez ratowników GOPR szyną Kramera udał się do pozwanej placówki, gdzie rozpoznano u niego wieloodłamowe złamanie Galleazi lewego przedramienia z ubytkiem kości i poddano go zabiegowi operacyjnemu. Powód zarzucił, że zabieg był przeprowadzany w porze nocnej w okolicznościach uzasadniających wątpliwości co do stanu aseptyki sali operacyjnej, nie zastosowano właściwej profilaktyki antybiotykowej, a wdrożone w późniejszym czasie leczenie antybiotykiem było prowadzone niewłaściwie, w wyniku czego wywiązała się infekcja skutkująca wystąpieniem szeregu dalszych negatywnych następstw, bowiem

cały proces gojenia ran został wydłużony i wiązał się z silnymi dolegliwościami bólowymi, znaczącym obniżeniem komfortu życia oraz praktycznym wykluczeniem normalnej aktywności życiowej, utratą możliwości wykonywania pracy zarobkowej i wykonywania usług na rzecz osób trzecich. Niezależnie od tego podnosił, że nie został pouczony o innych, alternatywnych metodach leczenia doznanego przez niego urazu. Jednocześnie wywodził, że aktualne jego dochody są kilkukrotnie niższe, aniżeli w okresie, gdy miał zdolność do pracy zarobkowej. Podkreślał, iż zakażenie, którego doznał stanowi jaskrawy przejaw niedbalstwa pozwanego, w odniesieniu do którego nie można przyjąć, że pacjent obejmuje takie ryzyko swoją zgodą, wyrażoną przed zabiegiem. W toku postępowania powód podnosił również, że pozwany nie zdiagnozował u niego martwicy kości, a rozpoznania takiego dokonała dopiero inna placówka medyczna (pismo pełnomocnika powoda datowane na 26 października 2015r. k. 586).

Pozwany Szpital Miejski w R. Sp.z.o.o wniósł o oddalenie powództwa w całości i obciążenie powoda kosztami procesu, w tym kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wykluczył zakażenie podczas zabiegu, podnosząc, że stosuje wymagane procedury zabezpieczające. Zdaniem pozwanego ujawnione zakażenie gronkowcem złocistym typu MSSA biorąc pod uwagę krótki okres pobytu powoda w szpitalu czasie pierwszej hospitalizacji, dalsze leczenie w poradni, ujawnienie zakażenia gronkowcem złocistym o pełnej wrażliwości na antybiotyki po 20 dniach od zabiegu, wskazuje na wystąpienie zakażenia wywołanego przez drobnoustrój stale lub okresowo kolonizujący organizm powoda i stanowiący jego florę bakteryjną stałą lub przejściową.

Sąd ustalił co następuje:

W dniu 3 marca 2012r. powód uległ wypadkowi podczas jazdy na nartach i doznał złamania lewego przedramienia. Bezpośrednio po wypadku Ratownicy GOPR zaopatrzyli powoda szyną Kramera. Następnie powód udał się do pozwanego Szpitala gdzie rozpoznano wieloodłamowe złamanie lewego przedramienia typu Galleazi z ubytkiem kości i niezwłocznie poddano go zabiegowi operacyjnemu. Przed zabiegiem jednorazowo profilaktycznie podano powodowi biofuroksym. Sprzęt używany w bloku operacyjnym, w którym przeprowadzono zabieg jest częściowo sprzętem jednorazowym, częściowo sprzętem wielorazowego użytku, podlegającym sterylizowaniu na terenie Szpitala. Z raportu epidemiologicznego i przeprowadzonej kontroli wynika, iż nie stwierdzono istotnych uchybień w zakresie aseptyki sali operacyjnej i narzędzi chirurgicznych. Nie stwierdzono też w okresie, w którym doszło do infekcji u powoda innych przypadków zakażenia pacjentów tego samego rodzaju patogenem. W dniu 6 marca 2012r. wypisano powoda ze Szpitala bez żadnych niepokojących objawów. Stan powoda w dniu wypisu określono jako dobry, natomiast przebieg leczenia pooperacyjnego jako niepowikłany. W dniu 12 marca 2012 roku powód zgłosił się do poradni ortopedycznej pozwanej placówki, gdzie zdjęto gips i założono opatrunek unieruchamiający. Podczas kolejnej wizyty w dniu 19 marca 2012 roku wycięto okienko w opatrunku unieruchamiającym i usunięto szwy.

W dniu 23 marca 2012r. podczas kontroli w przychodni przyszpitalnej stwierdzono u powoda ból i obrzęk operowanego przedramienia. Pobrano posiew i ewakuowano treść ropną. Zalecono antybiotyk – Dalacin C, zastosowano również sączek do rany. W dokumentacji medycznej nie odnotowano dawki stosowanego antybiotyku. Na podstawie wyników badań laboratoryjnych stwierdzono, że doszło do zakażenia gronkowcem złocistym MSSA wrażliwym na cefoxitin, ciprofloksacyne, klindamycyne, erytromycyne, gentamycyne, moxifloksacyne, oxacyline, tetracyklinę i biseptol. Podczas kontroli w dniu 26 marca 2012r. nie stwierdzono wycieku z rany i usunięto sączek. Podczas kolejnej kontroli w dniu 2 kwietnia 2012r. również stwierdzono że rana jest sucha. Ponownie zalecono Dalacin C (nie odnotowano w dokumentacji w jakiej dawce). W dniach 7 i 14 maja 2012r. podczas wizyt kontrolnych w poradni stwierdzono ponowny wyciek z rany. W dalszym ciągu stosowano Dalacin C 0,3. W dniu 28 maja 2012r. odnotowano w dokumentacji, że przetoka jest sucha, ale pacjent odczuwa dolegliwości bólowe. W dniu 11 czerwca 2012r. otwarto przetokę i ewakuowano niewielką ilość treści ropnej. Dnia 25 czerwca 2012r. wykonano RTG i stwierdzono brak zrostu odłamów kostnych i zagięcie płyty zespalającej. W następnym dniu wykonano zabieg usunięcia płyty i w ramach antybiotykoterapii zastosowano Klindamycyne. W trakcie kolejnych kontroli w poradni przyszpitalnej w czerwcu i lipcu 2012r. nie ujawniono cech utrzymywania się infekcji. W dniu 1 sierpnia 2012r. ponownie stwierdzono wyciek z rany i zastosowano antybiotyk Cipronex. W trakcie kolejnej kontroli nie odnotowano wycieku ale ponownie zalecono Cipronex. W opinii lekarza kontrolującego stan powoda w poradni przyszpitalnej zrost kości zaczął następować w tym okresie prawidłowo. Ostatecznie powód jesienią 2012r. zdecydował się na zmianę

placówki medycznej i kontynuował dalsze leczenie w Wojewódzkim Szpitalu (...) w P., gdzie zdiagnozowano u powoda stan po leczonym operacyjnie złamaniu kości przedramienia lewego, powikłanym procesem zapalnym i martwicą kości promieniowej. Powodowi zalecono wykonanie autoszczepionki, a po jej uzyskaniu w listopadzie 2012r. poddano go kolejnemu zabiegowi operacyjnemu – resekcji martwaków kostnych oraz przeszczepów autogennych. Lekarz prowadzący powoda w P. zwrócił powodowi uwagę, że stan ręki jest ciężki, z uwagi na długotrwałe usztywnienie może ona nawet przy niewielkich urazach ulegać poważnemu uszkodzeniu.

Do września 2013r. przedramię powoda usztywnione było w stabilizatorze zewnętrznym. Do chwili obecnej ręka nie odzyskała sprawności. Z uwagi na to, że kość promieniowa jest obecnie znacznie krótsza, ruchomość nadgarstka jest bardzo ograniczona, powód nie jest w stanie wykonywać w nadgarstku jakichkolwiek ruchów skrętnych ani ruchów na boki. Ma trudności z pisaniem na komputerze, ktoś musi mu pomagać w pracy biurowej. Ograniczenia te nie podlegają rehabilitacji. Z tego powodu w marcu 2014 roku przeprowadzono u powoda kolejny zabieg operacyjny – osteotomię skracającą kości łokciowej lewej i zespolenia płytą.

Od maja 2013 roku powód był leczony psychiatrycznie z powodu zaburzeń adaptacyjnych.

Jak wynika z opinii biegłego sądowego S. G. (1) (ortopedy traumatologa) leczenie operacyjne jakie zastosowano u powoda było postępowaniem prawidłowym. Złamania jakiego doznał powód podlegają leczeniu operacyjnemu i nie ma innych metod alternatywnych. Wykonanie zabiegu w trybie pilnym uzasadnione było zwknięciem głowy kości łokciowej, który to uraz wymaga pilnej repozycji. Zarówno po zabiegu jak i po stwierdzeniu infekcji podjęte działania były prawidłowe, stosowano odpowiednią terapię antybiotykową i usunięto zespolenie metalowe, które w przypadku tego rodzaju powikłań może być elementem wpływającym na zaostrzenie stanu zapalnego (opinia biegłego k. 571 i nast., opinia uzupełniająca k. 608).

Zakażenie do jakiego doszło u powoda było zakażeniem szpitalnym w rozumieniu art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013,poz.947). tj. nie pozostawało w okresie wylegania w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wystąpiło po udzieleniu tych świadczeń w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres wylegania. Niemniej, biorąc pod uwagę rodzaj patogenu zakażenie miało prawdopodobnie charakter endogeny – własną mikroflorą powoda. Zakażenia endogenne są najczęściej następstwem przerwania ciągłości barier naturalnych np. skóry – wyniku zabiegu chirurgicznego. Jak wyjaśniła biegła ds. chorób zakaźnych E. O. (1), taki charakter zakażenia (własną mikroflora pacjenta) ma większość zakażeń do jakich dochodzi w miejscu zabiegu operacyjnego. Wynika to z faktu, że kolonizacja skóry gronkowcem złocistym jest zjawiskiem powszechnym, a standardowe przygotowanie skóry do zabiegu antyseptykami nie zapewnia całkowitego wyjałowienia pola operacyjnego. Bakterie pomimo starannego wyjałowienia skóry są obecne w ranie w momencie jej zszywania, ponieważ zasiedlają głębsze warstwy naskórka, mieszki włosowe, gruczoły łojowe, a stosowane środki antyseptyczne nie mogą ich w całości wyeliminować. Możliwość rozwoju choroby zależna jest od wydolności układu odpornościowego pacjenta. Biegła zaznaczyła, iż jednoznacznie nie można wykluczyć możliwości zakażenia egzogenego patogenem przejściowo kolonizującym personel, innych chorych lub odwiedzających (opinia biegłej k. 495).

Antybiotykoterapia wdrożona u powoda po stwierdzeniu infekcji była prawidłowa, nie miała ona istotnego znaczenia w procesie gojenia się ran, wspomagała jedynie stosowane leczenie chirurgiczne. Przeprowadzono szereg posiewów, a antybiotyk stosowany był zgodnie ze stwierdzaną lekowrażliwością bakterii (opinia biegłej ds. chorób zakaźnych k. 495 i nast.).

Powód z zawodu jest księgowym. W roku 2011 uzyskał uprawnienia do prowadzenia ksiąg rachunkowych i wpis na stosowną listę Ministra Finansów. Przed wypadkiem i operacją pracował na umowę o pracę w dwóch zakładach pracy (...) s.c. i (...) Spółka z o.o. Jego dochody z tego tytułu wynosiły łącznie około 1400 zł. Oprócz tego powód prowadził własną działalność gospodarczą i osiągał z tego tytułu dochód w wysokości około 7000 zł. netto miesięcznie. Dodatkowo powód w lutym 2012r. zawarł umowę z C. S. (1), w której to umowie zobowiązywał się dokonywać czynności na jej zlecenie, za co miał uzyskiwać dochód nie niższy niż 3000 zł. miesięcznie. Po pierwszej operacji

powód pracował w dotychczasowym wymiarze czasu pracy, z tym zastrzeżeniem, że z uwagi na komplikacje związane z leczeniem złamania nie wykonywał regularnie czynności zleczonych przez C. S. (1). Po sugestii lekarza (co nastąpiło dopiero podczas leczenia w P. Śl.) powód zrezygnował z pracy zarobkowej. W marcu 2013r. zawiesił działalność gospodarczą. Decyzją ZUS z dnia 30 kwietnia 2013r. i 27 listopada 2013r. przyznano mu zasiłek rehabilitacyjny, który wynosił około 1400 zł. netto.

Opisany stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie informacji GOPR k. 19, dokumentacji medycznej powoda dołączonej do pozwu oraz nadesłanej przez (...) szpital (...) w P. Śl. (k. 185i nast.) i przez pozwanego (k.220 i nast.), skierowania do szpitala i zaświadczenia o stanie zdrowia k. 302-303, dokumentację ZUS k. 305 i nast., k. 340, dokumentacji płacowej k. 312 i nast. oraz 341 i nast., dokumentacji medycznej k. 437, a także zeznań świadków O. B., W. B., M. B., S. B., C. S., M. G., E. K., J. N., P. S., A. Ś., A. K. i M. K. – przesłuchanych na rozprawie w dniu 11 lutego 2014r. (k. 393), świadka E. M. przesłuchanego na rozprawie w dniu 24 kwietnia 2014r. (k. 467), przesłuchania powoda na rozprawie w dniu 11 lutego 2014r. (k. 493), a także powołanych wyżej opinii biegłych : specjalisty chorób zakaźnych E. O. i ortopedy – traumatologa S. G.. Przeprowadzone dowody nie budziły wątpliwości co do swojej wiarygodności i pozwoliły na ustalenie stanu faktycznego w sposób spójny i wystarczający dla rozstrzygnięcia sprawy. Ustalenia oparte zostały przede wszystkim na podstawie przedstawionej Sądowi dokumentacji medycznej i zeznań świadka E. K., która posiadała szczegółową wiedzę na temat procedur przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym u pozwanego oraz na opiniach biegłych. Pozostałe przeprowadzone dowody dostarczyły jedynie informacji uzupełniających, nie pozostają one jednak w żadnej sprzeczności z materiałem, który Sąd uznał za kluczowy. Ze względu na to, że dokonanie ustaleń faktycznych wymagało wiedzy specjalistycznej z zakresu medycyny, przede wszystkim z zakresu ortopedii i chorób zakaźnych, szczególnie istotnych informacji dostarczyły Sądowi opinie biegłych. Opinia biegłej z zakresu chorób zakaźnych E. O. nie była kwestionowana przez żadną ze stron (strona powodowa podkreślała nawet, że nie istnieje konieczność jej uzupełniania). Opinia biegłego z zakresu ortopedii S. G. wymagała pewnego uzupełnienia, jednakże po jej uzupełnieniu nie była już kwestionowana przez żadną ze stron. Co prawda powód zarzucił biegłemu niekonsekwencję w posługiwaniu się pojęciem martwicy kości i martwiaka (pismo k. 617), to jednak zauważyć należy, że wywody biegłego są zbieżne z wpisami znajdującymi się w dokumentacji medycznej (...) Szpitala (...) w P. Śl. dołączonej przez powoda do pozwu (k. 37). Ostatecznie powód jednak nie domagał się ani uzupełnienia opinii ani wezwania biegłego do złożenia wyjaśnień.

Sąd zważył co następuje:

Postępowanie dowodowe przeprowadzone niniejszej sprawie jednoznacznie wykazało, że zakażenie jakiego doznał powód ma charakter zakażenia szpitalnego w rozumieniu art. 2 pkt 33 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tekst jednolity Dz. U. 2013,poz.947). Okoliczność ta nie przesądza jednak automatycznie o odpowiedzialności pozwanego. Odpowiedzialność ta opiera się o podstawowe przesłanki odpowiedzialności deliktowej określone w art. 415 k.c. tj.: powstanie szkody, bezprawność działania sprawcy (czyn sprawcy noszący znamiona winy) i związek przyczynowy pomiędzy czynem, a szkodą.

Zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodu istnienia przesłanek przewidzianych w art. 415 k.c., a w tym obowiązek wykazania bezprawnego działania pozwanego, spoczywa na stronie powodowej. Wynika z tego, iż powód musi wykazać winę pozwanego polegającą na dopuszczeniu się uchybień w działaniu personelu szpitala, bądź też zaniechaniu niezbędnych działań, a następnie –zgodnie z art. 361 § 1 k.c. związek przyczynowy tego działania lub zaniechania z doznaną szkodą i krzywdą.

Powszechnie przyjmuje się w orzecznictwie, że stwierdzenie związku przyczynowego jeśli chodzi o zdrowie ludzkie z reguły nie może być absolutnie pewne, w związku z czym do przyjęcia go wystarcza, że jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa (por. np.: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007r., II CSK 285/07, LEX nr 490418 lub wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 23 listopada 2006r., I ACa 503/06, LEX nr 298565). Nie zwalnia to jednakże strony – stosownie do art. 6 k.c. - z powinności udowodnienia tego związku w co najmniej wysokim stopniu prawdopodobieństwa. Podkreślić przy tym należy, iż stosownie do art.361§1 k.c. dla przyjęcia odpowiedzialności sprawcy konieczne jest wykazanie, że pomiędzy jego bezprawnym i zawinionym

zachowaniem a stanem zdrowia poszkodowanego zachodzi adekwatny związek przyczynowy, tj. taki związek, który pozwala na stwierdzenie, że to bezprawne i zawinione zachowanie jest przyczyną w/w stanu zdrowia. Nie można więc przyjąć wniosku opartego na założeniu, że szkoda (krzywda) pacjenta w każdym przypadku oznacza zawinione zaniechania ze strony pracowników szpitala. Odpowiedzialności szpitala nie można bowiem wywodzić z samego faktu powstania szkody, lecz musi ona wynikać z podjęcia przez jego personel niezgodnych z prawem i zasadami sztuki medycznej działań lub zaniechań.

Ustalenia faktyczne poczynione w niniejszej sprawie nie dają podstaw do przyjęcia, iż co najmniej z wysokim stopniem prawdopodobieństwa pozwany dopuścił się bezprawnych działań lub zaniechań pozostających w związku przyczynowym z doznaną przez powoda szkodą.

Z opinii biegłej ds. chorób zakaźnych wynika, iż u pozwanego w okresie istotnym dla sprawy nie stwierdzono zagrożenia epidemiologicznego ani zakażeń patogenem jaki wywołał infekcję powoda. Nie stwierdzono też żadnych nieprawidłowości odnośnie sterylizacji sprzętu. Gronkowiec złocisty typu MSSA, którym zakażony był powód, jest drobnoustrojem występującym powszechnie na skórze ludzkiej, a w większości wypadków zakażenie nim podczas zabiegów operacyjnych ma charakter endogeny (własną mikroflora pacjenta) i wynika z obiektywnej niemożności całkowitego wyjałowienia pola operacyjnego. Okoliczność czy do rozwoju zakażenia dojdzie czy też nie zależna jest w dużej mierze od funkcjonowania układu odpornościowego pacjenta. Biegła co prawda nie wykluczyła, że zakażenie mogło mieć charakter egzogeny (patogen przeniesiony został np. na rękach personelu), niemniej z wywodów opinii wynika, iż możliwość tę biegła traktuje jako mniej prawdopodobną – wskazuje na to zarówno układ wypowiedzi, w którym biegła na pierwszym miejscu stawia tezę o prawdopodobieństwie zakażenia endogenego, a także wywody dotyczące mechanizmu jego powstawania (braku możliwości wyjałowienia pola operacyjnego) oraz wywody wskazujące, iż większość tego typu zakażeń ma charakter endogeny.

Opisywany przez biegłą mechanizm powstawania w trakcie zabiegów operacyjnych zakażeń własną mikroflorą pacjenta nie daje w ocenie Sądu podstaw do przypisania pozwanemu szpitalowi odpowiedzialności cywilnej za skutki zakażenia. Biegła wyraźnie podkreśliła, że nawet przy zastosowaniu właściwej aseptyki przygotowanie pola operacyjnego w taki sposób aby całkowicie wykluczyć ryzyko zakażenia, nie jest możliwe. Do zakażeń dochodzi zatem nawet przy dołożeniu przez personel należytej staranności i postępowaniu zgodnym z wymogami sztuki medycznej, jest to więc element ryzyka związanego z przeprowadzeniem zabiegu, a niekoniecznie wynik bezprawnych działań Szpitala. W tej sytuacji Sąd przyjął, iż powód nie wykazał, że do infekcji doszło na skutek zawinonego i bezprawnego działania pozwanego.

Powód nie wykazał również aby rozwój infekcji nastąpił na skutek niewłaściwego stosowania antybiotykoterapii. Ani biegła zakresu chorób zakaźnych, ani biegły ortopeda- traumatolog nie dopatryli się w tym zakresie jakichkolwiek uchybień pozwanego. Co prawda w dokumentacji medycznej powoda nie odnotowano sposobu dawkowania antybiotyku, nie jest to jednak okoliczność pozwalająca na konstruowanie podstaw odpowiedzialności pozwanego za skutki rozwoju zakażenia u powoda, z faktu, że sposób dawkowania nie został opisany w dokumentacji nie wynika bowiem, że był on nieprawidłowy. Ciężar wykazania ewentualnych uchybień w zakresie zalecanego dawkowania antybiotyku spoczywał zgodnie z art. 6 k.c. na powodzie, powód natomiast nie przedstawił na tę okoliczność żadnych dowodów, ograniczając się do podkreślenia, iż dawkowanie nie zostało odnotowane w dokumentacji.

Nietrafne okazały się również zarzuty dotyczące wyboru metody leczenia złamania i przeprowadzenia zabiegu w trybie pilnym. Z opinii ortopedy – traumatologa jednoznacznie wynika, że alternatywne metody leczenia nie wchodziły w grę, a przeprowadzenie zabiegu w trybie pilnym było uzasadnione.

W toku postępowania powód podnosił również, że pozwany nie zdiagnozował u niego martwicy kości, a rozpoznania takiego dokonała dopiero inna placówka medyczna (pismo pełnomocnika powoda datowane na 26 października 2015r. k. 586). Podniesiona okoliczność stanowi nowy element stanu faktycznego, nie objęty wcześniej żądaniem pozwu. Powód nie rozwijał jednak dalej tego wątku i nie wnosił o uzupełnienie opinii biegłego ortopedy, ewentualnie o dopuszczenie kolejnej opinii celem wykazania, że fakt postawienia w końcowym okresie leczenia u pozwanego

niewłaściwej diagnozy może rodzić odpowiedzialność deliktową pozwanego w parciu o art. 415 k.c. Sam fakt postawienia niewłaściwej diagnozy (zrostu kości) został w toku postępowania udowodniony, niemniej powód z tego faktu nie wywodził żadnych skutków i w żaden sposób nie wykazał, że miało to jakiegokolwiek negatywne konsekwencje dla dalszego leczenia.

W tych warunkach Sąd uznał, że podstawy odpowiedzialności pozwanego za skutki infekcji jakiej powód doznał i sposób jego leczenia nie zostały wykazane i powództwo oddalił.

O kosztach Sąd orzekł na zasadzie art. 102 kpc. Podstawą dla zastosowania powyższego przepisu jest przyjęcie przez Sąd, iż w danej sprawie zachodzi szczególnie uzasadniony wypadek, który determinuje uznanie, że obciążenie strony przegrywającej kosztami postępowania, stałoby w sprzeczności z elementarnym poczuciem sprawiedliwości czy słuszności. Ustawodawca nie wskazał jakiego rodzaju okoliczności mogą być uznawane za „szczególnie uzasadniony wypadek”, jednakże zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie stanowiskiem do sytuacji takich zaliczyć należy np. subiektywne przekonanie strony o zasadności roszczenia, jej wyjątkowo ciężką sytuację osobistą lub majątkową, precedensowy charakter sprawy, albo też rodzaj przedmiotu sporu, czy też wystąpienie przez stronę powodową z roszczeniem, o którego uwzględnieniu bądź nie w znacznej mierze decydują dokonywane przez Sąd oceny (postanowienie Sądu Apelacyjnego w Katowicach Sygn. akt V ACz 200/16). W niniejszej sprawie, powód dochodził roszczeń odszkodowawczych, których powstanie wiązało z przeprowadzeniem zabiegu chirurgicznego w pozwanym Szpitalu. Mając na względzie charakter szkody, rodzaj dolegliwości doznawanych przez powoda, chwilę ich ujawnienia, zasadne jest twierdzenie, że powód mógł wiązać fakt wystąpienia u niego tychże dolegliwości z przeprowadzonym zabiegiem chirurgicznym i zaniedbaniami pozwanego, a zatem mógł być subiektywnie przekonany o zasadności swego roszczenia. Okoliczność ta w ocenie Sądu daje podstawę do zastosowania w niniejszej sprawie art. 102 k.p.c.

SSO Łucja Oleksy-Miszczuk