

Sygn. akt I ACa 392/13

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 stycznia 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Zbigniew Merchel (spr.)
Sędziowie:	SA Michał Kopeć SA Małgorzata Idasiak-Grodzińska
Protokolant:	stażysta Agnieszka Kisicka

po rozpoznaniu w dniu 13 stycznia 2015 r. w Gdańsku na rozprawie

sprawy z powództwa W. O.

przeciwko (...) (...) w G.

o zapłatę i ustalenie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Gdańsku

z dnia 26 marca 2013 r. sygn., akt I C 1190/09

I. oddala apelację;

II. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

Na oryginale właściwe podpisy.

Sygn. akt I ACa 392/13

## UZASADNIENIE

Powód W. O. wniósł przeciwko (...) (...) w G. powództwo o:

- zapłatę kwoty 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 445 k.c. w zw. z art. 444 k.c.,
- zapłatę kwoty 2.500 zł tytułem renty płatnej z góry do 10-go dnia każdego miesiąca począwszy od dnia wniesienia pozwu z tytułu częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz zwiększenia się potrzeb i zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość,

- zapłatę kwoty 50.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia na podstawie art. 19a ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej za naruszenie praw pacjenta przejawiające się poddaniem powoda i przeprowadzeniem zabiegu nie odpowiadającego wymaganiom wiedzy medycznej,
- ustalenie, że pozwany ponosi odpowiedzialność za wszelkie skutki wynikające z wadliwie dokonanej amputacji, mogące ujawnić się w przyszłości.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że w dniu 27.09.2006 roku na skutek wypadku przy pracy na terenie Stoczni (...) spółka z o. o. w G. doznał urazu w postaci zmiążdżenia prawej stopy. W dniu 28.09.2006 roku został poddany zabiegowi amputacji kończyny dolnej prawej na wysokości stawu L., jednak w trakcie zabiegu okazało się, że z uwagi na rozległość obrażeń konieczna jest amputacja na wysokości stawu C.. W dniu 23.10.2006 roku pobrano od powoda przeszczep skórno-naskórkowy z przedniej i bocznej powierzchni uda prawego, który 25.10.2006 roku został wszczepiony w miejsce rany poamputacyjnej. Od 19.07.2007 roku do 11.08.2007 roku powód odbył rehabilitację, która nie przyniosła jednak zamierzonego skutku – powód nie powrócił do zdrowia, a kikut nie zagoił się, w związku z czym nie było możliwości oprotezowania kończyny. Po konsultacjach medycznych ustalono, że konieczna jest reamputacja. W dniu 12.09.2007 roku w Akademii Medycznej w G. dokonano reamputacji na poziomie podudzia. Podczas prób oprotezowania kończyny protetyk ocenił, że sposób, w jaki dokonano amputacji uniemożliwia założenie protezy, z uwagi na nieprawidłowe ukształtowanie kikuta oraz jego długość. Ponadto badanie USG wykazało stan zapalny kikuta. W dniu 22.09.2008 roku przeprowadzono plastykę blizny kikuta.

W ocenie powoda wprawdzie amputacja na wysokości podudzia była konieczna, jednakże sposób przeprowadzenia operacji w dniu 12.09.2007 roku był wadliwy. Lekarze mieli możliwość przeprowadzenia amputacji w taki sposób, aby kształt i długość kikuta umożliwiały prawidłowe protezowanie kończyny. Obecnie powód nie ma możliwości realizowania się zawodowo, jak i w życiu rodzinnym w takim zakresie, jak przed wypadkiem. Korzysta z protezy tymczasowej, która w znacznym stopniu ogranicza możliwość poruszania kończyną. Ponadto powód musi w dalszym ciągu poddawać się uciążliwej rehabilitacji stanowiącej konsekwencję wadliwie przeprowadzonego zabiegu. W ocenie powoda lekarzom dokonującym zabiegu można przypisać winę, a komplikacje, które nastąpiły po zabiegu z 12.09.2007 roku nie mieszczą się w granicach zwykłego ryzyka związanego z zabiegiem tego typu.

W odpowiedzi na pozew pozwany (...) Centrum (...) w G. wniósł o oddalenie powództwa. W uzasadnieniu strona pozwana podniosła, że z uwagi na trudności gojenia oraz dolegliwości chorego, powoda zakwalifikowano do ponownego zabiegu operacyjnego, którego celem było wytworzenie krótszego kikuta kończyny dolnej prawej, o czym powód był informowany i wyraził na to zgodę. W dniu 12.09.2007 roku dokonano amputacji na poziomie podudzia na wysokości 2/5 bliższych goleni prawej tworząc kikut mioplastyczny. W okresie pooperacyjnym kikut był prawidłowo formowany, stwierdzono jedynie opóźnione gojenie rany z powodu stanu zapalnego. Zaobserwowano też u powoda bóle fantomowe. W okresie leczenia ponownie odnotowano uraz kikuta po upadku, po którym wystąpiło krwawienie. Po wygojeniu kikuta powoda skierowano do zaprotezowania (listopad 2007 roku). W grudniu 2007 roku powód poruszał się już o protezie. W ocenie pozwanego amputacji dokonano zatem na odpowiednim poziomie, a długość kikuta jest wystarczająca do zaprotezowania, zaś zarzuty powoda bezpodstawne.

O toczącym się procesie zawiadomiony został (...) S.A. w W., który jednak nie przystąpił do udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego.

Wyrokiem z dnia 26 marca 2013 roku Sąd Okręgowy w Gdańsku oddalił powództwo i orzekł o kosztach postępowania w ten sposób, że odstępuje od obciążania powoda kosztami procesu.

#### **Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 27.09.2006 roku powód W. O. doznał wypadku przy pracy w ten sposób, że na prawą stopę spadła mu 2,5 tonowa szyna. Wskutek tego zdarzenia doszło do zmiążdżenia stopy powoda. Bezpośrednio po wypadku powód

został przewieziony do Katedry i Kliniki (...) w G., gdzie przebywał do 10.11.2006 roku. W dniu 28.09.2006 roku powód przeszedł amputację prawej stopy na wysokości stawu S.. W dniu 25.10.2006 roku dokonano transplantacji pobranego przeszczepu skóry na kikut. Po wyjściu ze szpitala powód pozostawał pod kontrolą (...) Centrum (...), gdzie dokonywano kontroli stanu kikuta oraz zmian opatrunku. W dokumentacji Poradni odnotowano, że powód w dniu 11.12.2006 roku upadł uderzając kikutem o twarde podłoże, doznając otarcia na szczycie kikuta.

W dniach od 19.07.2007 roku do 11.08.2007 roku powód przebywał na rehabilitacji ambulatoryjnej schorzeń narządu ruchu w Sanatorium (...) w S..

W dniu 12.09.2007 roku w Katedrze i Klinice (...) w G. dokonano amputacji kończyny dolnej prawej powoda na poziomie podudzia w 2/5 bliższej jego części. Powód przebywał w szpitalu od dnia 10.09.2007 roku do dnia 27.09.2007 roku. W dniu 11.09.2007 roku wyraził zgodę na proponowany zabieg operacyjny. Po zabiegu powodowi zdarzały się upadki.

Następnie powód w dniach od 21 do 24.09.2008 roku przebywał na Oddziale (...) w G., gdzie w dniu 22.09.2009 roku dokonano plastyki blizny z powodu dysfunkcji kikuta goleni prawej.

Obecnie kikut kończyny dolnej prawej powoda ma 14 cm i jest prawidłowo ukształtowany. Posiada także prawidłową ruchomość w stawie kolanowym.

Uraz w postaci zmiążdżenia przodostopia prawego, wymagającego amputacji przodostopia, a następnie – na skutek powikłań gojenia się kikuta – amputacji na poziomie podudzia, był następstwem wypadku przy pracy w dniu 26.09.2006 roku. Zastosowanie leczenia operacyjnego w postaci amputacji przodostopia na wysokości stawu C., a następnie przeprowadzenie zabiegów nekretomii i przeszczepów skóry było w pełni uzasadnione stanem miejscowym w obrębie stopy prawej. Również decyzja o amputacji na poziomie podudzia była zasadna z uwagi na powikłania w procesie gojenia kikuta stopy, urazu kikuta oraz jego bolesności, co utrudniało zaprotezowanie kikuta. Operacja miała charakter mioplastyczny, a decyzja o amputacji na poziomie 2/5 bliższej części podudzia mogła wynikać z konieczności uzyskania jak najlepszych warunków ukrwienia kikuta i uzyskania optymalnych warunków gojenia. Z dokumentacji medycznej nie wynika, aby operacja amputacji podudzia została przeprowadzona w sposób nieprawidłowy. Brak jest też informacji, aby kość podudzia została ścięta nieprawidłowo.

Umiejscowienie blizny na szczycie kikuta mogło wynikać z urazu kikuta, do którego miało dojść w trakcie leczenia, z krwawieniem oraz z wystąpienia odczynu zapalnego. W wyniku urazu i stanu zapalnego blizna mogła ulec nieznacznemu przemieszczeniu. Ponadto samo umiejscowienie blizny po amputacji nie stanowiło głównego problemu w zaprotezowaniu, bowiem po przeprowadzeniu plastyki skórnej blizny, bez zmiany warunków mięśniowych i bez zmiany lokalizacji blizny oprotezowanie było możliwe i aktualnie powód chodzi w protezie.

Wykonana u powoda amputacja podudzia umożliwiła zaprotezowanie kikuta i usprawnienie powoda. Problem zaprotezowania u powoda wynikał nie tyle z długości kikuta, ile z jego bolesności, zwłaszcza w obrębie szczytu kikuta. Przyczyną tej dolegliwości było występowanie stanu zapalnego

Powodem plastyki blizny było jej przerośnięcie i brak ruchomości skóry z blizną względem kości, co wynikało ze stanu zapalnego i nie było związane z charakterem samej amputacji podudzia, lecz z powikłaniami po amputacji.

Dolegliwości bólowe powoda w okresie około miesiąca po wypadku były znaczne, następnie przez około dwa miesiące charakteryzowały się średnim stopniem nasilenia. Później ulegały stopniowemu złagodzeniu. Po reamputacji przez okres około trzech tygodni nasilenie dolegliwości u powoda było znaczne, a następnie przez około miesiąc utrzymywały się na poziomie średnim. Po wykonaniu plastyki skóry przez około tydzień stopień nasilenia dolegliwości bólowych ponownie mógł przyjmować wartości znaczne.

Na początku 2007 roku powód zgłosił się do firmy zajmującej się przygotowywaniem przedmiotów zaopatrzenia ortopedycznego prowadzonej przez K. K. (1) i M. K. (1) celem wykonania protezy po amputacji przez śródstopie.

Powodowi odmówiono wykonania protezy, ponieważ kikut był obtarty i odesłano go do lekarza w celu uzyskania porady. Powód wykonał protezę w innym zakładzie. Podczas kolejnej wizyty powód zwrócił się z prośbą o pomoc w dopasowaniu wskazanej protezy, jednakże w ocenie K. K. (1) nie było to możliwe. Powodowi zasugerowano rozważenie reamputacji. Następnie powód zgłosił się w celu oproteżowania w listopadzie 2007 roku, już po reamputacji kończyny. Skóra na kikucie była przyrośnięta i bolesna. Powodowi zalecono bandażowanie, a w grudniu 2007 roku wykonano protezę tymczasową. Największy problem w zaproteżowaniu powoda wynikał z bolesności kikuta, a nie z jego długości. K. K. (1) informował powoda, że konieczne jest leczenie kikuta w celu uzyskania możliwości właściwego zaproteżowania. Po zabiegu plastyki kikuta we wrześniu 2008 roku powód zgłosił się w celu wykonania protezy definitywnej. K. był zagojony, nie występował problem bolesności. W październiku 2009 roku powód otrzymał protezę modułarną.

W dniu 13.11.2007 roku W. O. wniósł przeciwko pracodawcy (...) Stocznia spółka z o.o. w G. powództwo o zapłatę odszkodowania, zadośćuczynienia i renty oraz o ustalenie odpowiedzialności na przyszłość z tytułu skutków wypadku z dnia 27.09.2006 roku. Na rozprawie w dniu 5.08.2009 roku strony zawarły ugodę, zgodnie z którą (...) Stocznia spółka z o.o. w G. zobowiązała się zapłacić powodowi kwotę 114.400 zł netto tytułem zadośćuczynienia.

Przed wypadkiem powód otrzymywał wynagrodzenie w wysokości 4.000 zł netto. Przez pół roku po wypadku przebywał na zwolnieniu lekarskim i otrzymywał świadczenia z ZUS w kwocie około 600 zł miesięcznie. Przez kolejne 6 miesięcy powód otrzymywał świadczenie rehabilitacyjne w kwocie około 700 zł. Po roku otrzymał rentę, która obecnie wynosi około 1.100 zł netto. Od marca 2009 roku powód podjął też pracę jako osoba niepełnosprawna w wymiarze 7 godzin dziennie jako operator giętarki w firmie (...) spółka z o.o. w L.. Aktualnie pracuje w agencji ochrony uzyskując wynagrodzenie w kwocie około 1.000 zł netto miesięcznie. Żona powoda jest zatrudniona i otrzymuje około 500 zł netto wynagrodzenia miesięcznie. Powód ma na utrzymaniu dwójkę dzieci. W związku z wypadkiem otrzymał także kwotę około 25.000 zł z ZUS. Środki uzyskane przez powoda z odszkodowań zostały wydane m. in. na spłatę długów, zaś obecnie powód posiada zadłużenie w kwocie około 10.000 zł związane z ponoszeniem kosztów utrzymania i zakupem części do protez.

Aktualnie powód porusza się korzystając z protezy. Zaczął z niej korzystać po kilku miesiącach po operacji plastyki blizny. Powód zamówił taką protezę, jakiej potrzebuje za pośrednictwem zakładu zaopatrzenia ortopedycznego K. i M. K. (1) w G.. Koszty proteżowania w znacznej części ponosi we własnym zakresie, gdyż nie są one w całości refundowane. Protezy winny być wymieniane co trzy lata, ich niektóre części – częściej w miarę zużycia.

### ***Na podstawie tych ustaleń Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Sąd ten wskazał, że ustalił powyższy stan faktyczny w oparciu o dowody z zeznań świadków i powoda, dowody z dokumentów oraz dowód z opinii biegłych (...) M. K. (2) w T. C. M. im. L. R. w B., jak również dokumentację fotograficzną oraz zgromadzoną w aktach sprawy pracowniczej.

Sąd I instancji ocenił jako wiarygodne dowody z zeznań świadków A. U., K. K. (1), J. L. i W. D. (1), ponieważ co do zasady były one spójne, racjonalne i rzeczowe.

Świadek K. K. (1) wskazał na sytuację powoda związaną z próbami oproteżowania kończyny i jej stanem, podkreślił, że głównym problemem po reamputacji pozostawała bolesność kikuta, a nie jego długość. Wskazał na przyrośnięcie skóry od spodu kikuta, jak i na fakt, że prawidłowe zaproteżowanie stało się możliwe po wykonaniu jego plastyki. Spostrzeżenia wskazanego świadka w pełni korelują z wnioskami opinii biegłych sporządzonej w niniejszej sprawie, z której również wynika, iż długość kikuta i jego kształt nie stanowią przeszkody w prawidłowym zaopatrzeniu ortopedycznym powoda.

Świadek J. L., który pozostawał ordynatorem Kliniki (...) w G., wyjaśnił, że o wysokości reamputacji decyduje przede wszystkim stan miejscowy tkanek miękkich i kości, zaś decyzję w tym przedmiocie podejmuje się śródoperacyjnie.

Podniósł, że dla protezowania znaczenie ma nie tylko długość kikuta, ale także pokrycie kości przez tkanki miękkie. Wskazywał także na urazy powoda dotyczące kikuta.

Świadek W. D. (1), który dokonywał reamputacji, również wskazał, że w jego ocenie wysokość amputacji wynikała z miejscowego stanu tkanek powoda pozostałych po urazie. Pozostawienie uszkodzonych tkanek wiązałoby się z problemami z gojeniem. Wyjaśnił, że zasadą jest dążenie do zachowania jak największej części kończyny. Podał, że zasadniczo pamięta operację powoda, choć bez szczegółów. Przebiegała ona standardowo. Był w stanie również potwierdzić, że po operacji występowały problemy z gojeniem rany, które miały miejsce także po pierwszej operacji powoda. Podkreślił negatywny wpływ urazów na gojący się kikut.

Świadek A. U. zasadniczo nie posiadał wiedzy odnośnie spornej operacji powoda, jak i z uwagi na upływ czasu nie był w stanie przypomnieć sobie szczegółów jego leczenia.

Sąd zasadniczo odmówił natomiast waloru wiarygodności zeznaniom świadka W. S. (1) oraz powoda w tym zakresie, w którym wskazywali oni, że amputacja na wysokości 2/5 bliższej części podudzia była zbyt krótka, zaś zabieg operacyjny został przeprowadzony nieprawidłowo. Zeznania te pozostawały w sprzeczności z jednoznacznymi i konsekwentnymi wnioskami opinii biegłych złożonych w niniejszej sprawie, jak i nie znajdują oparcia w pozostałym zebranych w sprawie materiale dowodowym. Wskazał sąd I instancji, że świadek W. S. (1) formułując opinię o ww. operacji i jej efektach nie posiadał wiedzy o stanie śródoperacyjnym powoda, w szczególności w zakresie stanu jego tkanek miękkich i kości, jak i nie brał udziału w jego dotychczasowym leczeniu. Jego przekonanie o wadliwości operacji powoda nie może być z tych przyczyn w ocenie Sądu uznane za miarodajne, zwłaszcza w świetle bezspornej w sprawie okoliczności, że powód mimo przeprowadzenia wyłącznie plastyki blizny kikuta został aktualnie skutecznie zaprotezowany. Także twierdzenia świadka o braku skośnego przecięcia kości nie znajdują żadnego oparcia w materiale dowodowym zgromadzonym w sprawie, przy czym powód reprezentowany przez fachowego pełnomocnika nie wykazał w tym zakresie żadnej inicjatywy dowodowej (nie przedstawił zdjęcia rtg). Jak wynika z opinii biegłych i ustalonego w sprawie stanu faktycznego również usytuowanie blizny na kikucie nie stanowi przeszkody do używania przez powoda protezy. Świadek twierdził, że bolesność kikuta u powoda wynikała z położenia blizny, czemu przeczy możliwość korzystania obecnie przez powoda z protezy, jak i treść zeznań świadka K. K. (1). Z tych przyczyn również subiektywne twierdzenia powoda o wadliwości przeprowadzenia spornego zabiegu jako nie znajdujące oparcia w materiale dowodowym sprawy nie mogły zostać uznane za wiarygodne. W szczególności żadnego potwierdzenia nie znalazły tezy powoda o krwawieniu spowodowanym pozostawieniem odłamów kostnych w kikucie. Dlatego też sąd I instancji dał wiarę zeznaniom wskazanych powyżej osób wyłącznie w takim zakresie, w jakim dotyczyły one okoliczności bezspornych i wynikających jednoznacznie z dokumentacji zgromadzonej w sprawie, zaś zeznaniom powoda także w tej części, w której dotyczyły one jego sytuacji osobistej, finansowej i rodzinnej. Zdaniem sądu powód formułował swoje twierdzenia w sprawie w oparciu o występowanie dolegliwości, których pochodzenia samodzielnie z uwagi na brak wiedzy fachowej nie był w stanie ustalić, które dodatkowo zostały wstępnie potwierdzone przez ww. świadka. Taki stan rzeczy w ocenie sądu I instancji świadczy o tym, że wypowiedzi powoda w zakresie wyniku operacji wynikały z pozostawiania przez niego w błędnym przekonaniu odnośnie źródła niepowodzeń w zaprotezowaniu.

Sąd Okręgowy nie uznał także za wiarygodną prywatnej opinii lekarskiej dotyczącej powoda, w której postawiono wniosek, iż kształt oraz zbyt krótki kikut wydają się dość trudne do zaprotezowania. Stwierdzenie, że kikut jest zbyt krótki stoi bowiem w sprzeczności z jednoznacznymi konkluzjami przedstawionymi przez biegłych sądowych powołanych w niniejszej sprawie, przy czym z opinii tej nie wynika jej autorstwo ani na podstawie jakiej konkretnie dokumentacji medycznej została ona wydana. Opinia ta nie zawiera także uzasadnienia zawartych w niej wniosków. Wskazane okoliczności w ocenie Sądu przemawiały za uznaniem jej za niewiarygodną. Sąd Okręgowy ustalając stan faktyczny w sprawie oparł się w głównej mierze na dowodzie z pisemnych opinii (...) M. K. (2) w T. C. M. im. L. R. w B.. Opinie te ocenił jako fachowe, wyczerpujące, szczegółowe i jednoznaczne. Biegli z zakresu ortopedii, neurologii, rehabilitacji, psychiatrii, medycyny sądowej oraz asystent zakładu dokonali szerokiej analizy całokształtu materiału dowodowego zebranego w sprawie, w tym przede wszystkim dokumentacji medycznej, jak przeprowadzili badanie powoda. Na tej podstawie sformułowali jednoznaczne i konkretne wnioski, przedstawiając ich logiczne i racjonalne uzasadnienie w oparciu o posiadaną wiedzę fachową. Odnieśli się także wyczerpująco do kwestii przedstawionych

po zapoznaniu się z opinią przez stronę powodową, co skutkowało ostatecznym nie kwestionowaniem tych opinii przez żadną ze stron. Biegli stwierdzili u powoda prawidłowo uformowany kikut prawej goleni o długości 14 cm z prawidłową ruchomością w stawie kolanowym. Wskazali, że leczenie po urazach typu doznanego przez powoda ma na celu radykalne usunięcie tkanek niedokrwionych i martwiczych oraz uzyskanie jak najlepszych warunków gojenia przy jednoczesnym pozostawieniu jak najdłuższego kikuta. Podnieśli, że u powoda dochodziło do powikłań w gojeniu się rany stopy. Powód doznał też urazu kikuta. W tym stanie decyzja o amputacji na wysokości podudzia była zasadna. Amputacja dokonana na poziomie 2/5 bliższej części podudzia mogła wynikać z konieczności uzyskania jak najlepszych warunków ukrwienia kikuta oraz uzyskania optymalnych warunków gojenia. Z dokumentacji nie wynikało, by zabieg był przeprowadzony nieprawidłowo, zaś kość nie została skośnie ścięta. Biegli stanęli na stanowisku, że położenie blizny nie stanowiło głównego problemu protezowania, gdyż po przeprowadzeniu plastyki skórnej blizny, bez zmiany warunków mięśniowych i bez zmiany lokalizacji blizny oprotezowanie po wyleczeniu stanu zapalnego było możliwe. Wyjaśnili, że dłuższe kikuty mają większą siłę przenoszenia, ale gorsze warunki gojenia i ukrwienia. Problemem w przypadku powoda była bolesność kikuta, zwłaszcza na jego szczycie, co zdaniem biegłych mogło wynikać ze stanu zapalnego. W ocenie biegłych amputacja wykonana u powoda umożliwia zaprotezowanie i usprawnienie powoda. W ocenie biegłych powodem wykonania plastyki blizny było jej przerośnięcie i brak ruchomości skóry względem kości, co mogło wynikać ze stanu zapalnego i nie miało związku z charakterem samej operacji amputacji. Były to powikłania po amputacji. Biegli wyraźnie wskazali, że operacje wykonane u powoda były zasadne, ich przeprowadzenie prawidłowe, konieczność amputacji na poziomie podudzia i utrudnienia w protezowaniu nie wynikały z następstw przeprowadzonych operacji, a jedynie z następstw doznanego urazu i powikłań w postaci zapalenia i przerostu blizny. Brak było podstaw do przyjęcia, by zaburzenia adaptacyjne powoda miały związek z procesem terapeutycznym. Również niezdolność do pracy powoda pozostaje w związku ze skutkami przebytego wypadku przy pracy, a nie z prowadzonym leczeniem.

Po ocenie dowodów sąd I instancji poddał ocenie żądania powoda. Wskazał, że przede wszystkim należało rozważyć, czy pozwany odpowiada co do zasady za powstałe u powoda uszczerbki zdrowotne i związane z nimi konsekwencje.

Strona powodowa w niniejszym postępowaniu na podstawie art. 445 § 1 k.c. dochodziła m. in. zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w związku z nieprawidłowo w jej przekonaniu wykonaną amputacją na poziomie 2/5 bliższej części podudzia, która miała miejsce w pozwanym zakładzie opieki zdrowotnej w dniu 12.09.2007 roku. Zgodnie z treścią art. 444 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Natomiast na mocy art. 445 § 1 k.c. w wypadkach przewidzianych w treści w/w przepisu art. 444 k.c. sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Dalej wskazał sąd I instancji, że roszczenie odszkodowawcze może być dochodzone tylko wtedy, gdy zaistnieje zdarzenie, z którym ustawa łączy odpowiedzialność i jedynie w granicach następstw określonych przez konstrukcję adekwatnego związku przyczynowego. Przesłankami odpowiedzialności deliktowej pozostają: bezprawność zawnionego czynu sprawcy, powstanie szkody oraz adekwatny związek przyczynowy istniejący między konkretnym zachowaniem sprawcy a powstałym uszczerbkiem. Czyn sprawcy pociągający za sobą odpowiedzialność musi zatem wykazywać określone cechy odnoszące się do jego strony przedmiotowej i podmiotowej. Chodzi o znamiona niewłaściwości postępowania od strony przedmiotowej, tj. o bezprawność czynu oraz od strony podmiotowej, co określa się jako winę w znaczeniu subiektywnym.

Zgodnie z art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t. j. Dz. U. z 2011 roku, nr 277, poz. 1634 ze zm.), lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Naruszenie zasad wiedzy medycznej oznacza równocześnie naruszenie

obowiązku należytej staranności. Ustawa nie doprecyzowuje, co oznacza pojęcie „należytej staranności”. Należy jednak wskazać, że do obowiązków lekarza należy podjęcie takiego postępowania, które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia (wyrok Sądu Najwyższego z 10 lutego 2010 roku, V CSK 287/09, Lex nr 786561).

Odwołując się do opinii biegłych z (...) M. K. (2) w T. C. M. im. L. R. w B. z 2 kwietnia 2012 roku oraz opinii uzupełniającej z 23 listopada 2012 roku, sąd I instancji ocenił, że decyzja o amputacji na poziomie podudzia była zasadna. U powoda dochodziło bowiem do powikłań w procesie gojenia się kikuta stopy, doszło też do urazu kikuta, był on bolesny. Amputacja miała na celu umożliwienie zaprotezowania kikuta. W ocenie biegłych decyzja o amputacji na poziomie 2/5 bliższej części podudzia mogła wynikać z konieczności uzyskania jak najlepszych warunków ukrwienia kikuta i uzyskania optymalnych warunków gojenia. Dalej uznał, że z dokumentacji medycznej nie wynika, aby operacja amputacji podudzia została przeprowadzona w sposób nieprawidłowy. Podzielił sąd stanowisko biegłych, którzy jednoznacznie stwierdzili, że kikut ma odpowiednią długość nie stanowiącą przeszkody w protezowaniu, zaś procedury i postępowanie pozwanego były prawidłowe. Negatywne następstwa zdrowotne u powoda wynikały z samego urazu i powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza stanu zapalnego, który jednakże nie miał związku z leczeniem operacyjnym jako takim. Stąd uznał, że obecny stan kikuta kończyny, a w szczególności jego długość czy umiejscowienie blizny, nie stanowią przeszkody w jej zaprotezowaniu. Co więcej, powód obecnie korzysta z protezy. Aktualnie kikut kończyny dolnej prawej powoda ma 14 cm i jest prawidłowo ukształtowany, jak i posiada prawidłową ruchomość w stawie kolanowym. Zarówno z opinii biegłych, jak i z zeznań świadka K. K. (1) wynika, że długość kikuta nie była głównym problemem w zaprotezowaniu powoda. K. K. (1) wskazywał, że główną przeszkodę stanowiła bolesność kikuta. Zgodnie z opinią biegłych przyczyną tej dolegliwości nie było błędne wykonanie amputacji kończyny powoda, lecz występowanie stanu zapalnego, które nie wynikało z działania pozwanego. Powikłania po amputacji w postaci tego stanu, które skutkowały przerośnięciem blizny i brakiem ruchomości skóry względem kości, mogą występować u niektórych pacjentów i nie są wynikiem zaistnienia nieprawidłowości podczas zabiegu amputacji. Ostatecznie po wykonaniu plastyki blizny, bez zmiany warunków mięśniowych i bez zmiany lokalizacji blizny oprotezowanie było możliwe i aktualnie powód chodzi w protezie.

W ocenie Sądu Okręgowego na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie może budzić wątpliwości, że brak jest podstaw do przyjęcia, by działania pozwanego doprowadziły do uszczerbku na zdrowiu powoda i powstania dalszych negatywnych konsekwencji tego stanu rzeczy. Działania pozwanego były bowiem prawidłowe i nie noszą cech bezprawności. Tym samym brak jest adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy dokonaną w pozwanym szpitalu reamputacją, a problemami z zaprotezowaniem. W okolicznościach sprawy lekarzom przeprowadzającym kwestionowany zabieg nie można postawić zarzutu obiektywnie niewłaściwego postępowania ani niezachowania należytej staranności.

Zdaniem sądu I instancji bezspornym było, że sytuacja, w jakiej znalazł się powód bezpośrednio po wypadku oraz w okresie leczenia była bardzo ciężka, także jego obecne położenie, z uwagi na niepełnosprawność, jest trudne. Jednakże w ocenie Sądu Okręgowego subiektywne przekonanie powoda odnośnie przyczyn jego stanu zdrowia nie może zastąpić kompleksowej oceny prawidłowości działań operacyjnych i leczniczych pozwanego, uzyskanych przy pomocy biegłych odpowiednich specjalności, posiadających niezbędny zakres wiedzy fachowej. Przeciwnie stanowisko powoda nie może w ustalonym stanie faktycznym sprawy determinować jej rozstrzygnięcia. Materiał dowodowy w sprawie wskazuje na to, że w pozwanym szpitalu wobec powoda podjęto właściwe i zgodne ze wskazaniem wiedzy medycznej procedury, aby uzyskać jak najlepsze warunki ukrwienia kikuta i uzyskania optymalnych warunków gojenia, a co za tym idzie, umożliwić zaprotezowanie powoda w przyszłości.

W konsekwencji na mocy art. 415 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz art. 445 § 1 k.c. a contrario Sąd oddalił roszczenie powoda o przyznanie zadośćuczynienia w całości jako niezasadne z powyżej wskazanych przyczyn.

Odnosząc się do żądania renty z tytułu częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej oraz zwiększenia się potrzeb i zmniejszenia się widoków powodzenia na przyszłość (z art. 444 § 2 k.c.), podobnie jak przy żądaniu zadośćuczynienia

jest uprzednie stwierdzenie odpowiedzialności pozwanego jako sprawcy szkody. Jak zaś już wskazano powyżej, oceniając zasadność roszczenia o zadośćuczynienie, w sprawie nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego. Zabieg przeprowadzony w dniu 12 września 2007 roku, którego prawidłowość kwestionował pozwany, został przeprowadzony zgodnie z wiedzą lekarską, w celu poprawienia stanu zdrowia powoda i umożliwienia zaprotezowania kończyny. Częściowa utrata przez powoda zdolności do pracy, a także ewentualne zwiększenie się jego potrzeb lub zmniejszenie widoków powodzenia na przyszłość nie wynika z zabiegu operacyjnego z dnia 27 września 2006 roku. Powikłania, które nastąpiły po amputacji nogi, nie wynikały z nieprawidłowego działania pozwanego, co czyni również żądanie zasądzenia renty nieuzasadnionym.

Powód domagał się także zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 19a ust. 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 roku, nr 14, poz. 89 ze zm.) wskazując, że został poddany zabiegowi nie odpowiadającemu w danych okolicznościach wymaganiom wiedzy medycznej. Zgodnie z tym przepisem w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1-4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Regulacja ta utraciła moc w dniu 5 czerwca 2009 roku i została zastąpiona przez art. 4 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz. U. z 2012 roku, poz. 159 ze zm.), jednak wobec braku przepisów przejściowych w niniejszej sprawie należy stosować przepis obowiązujący w chwili zaistnienia spornego zdarzenia, tj. w dniu 12 września 2007 roku, w którym doszło do reamputacji kończyny powoda. Artykuł 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej służy cywilnoprawnej ochronie dóbr osobistych pacjenta i odsyła w tym zakresie do art. 448 k.c. Co prawda żądanie odszkodowania oraz zadośćuczynienia oparte o treść art. 415 k.c. oraz żądanie zadośćuczynienia z tytułu naruszenia praw pacjenta z art. 448 k.c. to dwa samodzielne i niezależne roszczenia, mające odrębne umocowanie prawne, to w ocenie sądu I instancji przesłanką odpowiedzialności z art. 448 k.c. jest nie tylko bezprawne, ale też i zawinione działanie sprawcy naruszenia dobra osobistego. W niniejszej sprawie pozwany nie doprowadził do powstania negatywnych następstw zdrowotnych u powoda, jego działania nie były bezprawne, zaś lekarze działali z zachowaniem należytej staranności zawodowej. Tym samym prawa powoda jako pacjenta nie zostały naruszone, co uzasadniało oddalenie także ww. żądania zasądzenia zadośćuczynienia (art. 19 ust 1 pkt 1 ww. ustawy).

Analogicznie Sąd Okręgowy uznał za bezzasadne również żądanie ustalenia, że pozwany będzie odpowiadał za następstwa wynikające z dokonanej reamputacji, mogące powstać wobec powoda w przyszłości. Podstawę prawną wskazanego żądania stanowi art. 189 k.p.c., zgodnie z którym powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Wobec ustalenia, że w niniejszej sprawie nie zostały spełnione przesłanki uzasadniające odpowiedzialność pozwanego w związku z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym z dnia 12.09.2007 roku brak było również podstaw do ustalenia odpowiedzialności pozwanego na przyszłość za następstwa dokonanej reamputacji, co było równoznaczne z brakiem po stronie powoda interesu prawnego w żądaniu dokonania takiego ustalenia.

Mając powyższe na uwadze sąd I instancji w punkcie pierwszym wyroku oddalił powództwo na podstawie art. 415 k.c. w zw. z art. 444 k.c., art. 445 § 1 k.c., art. 189 k.p.c. i art. 448 k.c. w zw. z art. 19a ust. 1 w zw. z art. 19 ust 1 pkt 1 ustawy z 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. dz. U. z 2007 roku, nr 14, poz. 89 ze zm.). a contrario uznając je za niezasadne.

O kosztach procesu orzekł sąd I instancji w punkcie drugim wyroku na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z art. 98 k.p.c. oraz art. 102 k.p.c. W jego ocenie zasadnym pozostawało odstąpienie od obciążania powoda kosztami procesu mimo niekorzystnego dla niego wyniku postępowania z uwagi na szereg istotnych okoliczności dotyczących jego sytuacji materialnej, osobistej i zdrowotnej. Przede wszystkim Sąd miał na uwadze charakter niniejszej sprawy dotyczącej tak istotnego dobra osobistego jakim jest zdrowie. Niewątpliwie sytuacja powoda związana z wypadkiem, któremu uległ i jego konsekwencjami była bardzo trudna. Powód stał się osobą niepełnosprawną, która musi na co dzień zmagać się z wieloma trudnościami. Ocena źródła problemu stanowiącego początkowo przeszkodę w zaprotezowaniu oraz jego charakteru niewątpliwie wymagała wiedzy specjalnej, której powód nie posiadał. Ponadto uzyskał on informacje, iż występujące w zaprotezowaniu trudności mogą wynikać z wadliwie przeprowadzonego zabiegu, których sam nie



był w stanie zweryfikować. W tym stanie rzeczy, biorąc pod uwagę okoliczność, że w wykazanej w sprawie sytuacji materialnej powód posiada na utrzymaniu dwoje dzieci, jest zadłużony w związku z ponoszeniem kosztów bieżącego utrzymania oraz protez, zaś niezbędne dla jego normalnego funkcjonowania zaopatrzenie ortopedyczne w znacznej części nie jest refundowane, sąd I instancji za zasadne uznał odstąpienie od obciążania powoda wskazanymi kosztami ze względów słuszności. Jednocześnie Sąd Okręgowy zważył, że w przedstawionych okolicznościach samoistnie okoliczność, że pozwany szpital boryka się z problemami finansowymi, nie stanowi wystarczającej podstawy do nałożenia na powoda obowiązku ich zwrotu stronie przeciwnej. Sytuację osobistą i zdrowotną powoda należy bowiem ocenić jako szczególną, zwłaszcza iż ocena zasadności zgłaszanych przez niego roszczeń wymagała wiedzy specjalnej z zakresu medycyny.

Apelację od tego wyroku wywiódł powód zaskarżając go w części, tj. co do punktu I wyroku oddalającego powództwo.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucał skarżący:

1) naruszenie przepisów prawa procesowego art. 233 k.p.c. poprzez:

a) brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonanie jego oceny przy nieuwzględnieniu opinii lekarskiej ordynatora chirurgii urazowej i ortopedii dr nauk med. J. H. (1) z dnia 24 kwietnia 2009r. oraz dokumentacji medycznej z (...) Centrum (...) w G., prowadzące do nieuzasadnionego uznania, iż operacja amputacji podudzia została przeprowadzona w sposób prawidłowy oraz że brak jest informacji, aby kość podudzia została ścięta nieprawidłowo,

b) dokonanie oceny materiału dowodowego niezgodnie z zasadami logii i doświadczenia życiowego polegające na odmówieniu wiarygodności prywatnej opinii lekarskiej ordynatora chirurgii urazowej i ortopedii dr nauk med. J. H. (1) z dnia 24 kwietnia 2009r. jedynie z powodu, iż stoi ona w sprzeczności z konkluzjami biegłych sądowych,

c) brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego poprzez przyjęcie, iż oceny brzegu kości po przeprowadzonej operacji amputacji podudzia można dokonać jedynie na podstawie badania RTG kikuta w rzucie bocznym, podczas gdy wniosek ten stoi w sprzeczności z historią choroby z (...) Centrum (...) w G.,

d) brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego poprzez zaniechanie zweryfikowania czy u powoda występuje gorsze niż przy podobnej długości kikutach ukrwienie i utrudniony proces gojenia kikuta,

e) błędne, sprzeczne z zasadami logicznego rozumowania, przyjęcie, iż nieprawidłowe umiejscowienie blizny na szczycie kikuta mogło wynikać z urazu kikuta z dnia 11 grudnia 2006r., podczas gdy uraz kikuta w wyniku upadku z dnia 11 grudnia 2006r. nie mógł negatywnie wpłynąć na gojenie się kikuta po reamputacji z dnia 12 września 2007r. i problemy powoda z oprotezowaniem nogi, albowiem nastąpił 10 miesięcy przed operacją,

f) błędną ocenę dowodu z opinii biegłych poprzez przyjęcie, iż umiejscowienie blizny po amputacji nie stanowiło głównego problemu w zaprotezowaniu, podczas gdy z tej samej opinii biegłych, historii choroby z (...) Centrum (...) w G. oraz zeznań specjalisty chirurgii urazowo - ortopedycznej świadka dr W. S. (1) wynika, iż dopiero przeprowadzenie plastyki skórnej blizny pozwoliło na oprotezowanie powoda,

g) nieznajdujące oparcia w zgromadzonym materiale dowodowym przyjęcie, iż powodowi zdarzały się wielokrotne upadki powodujące uraz kikuta mające wpływ na przemieszczenie się mięśni i blizny kikuta, podczas gdy okoliczności faktyczne sprawy wskazują, iż powód upadł na kikut jednokrotnie, tj. dnia 11 grudnia 2006r.,

h) błędną ocenę materiału dowodowego polegającą na przyjęciu, iż przerośnięcie blizny i brak ruchomości skóry z blizną względem kości nie były związane z charakterem samej amputacji podudzia, lecz z powikłaniami po amputacji, podczas gdy z zebranego w sprawie materiału dowodowego, zwłaszcza z dokumentacji z (...) Centrum (...) w G., zeznań specjalisty chirurgii urazowo - ortopedycznej świadka dr W. S. (1), zeznań świadka K. K. (1) oraz zdjęć zrobionych przez powoda po operacji z dnia 12 września 2007r., wynika iż przerośnięcie blizny i brak ruchomości skóry z blizną względem kości były bezpośrednim skutkiem nieprawidłowej amputacji podudzia,

i) błędną ocenę materiału dowodowego polegającą na odmowie uznania za wiarygodne twierdzeń o krwawieniu spowodowanym pozostawieniem odłamów kostnych w kikucie, podczas gdy twierdzenia te wynikają z opinii lekarskiej ordynatora chirurgii urazowej i ortopedii dr nauk med. J. H. (1) z dnia 24 kwietnia 2009r. oraz badania USG kikuta podudzia prawego z dnia 23 lipca 2008r.,

j) błędną ocenę dowodu z zeznań świadka K. K. (1) poprzez nieuzasadnione przyjęcie, iż:

- długość kikuta i jego kształt nie stanowią przeszkody w prawidłowym zaopatrzeniu ortopedycznym powoda, podczas gdy świadek wskazał, iż standardowo proteza tymczasowa zastępowana jest przez protezę stałą najpóźniej po 9 miesiącach od amputacji, natomiast w przypadku powoda zaprotezowanie na stałe miało miejsce dopiero po 25 miesiącach po amputacji, przy czym nie byłoby to możliwe bez uprzedniego przeprowadzenia plastyki blizny,

- spostrzeżenia świadka w pełni korelują z wnioskami opinii biegłych, podczas gdy świadek, w przeciwieństwie do biegłych, nie wykluczył nieprawidłowej długości kikuta jako przyczyny problemów w oprotezowaniu powoda,

k) błędną ocenę dowodu z zeznań świadka W. S. (1) poprzez odmówienie im waloru wiarygodności, przede wszystkim z tego powodu, iż pozostają w sprzeczności z wnioskami opinii biegłych,

l) błędną ocenę dowodu z zeznań świadka W. D. (1) poprzez uznanie ich za wiarygodne w całości, podczas gdy świadek ten stwierdza, iż blizna poamputacyjna powoda mogła się przemieścić, co pozostaje w sprzeczności z zebrany w sprawie materiałem dowodowym wskazującym, iż skóra w miejscu amputacji przyrosła do kości, zatem przemieszczenie się blizny było fizycznie nie możliwe,

m) nieuzasadnioną odmowę wiarygodności dowodom z dokumentacji lekarskiej z (...) Centrum (...) w G. przy jednoczesnym uznaniu za wiarygodną dokumentacji lekarskiej przedłożonej przez pozwaną, a w konsekwencji wyprowadzenie na podstawie tych dokumentacji wniosku, iż amputacji dokonano ze skośnym przecięciem kości, podczas gdy żadna z tych dokumentacji nie potwierdza tego twierdzenia, a wręcz historia choroby z (...) Centrum (...) w G. wskazuje, iż brak było skośnego przecięcia kości,

n) nieprawidłowe ustalenie, iż prawidłowy, tj. w ocenie Sądu mioplastyczny, charakter kikuta wynikał z opisu przeprowadzenia operacji z dnia 12 września 2007r. znajdującego się w dokumentacji medycznej, podczas gdy opis tej operacji jest niezgodny z definicją operacji mioplastycznej zaprezentowanej przez biegłych w swojej opinii (str. 22),

2) naruszenie art. 328 § 2 k.p.c. poprzez:

a) zaniechanie ustosunkowania się w jakikolwiek sposób do wskazania przez biegłych, iż należy sprawdzić czy u powoda występuje gorsze niż przy podobnej długości kikutach ukrwienie i utrudniony proces gojenia kikuta,

b) poczynienie przez Sąd ustaleń faktycznych bez jednoznacznego wskazania dowodów, z których je wyprowadził, albowiem Sąd podkreśla negatywny wpływ urazów na gojenie się kikuta powoda i problemy z jego protezowaniem, określając jako uraz zarówno wypadek powoda przy pracy, jak i upadek na kikut, nie wskazując przy tym które konkretnie zdarzenie w ocenie Sądu pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z problemem protezowania powoda,

3) naruszenie art. 232 k.p.c. poprzez:

a) niedopuszczenie z urzędu dowodu badania RTG, albowiem uzupełnienie obszernego materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie o wskazane badanie RTG mogłoby wpłynąć diametralnie na okoliczności faktyczne ustalone w sprawie i doprowadzić do uwzględnienia powództwa w całości,

b) niedopuszczenie z urzędu dowodu z opinii biegłych na okoliczność sprawdzenia czy u powoda występuje gorsze niż przy podobnej długości kikutach ukrwienie i utrudniony proces gojenia kikuta, albowiem dowód ten był niezbędny do miarodajnej oceny zasadności wytoczonego powództwa,

- c) zaniechanie poczynienia wyjaśnienia autorstwa prywatnej opinii lekarskiej z dnia 24 kwietnia 2009r.,
- 4) naruszenie art. 231 k.p.c. poprzez sprzeczne z zasadami logiki wywnioskowanie przez Sąd, iż skoro powód nie zgłasza zastrzeżeń do opinii biegłych, to rezygnuje z przedstawienia dalszych dowodów na poparcie swoich twierdzeń, w tym zdjęć RTG,
- 5) naruszenie art. 217 § 1 w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez przedwczesne oddalenie na rozprawie w dniu 19 lutego 2013r. wniosku powoda o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego z zakresu rehabilitacji, albowiem Sąd uzasadniając oddalenie powyższego wniosku wskazał, iż nie można stwierdzić odpowiedzialności pozwanego jako sprawcy szkody, podczas gdy do poczynienia takich ustaleń Sąd uprawniony było dopiero na etapie rozstrzygania sprawy wyrokiem, a także poprzez przyjęcie, iż przeprowadzenie powyższego dowodu nie miało znaczenia dla sprawy, podczas gdy przedmiotem tego dowodu miały być okoliczności istotne dla ustalenia zakresu, czasu trwania, kosztów i prognoz związanych z rehabilitacją powoda,
- 6) naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. art. 444 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c., art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 19a ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej poprzez ich niewłaściwe zastosowanie, polegające na przyjęciu, iż nie zachodzą przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej, pomimo iż z okoliczności faktycznych sprawy wynika, iż lekarze przeprowadzający w dniu 12 września 2007r. w pozwanym szpitalu zabieg reamputacji podudzia, dokonali przedmiotowy zabieg powoda w sposób nieprawidłowy i sprzeczny z zasadami sztuki lekarskiej, co pozostaje w bezpośrednim związku przyczynowo - skutkowym z cierpieniem i krzywdą powoda związaną z problemami w oprotezowaniu,
- 7) naruszenie przepisu art. 444 § 2 k.c. i art. 189 k.p.c. poprzez ich niezastosowanie, pomimo iż w świetle odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej z tytułu nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu reamputacji podudzia w dniu 12 września 2007r., roszczenie powoda o zasądzenie renty oraz ustalenie odpowiedzialności pozwanej na przyszłość należało uznać za zasadne,
- 8) naruszenie art. 6 k.c. poprzez przyjęcie, iż powód nie wykazał inicjatywy dowodowej w zakresie udowodnienia twierdzenia o braku skośnego przecięcia kości, podczas gdy fakt ten wprost wynika z opinii lekarskiej ordynatora chirurgii urazowej i ortopedii dr nauk med. J. H. (1) z dnia 24 kwietnia 2009r. oraz dokumentacji medycznej z (...) Centrum (...) w G..

Ponadto apelujący wnosił o przeprowadzenie następujących dowodów:

- 1) z nowej opinii innego biegłego lekarza z zakresu chirurgii urazowej i traumatologii narządów ruchu na okoliczność: nieprawidłowości przeprowadzenia przez pracownika pozwanego reamputacji podudzia powoda w dniu 12 września 2007r., sprzeczności reamputacji podudzia powoda w dniu 12 września 2007r. z zasadami wiedzy medycznej, przyczyn problemów oprotezowania kikuta powoda, konieczności przeprowadzenia plastyki kikuta celem prawidłowej oprotezowania powoda, możliwości wystąpienia negatywnych konsekwencji nieprawidłowej reamputacji podudzia powoda w dniu 12 września 2007r. w przyszłości, uszczerbku na zdrowiu jakiego doznał powód w następstwie reamputacji z dnia 12 września 2007r.
- 2) z opinii biegłego lekarza sądowego z zakresu rehabilitacji ogólnej na okoliczność: zakresu koniecznej rehabilitacji powoda w związku z przeprowadzeniem nieprawidłowej reamputacji podudzia powoda w dniu 12 września 2007r. przez pracownika pozwanego, dodatkowych dolegliwości związanych z przeprowadzeniem rehabilitacji, czasu trwania i potencjalnych miejsc rehabilitacji, kosztów rehabilitacji, prognozy poprawy stanu powoda w związku z przeprowadzeniem rehabilitacji,
- 3) z dokumentu: opinii lekarskiej ordynatora chirurgii urazowej i ortopedii dr nauk med. J. H. (1) z dnia 24 kwietnia 2009r. na okoliczność: nieprawidłowego przeprowadzenia reamputacji podudzia w dniu 12 września 2007r., przyczyn problemów oprotezowania kikuta powoda.

Powód wskazywał, że powołanie nowych dowodów wynika bezpośrednio z treści wydanego orzeczenia. Ustalenie przez Sąd, iż działania pozwanego nie doprowadziły do uszczerbku na zdrowiu powoda dało asumpt do podniesienia dowodów wskazujących na nieprawidłowość przeprowadzenia reamputacji podudzia w dniu 12 września 2007r. oraz na przyczyny problemów oprotezowania kikutu powoda.

We wnioskach apelacyjnych skarżący domagał się zmiany zaskarżonego wyroku w części co do punktu I poprzez uwzględnienie powództwa w całości i zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, zarówno za pierwszą, jak i za drugą instancję, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania przy uwzględnieniu kosztów postępowania odwoławczego.

Strona pozwana w odpowiedzi na apelację wносиła o jej oddalenie i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg. norm przepisanych.

Nadto strona pozwana wносиła o oddalenie wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z nowej opinii innego biegłego lekarza z zakresu chirurgii urazowej i traumatologii narządów ruchu jako bezzasadnego, a nadto spóźnionego w świetle art. 381 k.p.c. i nie spełniającego wymogów art. 398 § 4 k.p.c.,

- oddalenie wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii lekarza sądowego z zakresu rehabilitacji ogólnej jako bezskutecznego z mocy art. 162 k.p.c. i oczywiście bezzasadnego,

- uznanie za spóźnione na gruncie art. 381 k.p.c. i niespełniające wymogów art. 398 § 4 k.p.c. ujawnienie autorstwa pisma z dnia 24 kwietnia 2009r. zatytułowanego opinia lekarska dopiero w apelacji jak też złożenie tego pisma z podpisem osoby od której pochodzi dopiero jako załącznika do apelacji.

### ***Sąd Apelacyjny zważył co następuje :***

Apelacja nie była zasadna.

Zgodnie z art. 382 k.p.c. postępowanie apelacyjne polega na merytorycznym rozpoznaniu sprawy, a wydane orzeczenie musi opierać się na jego własnych ustaleniach faktycznych i prawnych sądu II instancji. Mając na uwadze ekonomikę procesową sąd II instancji pragnie wskazać, że wydane przez siebie orzeczenie oparł na prawidłowo dokonanych ustaleniach faktycznych sądu I instancji, które to ustalenia aprobuje i przyjmuje za własne, jak również zastosowaną przez ten sąd wykładnię prawa materialnego i procesowego. Mając to na uwadze sąd drugiej instancji uznał za zbyt częste powtarzanie ustaleń i oceny prawnej dokonanych przez sąd I instancji (patrz wyrok SN z dnia 16 lutego 2005r., sygn. akt IV CK 526/04).

Na wstępie Sąd Apelacyjny pragnie odnieść się do zarzutów z pkt 3 apelacji powoda co do dopuszczenia się przez sąd I instancji naruszenia art. 232 k.p.c.

Powoływanie dowodów w postępowaniu apelacyjnym podlega ograniczeniom wynikającym z uregulowania art. 381 k.p.c. Celem takiej regulacji jest potrzeba skoncentrowania postępowania dowodowego w pierwszej instancji. Powołanie w apelacji nowych dowodów wymaga wykazania, że ich powołanie przed sądem pierwszej instancji nie było możliwe, albo że potrzeba powołania się na nie wynikała później. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, że występujący w przepisie art. 368 § 1 pkt 4 k.p.c. zwrot: "potrzeba powołania się na nowe fakty i dowody wynika później", należy pojmować w ten sposób, że "potrzeba" ta ma być następstwem zmienionych okoliczności sprawy, które są niezależne od zapadłego rozstrzygnięcia pochodzącego od sądu pierwszej instancji. Tymczasem powód wyraźnie uzasadnia swoje stanowisko w apelacji w tym zakresie tym że: „powołanie nowych dowodów wynika bezpośrednio z treści wydanego orzeczenia ” co nie może stanowić podstawy do zgłoszenia nowych wniosków dowodowych. Sąd dowód z prywatnej opinii dr. nauk med. J. H. należało uznać za spóźniony i nie mogący stanowić o podstawie rozstrzygnięcia. Na marginesie należy wskazać, że Należy także podnieść, że znaczenie dowodowe jakie powód przypisuje w apelacji tej opinii jest bezzasadne. Przedłożony dokument jest opinią prywatną, przeprowadzoną na

zlecenie strony, który nie ma waloru dowodu z opinii biegłego sądowego, o którym mowa w art. 278 i n. k.p.c., który to dowód (wyłącznie) może stanowić podstawę ustaleń faktycznych w sprawie, które wymagają wiadomości specjalnych.

Ponadto zarzucane w apelacji co do tego dowodu naruszenie art. 233 k.p.c., wskutek nieuwzględnienia ocen i informacji zawartych w złożonym w postępowaniu I instancyjnym piśmie niepodpisany piśmie są całkowicie bezzasadne. Fakt ujawnienia dopiero w apelacji, autora tego pisma potwierdza jedynie, że pismo to w postępowaniu I instancyjnym nie spełniało nawet przesłanek dokumentu prywatnego, bowiem dokumenty niepodpisane nie stanowią dokumentu w rozumieniu art. 245 k.p.c. (tak też wyrok SN z dnia 9 grudnia 1980 r., II URN 171/80, OSP 1981, z. 7, poz. 126). Należy zgodzić się ze stanowiskiem strony pozwanej, że dokument ten budzi wątpliwości co wiarygodności informacji w nim zawartych o sposobie i przebiegu dotychczasowego leczenia powoda, jakie legły u podstaw do wyrażenia ocen w nim zawartych. Podnieść należy, że ujawnienie w apelacji, że pismo to jest autorstwa lekarza z E. dr J. H. (1) i zaopatrzenie pisma w pieczęć ordynatora oddziału chirurgii urazowej i ortopedii nie tylko nie wpływa na wiarygodność pisma, a wręcz przeciwnie budzi jeszcze większe wątpliwości. Używanie przez lekarza pieczęci z nazwą stanowiska ordynatora jest uzasadnione wyłącznie w dokumentach dotyczących leczenia pacjenta w szpitalu zatrudniającym tego lekarza na stanowisku ordynatora. Tymczasem w toku całego procesu powód nie ujawnił, że w 2009 roku był pacjentem oddziału chirurgii urazowej i ortopedii Szpitala w E. i jakiemu leczeniu był poddany. Poza tym zawarta w tym piśmie informacja o usuwaniu narośli kostnych w szpitalu (...), którą powód wykorzystuje w apelacji do formułowania zarzutów przeciw pozwanej, nie znajduje żadnego potwierdzenia w innych dowodach, w tym dokumentacji (...) Centrum (...) w G. i zeznaniach lekarza z tego Szpitala dr S., który wyraźnie stwierdził, że zabieg plastyki kikuta przeprowadzony w (...) Centrum (...) wykonany był wyłącznie w obrębie tkanek miękkich a nie kości. Nadto, jak świadek ten zeznał, podczas tego zabiegu wycięto całą istniejącą bliznę pooperacyjną powstałą po zabiegu reamputacji u pozwanego wraz z częścią blizn podskórnych i ranę zamknięto warstwowo. W tych okolicznościach kształt kikuta i wygląd blizny w dacie sporządzenia pisma tj. z 24 kwietnia 2009 roku był już skutkiem zabiegu wykonanego w (...) w G. w 2008r., nadto powikłanego trwającym kilka miesięcy stanem zapalnym po tym zabiegu, nie zaś zabiegu przeprowadzonego u pozwanego 12 września 2007r.

Wbrew zarzutom powoda ocena tego dokumentu dokonana przez Sąd Okręgowy była prawidłowa i w pełni uzasadniona. To, jakie znaczenie dowodowe ma dokument, tym bardziej niepodpisany przez jego wystawcę, sąd ocenił zgodnie z art. 233 k.p.c. w kontekście całokształtu zebranego materiału dowodowego. Sąd Okręgowy uznając pismo z 24 kwietnia 2009r. za niewiarygodne wyczerpująco ocenę tę uzasadnił wskazując, wbrew temu co twierdzi, nie tylko na jej sprzeczność z opinią biegłych sądowych lecz także na brak wskazania w oparciu o jaką dokumentację medyczną opinia została wydana oraz brak uzasadnienia zawartych w niej wniosków. Sąd prawidłowo podkreślił również brak autorstwa.

W konsekwencji tego niezasadne były też zarzuty apelującego odwołujące się do tego dowodu zawarte w pkt 1 a i 1 b i 1i zarzutów apelacji.

Co pozostałych zarzutów z pkt 3 a i b i 8 (zarzuty o niedopuszczeniu przez sąd dowodów z urzędu i naruszeniu art. 6 k.c.) to również nie były zasadne. Na wstępie należy wskazać reguły dowodzenia w procesie cywilnym (art. 6 k.c. i art. 232 k.p.c.) zobowiązują strony do wskazywania dowodów, z których wywodzą one skutki prawne. Jego istota sprowadza się do ryzyka poniesienia przez stronę ujemnych konsekwencji braku wywiązania się z powinności przedstawienia dowodów. Skutkiem braku wykazania przez stronę prawdziwości twierdzeń o faktach istotnych dla sprawy jest tylko to, że twierdzenia takie zasadniczo nie będą mogły leżeć u podstaw sądowego rozstrzygnięcia. Strona, która nie udowodni przytoczonych twierdzeń, utraci korzyści, jakie uzyskabyłaby aktywnym działaniem. Skoro w tej sprawie strona powodowa twierdziła, że amputacji u pozwanej w 2007r. nie dokonano ze skośnym przecięciem kości i z faktu tego wywodziła dalsze skutki prawne i mając o tym wiedzę (albowiem tak twierdził świadek dr W. S., a pośrednio też wynikało to z opinii biegłych sądowych, którzy wskazywali, że wymagałoby to badania RTG w rzucie bocznym, którego nie było) i na etapie postępowania I instancyjnego nie zgłasza ostatecznie uwag do opinii biegłych, jak i nie wносиła o przeprowadzenie takiego dowodu, to zgłoszenie tego dowodu o przeprowadzenie badania w postępowaniu apelacyjnym należało uznać za spóźnione na gruncie art. 381 k.p.c.

Również takie stanowisko procesowe powoda w postępowaniu I instancyjnym czyniło niezasadnym zarzut co do naruszenia zdania drugiego art. 232 k.p.c. stanowiącego, że sąd może dopuścić dowód niewskazany przez strony. Zapis taki nie oznacza, iż sąd zobowiązany jest do zastąpienia własnym działaniem bezczynności strony. Skorzystanie przez sąd z uprawnienia dopuszczenia dowodu z urzędu może mieć miejsce wyjątkowo, np. wówczas, gdy z już przeprowadzonych dowodów wynika w sposób oczywisty, że orzeczenie będzie sprzeczne z przepisami prawa materialnego. Za dopuszczeniem dowodu z urzędu może przemawiać także wzgląd na interes publiczny, który przejawia się szczególnie w sprawach rozpoznawanych w trybie postępowania nieprocesowego. Niczym nieusprawiedliwiona bezczynność strony w zakresie inicjatyw dowodowych przynieść może ujemny dla niej skutek związany ze stanem nieudowodnienia powoływanych faktów, bez możliwości wykazywania sądowi naruszenia art. 232 zdanie drugie k.p.c.

Należy też wskazać, że powód nie zgłaszał też wniosku o przeprowadzenie dowodu z nowej opinii innego biegłego w postępowaniu przed Sądem Okręgowym i nie wnosił zastrzeżeń do uzupełnionej pisemnej opinii, sporządzonej na te same okoliczności przez biegłych specjalistów z (...) M. K. (2) w T. C. M. im. L. R. w B.. Zgodnie z poglądem utrwalonym w orzecznictwie bierność strony na etapie postępowania pierwszoinstancyjnego, obliguje Sąd Apelacyjny na podstawie art. 381 k.p.c. do pominięcia faktów i dowodów wskazanych dopiero na etapie postępowania apelacyjnego. Tak więc wniosek powoda zgłoszony w apelacji nie miał uzasadnionych podstaw. O ewentualnym dopuszczeniu dowodu z opinii innego biegłego na te same okoliczności nie może decydować wyłącznie wniosek strony, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty podważające miarodajność dotychczasowej opinii lub co najmniej miarodajność tę poddające w wątpliwość. W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem. Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem powołanie innego biegłego nie może bowiem wynikać z samego tylko niezadowolenia strony z dotychczasowej złożonej opinii ani z przeświadczenia strony, że dalsze opinie pozwolą na udowodnienie korzystnej dla strony tezy (tak też wyrok SN z dnia 5 listopada 1974 r., I CR 562/74, LEX nr 7607por. wyrok SN z dnia 27 czerwca 2001 r., II UKN 446/00, OSNAPiUS 2003, nr 7, poz. 182).

Na marginesie należy jedynie podnieść, że zdaniem sądu II instancji, nic nie stało na przeszkodzie o ile strona uważała ten dowód za istotny, wykonała takie badanie we własnym zakresie i przedstawiła na poparcie swych twierdzeń w związku ze zmianą stanowiska do opinii biegłych, co jednak nie miało miejsca. Tym samym też niezasadny był zarzut z pkt 1 c zarzutów apelacji o braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego poprzez przyjęcie, iż oceny brzegu kości po przeprowadzonej operacji amputacji podudzia można dokonać jedynie na podstawie badania RTG kikuta w rzucie bocznym, podczas gdy wniosek ten stoi w sprzeczności z historią choroby z (...) Centrum (...) w G., albowiem w dokumentacji tej brak takiego badania RTG.

W związku z omawianą kwestią należało odnieść się do zarzutu z pkt 4 (naruszenie art. 231 k.p.c. poprzez sprzeczne z zasadami logiki wnioskowanie przez sąd I instancji, że skoro powód nie zgłaszał zastrzeżeń do opinii biegłych, to rezygnuje z przedstawienia dalszych dowodów na poparcie swoich twierdzeń, w tym zdjęć RTG). Zarzut ten był niezasadny. Podnieść należy brak jakiegokolwiek związku tego zarzutu z wskazanym przepisem zawierającym definicję ustawową domniemania faktycznego, rozumianego w nauce jako sąd, którego treścią jest uznanie określonego faktu, istotnego dla rozstrzygnięcia danej sprawy za ustalony, jeżeli wniosek taki można wyprowadzić w oparciu o zasady logiki i zasady doświadczenia z innych, ustalonych już faktów.

Również wniosek o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego lekarza sądowego z zakresu rehabilitacji ogólnej był pozbawiony uzasadnionych podstaw, a nadto niedopuszczalny w świetle art. 162 k.p.c. , gdyż powód wcześniej nie wniósł zastrzeżeń do protokołu rozprawy z powodu odmówienia przeprowadzenia tego dowodu przez Sąd Okręgowy. Wbrew stanowisku powoda Sąd Okręgowy z mocy art. 217 § 3 k.p.c. i 227 k.p.c. był uprawniony do weryfikacji przydatności zgłoszonych dowodów i do oddalenia tego wniosku dowodowego, jako skutku wyjaśnienia okoliczności spornych i przeprowadzonej oceny istotności okoliczności faktycznych co do istnienia podstaw odpowiedzialności strony pozwanej. Skoro sąd nie znajdował takich podstaw to zbytecznym było prowadzenie dalszych dowodów, których celem byłoby ustalanie wysokości szkody po stronie powoda. W tym stanie rzeczy niezasadny był zarzut z pkt 5.

Odnosząc się z kolei do dalszych zarzutów za niezasadny uznał Sąd Apelacyjny zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c.. Wytknięcie wadliwego sporządzenia uzasadnienia zaskarżonego orzeczenia może okazać się zasadne tylko wówczas, gdy z powodu braku w uzasadnieniu elementów wymienionych w art. 328 § 2 k.p.c. zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli instancyjnej. Tymczasem uzasadnienie orzeczenia sądu I instancji zostało sporządzone zgodnie z wymogami tego przepisu i nie zawiera braków uniemożliwiających poznanie motywów rozstrzygnięcia, jak dokonania kontroli instancyjnej.

Nie podziela sąd II instancji stanowiska apelującego by Sąd Okręgowy dokonał ustaleń faktycznych bez jednoznacznego wskazania dowodów, z których je wyprowadził, szczególnie w zakresie określenia negatywnych wpływów urazów na gojenie się kikuta powoda i problemów z jego protezowaniem (ten sam zarzut powód ponosił w pkt 1 g). Należy wskazać, że w ocenie sądu II instancji apelujący wadliwie odczytuje argumentację sądu I instancji dotyczącą tej kwestii. Sąd ten na str. 8 uzasadnienia w akapicie ostatnim mówiąc o urazach i powikłaniach odnosi to do okresu sprzed reamputacji (12.09.2007r.), a nie po tym zabiegu.

Nie zasadny był też zarzut apelującego mający polegać na zaniechaniu przez sąd I instancji ustosunkowania się w jakikolwiek sposób do wskazania przez biegłych, iż należy sprawdzić czy u powoda występuje gorsze niż przy podobnej długości kikuta ukrwienie i utrudniony proces gojenia kikuta (zarzut ten wyrażony był także w pkt 1d). Po pierwsze sąd II instancji nie znalazł w opinii biegłych takich wskazań biegłych. Natomiast biegli wskazali, że gdyby u powoda nastąpiłyby negatywne następstwa spadku ukrwienia i możliwości gojenia kikuta o wyższych parametrach biomechanicznych to byłoby to w przypadku ich wystąpienia powodem do wykazania nieprawidłowości w postępowaniu operacyjnym, czego jednak nie stwierdzili. Poza tym biegli w swej opinii jednoznacznie wyrazili się co do możliwości zaprotezowania kikuta takiego jaki został ukształtowany u powoda (wnioski w pkt d opinii biegłych k. 22-23).

Odnosząc się z kolei do zarzutów o błędnej ocenie dowodów (pkt 1 j-l) zarzutów apelacji powoda, to w ocenie sądu II instancji były one także niezasadne. Co do oceny dowodu z zez. świadka K. K. i jego uwag to co do możliwości prawidłowego zaopatrzenia ortopedycznego powoda, to jego stanowisko stoi w sprzeczności z opinią biegłych (k. 310 i 317), jak wyrażonym w opinii uzupełniającej (akapit trzeci w punkcie II. WNIOSKI – k.462), którą sąd II instancji podziela. Nadto zwrócić należy uwagę, że świadek, wbrew stanowisku apelującego, nie stwierdził jednoznacznie że przyczyną w prawidłowym oprotezowaniu powoda jest zbyt krótki kikut, a jedynie nie wykluczył nieprawidłowej długości kikuta, jako przyczyny problemów z oprotezowaniem.

Sąd Okręgowy wyczerpująco uzasadnił przyczyny uznania za niewiarygodne z dowodem z opinii biegłych stanowiska dra W. S. z (...) Centrum (...) wyrażanych przed Sądem Okręgowym. Sąd ten zasadnie wskazał, że świadek W. S. nie miał pełnej wiedzy o stanie śródoperacyjnym powoda, w szczególności w zakresie stanu jego tkanek miękkich i kości i nie brał udziału w dotychczasowym leczeniu, stąd jego przekonanie o wadliwości operacji powoda przeprowadzonej u pozwanego nie może być miarodajne.

Co się tyczy zeznań świadka W. D. to wynikająca z nich kwestia umiejscowienia blizny i jej przemieszczania się nie stanowiła przeszkody w oprotezowaniu powoda, a taką przeszkodę stanowiła kwestia stanu zapalnego, który się wytwarzał po amputacji z 12.09.2007r., a przed oprotezowaniem w 2008r. (vide opinia biegłych k. 22 in fine).

Również pozostałe zarzuty powoda dotyczące naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 233 k.p.c. niezasadne i stanowiły jedynie polemikę ze słusznymi i prawidłowymi ustaleniami Sądu Okręgowego. Wbrew zarzutom powoda w pełni uzasadnione było oparcie się przez Sąd Okręgowy w kwestiach medycznych w głównej mierze na dowodzie z pisemnych opinii biegłych specjalistów, w których znalazły się wszelkie informacje konieczne do poczynionych przez Sąd ustaleń. Opinia biegłych oparta została na szczegółowej analizie całości materiału dowodowego, w tym zwłaszcza dokumentacji medycznych z całego procesu leczenia powoda, w tym wbrew temu co twierdzi powód, również na dokumentacji (...) Centrum (...) w G. oraz na przeprowadzonym badaniu powoda. Wnioski zawarte w opinii jak opinii uzupełniającej przeprowadzonej na etapie postępowania II instancyjnego (k.462-3) sformułowane są jednoznacznie, oraz zostały wyczerpująco uzasadnione. Bezzasadne było powoływanie się przez powoda w apelacji na inne oceny

kwestii medycznych m.in. co sposobu reamputacji, nieprawidłowego ścięcia kości podudzia w oparciu o dowody z zeznań świadka dr W. S., długości kikuta czy braku możliwości jego zaprotezowania po reamputacji w oparciu o dowody z zeznań świadka K. K. wobec całościowej oceny tych okoliczności przez lekarzy specjalistów i wydaniu na podstawie tej całościowej analizy jednoznacznej opinii, że zabiegi przeprowadzone przez pozwanego wykonane zostały prawidłowo, wykonana amputacja podudzia umożliwia zaprotezowanie, zaś utrudnienia w protezowaniu nie wynikały z następstw przeprowadzonych operacji u pozwanego, a jedynie z następstw pierwotnego urazu i powikłania w postaci zapalenia i przerostu blizny.

Wydana w sprawie opinia (...) M. K. (2) w T. C. M. im. L. R. w B., sporządzona przez biegłych specjalistów z wielu dziedzin medycyny, w tym biegłego specjalistę z zakresu rehabilitacji zawiera ocenę, że powód wymaga dalszej rehabilitacji usprawniającej. Jednakże wobec jednoznacznej, logicznej i wyczerpująco uzasadnionej oceny, iż zabieg reamputacji przeprowadzony został przez pozwanego prawidłowo, a stan zdrowia powoda jest skutkiem urazu doznanego podczas wypadku przy pracy, a nie skutkiem nieprawidłowego dokonania reamputacji 12.09.2007r.

Niezasadny w okazał się też zarzut, że przerośnięcie blizny i brak ruchomości skóry z blizną względem kości były bezpośrednim skutkiem nieprawidłowej amputacji podudzia (pkt 1 h), oraz że prawidłowy w ocenie Sądu Okręgowy mioplastyczny, charakter kikuta wynikał z opisu przeprowadzenia operacji z dnia 12 września 2007r., podczas gdy opis tej operacji jest niezgodny z definicją operacji mioplastycznej zaprezentowanej przez biegłych w swojej opinii.

Kwestie te wyjaśnili biegli w swej opinii podstawowej (pkt Ad e wniosków k. 23 i pkt Ad c. k. 22) jak i uszczegółowili swe stanowisko w opinii uzupełniającej (k. 462-3). Sąd II instancji podziela to stanowisko i nie znajdując podstaw do jego kwestionowania.

Wobec faktu, że prawidłowe było ustalenie sądu I instancji, że w niniejszej sprawie nie zostały spełnione przesłanki uzasadniające odpowiedzialność pozwanego w związku z przeprowadzonym zabiegiem operacyjnym z dnia 12.09.2007 roku, bezzasadne były zarzuty naruszenia przez sąd I instancji wskazanych przez powoda w apelacji przepisów prawa materialnego. Zarzuty te powód opiera na okolicznościach faktycznych, które nie zostały wykazane w toku postępowania.

Reasumując nie znajdując podstaw do uwzględnienia apelacji sąd II instancji na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił ją.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 102 k.p.c. Przepis art. 102 k.p.c. ustanawia zasadę słuszności, będącą odstępstwem od zasady odpowiedzialności za wynik procesu. Jest rozwiązaniem szczególnym, wykluczającym stosowanie wszelkich uogólnień, wymagającym do swego zastosowania wystąpienia wyjątkowych okoliczności. Artykuł 102 k.p.c. nie wymienia katalogu wypadków szczególnie uzasadnionych umożliwiających odstąpienie od obciążania kosztami procesu, pozostawiając ich kwalifikację, przy uwzględnieniu całokształtu okoliczności danej sprawy, sądowi (tak SN w postanowieniu z dnia 11 lutego 2010 r., I CZ 112/09). Za okoliczności uzasadniające zastosowanie wyrażonej w art. 102 k.p.c. zasady słuszności uważa się przede wszystkim sytuację majątkową strony, jej sytuację życiową, przebieg i charakter toczącego się postępowania. Okolicznością przemawiająca za zastosowaniem w niniejszej sprawie instytucji z art. 102 k.p.c. jest przede wszystkim sytuacja powoda i jego subiektywne przekonanie o wyrządzanej mu krzywdzie w sytuacji w jakiej się znalazł. Za odstąpieniem od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego przemawia jego sytuacja majątkowa.