

Sygn. akt I ACa 58/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 28 kwietnia 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny w składzie:

**Przewodniczący SSA Anna Beniak**

**Sędziowie SA Joanna Walentkiewicz – Witkowska**

**SA Krystyna Golinowska (spr.)**

Protokolant stażysta Lidia Milczarek

po rozpoznaniu w dniu 19 kwietnia 2016 r. w Łodzi na rozprawie

sprawy z powództwa **P. S. (1)**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) im. (...) w Ł. - (...) Szpitalowi (...)**

o zadośćuczynienie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 4 listopada 2014 r. sygn. akt II C 1567/14

1. **oddala apelację;**

2. **nie obciąża powoda kosztami postępowania apelacyjnego;**

3. **przyznaje i nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Ł. na rzecz radcy prawnego M. M. prowadzącej Kancelarię Radcy Prawnego w Ł. kwotę 3.321 (trzy tysiące trzysta dwadzieścia jeden) zł brutto z tytułu zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym;**

4. **określa wysokość wynagrodzenia biegłego T. P. (1) za udział w rozprawie apelacyjnej na kwotę 95,91 (dziewięćdziesiąt pięć i 91/100) zł, którą nakazuje wypłacić ze Skarbu Państwa – Sądu Apelacyjnego w Łodzi.**

Sygn. akt I ACa 58/15

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 4 listopada 2014 roku Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo P. S. (1) przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej (...) Szpitala (...) Medycznej (...) w Ł. – (...) Szpitalowi (...) o zapłatę (pkt 1), nie obciążył powoda kosztami procesu (pkt 2) i przyznał radcy prawnemu M. M. tytułem zwrotu kosztów nieopłaconej pomocy prawnej świadczonej powodowi z urzędu wynagrodzenie w kwocie 4428 złotych łącznie z podatkiem VAT, nakazując wypłacić powyższe wynagrodzenie ze Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Łodzi (pkt 3).

W uzasadnieniu tych rozstrzygnięć Sąd I instancji odwołał się do ustaleń stanowiących podstawę prawomocnego wyroku z dnia 29 czerwca 2006 roku, wydanego w sprawie pomiędzy tymi samymi stronami o sygn. akt II C 223/04, mocą którego Sąd Okręgowy w Łodzi:

I. zasądził od pozwanego na rzecz powoda:

- 100.000 złotych z ustawowymi odsetkami od kwoty 50.000 złotych od dnia 26 lutego 2004 roku i od kwoty 50.000 zł od dnia 12 sierpnia 2005 roku z tytułu zadośćuczynienia;
- 9.078 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 26 lutego 2004 roku z tytułu odszkodowania;
- rentę na zwiększone potrzeby po 240 zł miesięcznie od stycznia 2004 roku do maja 2004 roku i po 260 zł miesięcznie od czerwca 2004 roku i na przyszłość, płatną z góry do 10-go dnia każdego miesiąca z ustawowymi odsetkami od wymagalnych rat rent od dnia 26 lutego 2004 roku oraz ustawowymi odsetkami w razie uchybienia terminowi płatności którejkolwiek rat wymagalnych w przyszłości,
- ustalił odpowiedzialność pozwanego za szkody mogące ujawnić się w przyszłości u powoda, a związane z zaskarżeniem gronkowcem złocistym. Stan faktyczny ustalony przez Sąd Okręgowy w Łodzi w chwili wydawania wyroku z dnia 29 czerwca 2006 roku przedstawiał się następująco:

W dniu 25 listopada 1998 r. w wyniku poślizgnięcia się podczas wchodzenia na ciągnik powód P. S. (1) doznał urazu prawego stawu kolanowego. Z powodu obrzęku stawu powód otrzymał zastrzyk przeciwbólowy, a następnie został przewieziony karetką pogotowia do szpitala w W., gdzie założono mu opatrunek gipsowy. Następnie powód leczył się ambulatoryjnie. Z czasem dolegliwości związane z uszkodzeniem prawego stawu kolanowego nasilały się, wystąpiły obrzęki, ograniczenie ruchomości i wysięki. Podobne objawy pojawiły się także w lewym stawie kolanowym. Rozpoznano u powoda chorobę zwyrodnieniową obu stawów kolanowych, z nasileniem zmian w prawym stawie.

W dniach 25 - 26 sierpnia 1999 r. powód przebywał w Klinice (...) w Ł., gdzie przeprowadzono badania diagnostyczne. Rozpoznano u niego rozerwanie więzadła krzyżowego przedniego, uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej oraz zmiany zwyrodnieniowe i zapalenie błony maziowej prawego kolana. Został on zdiagnozowany artroskopowo. W dniu 25 sierpnia 1999 r. wykonano częściową meniscektomię przyśrodkową, pobrano wycinek błony maziowej. Powód został wypisany do domu w szynie gipsowej z zaleceniem chodzenia z pomocą kul bez obciążania kończyny, prowadzenia ćwiczeń wzmacniających siłę mięśnia czworogłowego uda.

W dniu 27 września 2001 r. wykonano powodowi endoprotezoplastykę prawego stawu kolanowego z zastosowaniem protezy (...). Po zabiegu operacyjnym powód gorączkował przez 4 doby i otrzymywał dożylnie antybiotyki przez kilka dni. Leczenie pooperacyjne przebiegało bez powikłań. Powód został wypisany do domu z zaleceniem chodzenia z umiarkowanym obciążaniem operowanej kończyny, asekuracją kul oraz z zaleceniem kontynuowania ćwiczeń zwiększających siłę mięśni i zakres ruchomości w operowanym kolanie.

W okresie od 19 sierpnia 2002 r. do 18 września 2002 r. powód był ponownie hospitalizowany w Klinice (...) w Wojewódzkim Centrum (...) przy ul. (...) w Ł.. Został przyjęty z powodu stanu zapalnego kolana prawego, w który przed rokiem implantowano protezę. Występowały u niego silne dolegliwości bólowe prawego kolana oraz wysoka temperatura. W dniu 20 sierpnia wykonano punkcję prawego kolana, uzyskując 30 ml płynu żółtozielonego. W wyniku badania bakteriologicznego stwierdzono obecność *S. aureus* wrażliwego na podawany antybiotyk. Powód gorączkował do 39 st. przez tydzień pomimo stosowania antybiotyku. W dniu 27 sierpnia 2002 r. dokonano otwarcia i rewizji prawego stawu kolanowego powoda. W okolicy stawu włożono gąbkę garramycynową. W dniu 28 sierpnia 2002 r. z moczu powoda wyhodowano jednorazowo bakterię *P. mirabilis*. Rana po zabiegu, początkowo goiła się dobrze, jednakże po pewnym czasie rozeszły się jej brzegi. Spowodowało to ponowne założenie szwów w dniu 6 września 2002 r. Wymaz pobrany z rany w dniu 6 września 2002 r. nie wykazał wzrostu bakterii. Po unieruchomieniu,

antybiotykoterapii i rewizji stawu proces zapalny ustąpił. Powód został wypisany do domu z szyną gipsową z pozwoleniem chodzenia przy pomocy kul ortopedycznych.

W okresie od 6 grudnia 2002 r. do 17 grudnia 2002 r. powód przebywał na Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w W., gdzie został przyjęty z powodu przetoki ropnej w bliźnie pooperacyjnej prawego stawu kolanowego. Leczeniem farmakologicznym uzyskano zmniejszenie wydzieliny i ustąpienie odczynu zapalnego. Badaniem mikrobiologicznym wymazu z rany powoda z dnia 4 grudnia 2002 r. wykryto u niego *S. aureus* metycylinowrażliwy.

W dniach od 8 do 21 stycznia 2003 r. powód był hospitalizowany w Klinice (...) im. (...) w Ł.. Rozpoznano u niego ropne zapalenie i obluzowanie endoprotezy prawego stawu kolanowego. W dniu 10 stycznia 2003 r. operacyjnie usunięto endoprotezę i unieruchomiono kończynę. Powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem utrzymania tutoru gipsowego przez okres do 6 tygodni, stosowania opatrunków suchych, co 1 -2 dni i przyjmowania (...) po 1 tabletkę dziennie przez 30 dni. Zalecono zdjęcie szwów po 3 tygodniach od zabiegu .

W okresie od 24 lutego 2003 r. do 14 marca 2003 r. powód przebywał w Klinice (...) z Oddziałem (...) Pourazowej (...) w Ł.. Został przyjęty z powodu zapalenia ropnego stawu kolanowego prawego. W chwili przyjęcia występował u niego znaczny obrzęk stawu kolanowego, ograniczenie bólowe ruchomości stawu, owrzodzenie w okolicy kolanowej prawej i czynna przetoka z wydzielaniem treści ropnej. Po ocenie stanu ogólnego i miejscowego oraz analizie rentgenogramów powód został zakwalifikowany do leczenia zachowawczego. W wyniku leczenia uzyskano całkowite oczyszczenie owrzodzenia. Powoda wypisano do domu z zaleceniem kontroli ambulatoryjnej, przyjmowania (...), (...) i zmiany opatrunków.

W okresie od 31 marca 2003 r. do 24 kwietnia 2003 r. powód ponownie był hospitalizowany w Klinice (...) z Oddziałem (...) Pourazowej (...) w Ł.. W dniu 2 kwietnia 2003 r. poddano go zabiegowi operacyjnemu otwarcia i rewizji stawu kolanowego. Po usunięciu cementu wypełniającego przestrzeń między zdeformowanymi kikutami nasad tworzących staw kolanowy, usunięto ziarninę pokrywającą kikuty nasad oraz z rzepekki, udrożniono jamę szpikową kości udowej i piszczelowej, umieszczono dren przepływowy śródszpikowy. Po zabiegu kończynę dolną prawą unieruchomiono w opatrunku gipsowym stopowo - udowym. W dniu 10 kwietnia usunięto drenaż przepływowy i do dnia 16 kwietnia 2003 r. pozostawiono dren obarczający. W wyniku badania bakteriologicznego materiału pobranego z przetoki wykryto obecność *S. aureus*. Powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dość dobrym, z zaleceniem kontroli ambulatoryjnej, przyjmowania antybiotyku (...), zmiany opatrunków oraz utrzymania unieruchomienia gipsowego przez okres do 6 tygodni.

Od dnia 18 czerwca 2004 r. powód rozpoczął leczenie w (...) w W.. Rozpoznano u niego organiczne zaburzenia nastroju i ograniczone zaburzenia osobowości, zalecono stosowanie (...) dwa razy dziennie po 150 mg oraz (...) dwa razy dziennie po 25 mg. W trakcie kolejnej wizyty w dniu 3 lipca 2004 r. zalecono powodowi przyjmowanie (...) i (...). Przy kolejnej wizycie, w kwietniu 2005 r. zlecono (...) oraz (...) CR 200.

U powoda rozpoznano ankilozę prawego stawu kolanowego po alloplastyce powikłanej ropnym gronkowcowym zapaleniem stawu z obluzowaniem elementów endoprotezy, wymagającym jej usunięcia, skróceniem kończyny o 9 cm i okresowo czynnymi przetokami ropnymi, a także subiektywny zespół bólowo lędźwiowo - krzyżowy, spowodowany skróceniem kończyny dolnej prawej i wadliwym chodem oraz niedowład prawego nerwu strzałkowego z opadaniem stopy.

Powód odczuwał bóle prawego kolana i biodra miał trudności w poruszaniu się ze względu na znaczne 9 cm skrócenie prawej kończyny dolnej. Na prawej kończynie dolnej powoda wystąpiły zaniki mięśniowe - na udzie o długości 8 cm, i goleni o długości 6 cm, zarysy stawu kolanowego są poszerzone, od przodu i przyśrodku wystąpiły blizny pooperacyjne. U powoda występuje całkowity brak ruchomości prawego stawu kolanowego, spowodowany zrostem, a w obrębie samego stawu skokowego brak zgięcia grzbietowego stopy. Powód odczuwa bóle lewego kolana i biodra, spowodowane złym chodzeniem z koniecznością znoszenia ciężaru ciała na kulach. Gdyby nie wystąpiły wskazane powikłania, w okresie od 3 do 6 miesięcy po zabiegu endoprotezoplastyki powód powróciłby do sprawności niewymagającej

korzystania z kul ortopedycznych lub laski. Zarówno zabieg alloplastyki jak i drugi zabieg operacyjny prawego stawu powoda w pozwany szpitalu stwarzały dogodne warunki do zakażenia gronkowcowego.

Sąd Okręgowy w sprawie o sygnaturze akt II C 223/04 wskazał, że zabiegi endoprotezoplastyki dużych stawów są obciążone pewnym procentem powikłań ropnych wynikających z rozległości zabiegu, mnogości elementów implantu, jak i przebiegu wcześniejszego leczenia zmian zwyrodnieniowych. Podczas zabiegu aloplastyki stawu kolanowego jest dużą ingerencją w kość. W kość gąbczastą są implantowane elementy endoprotezy. Przy drugiej operacji, badanie histopatologiczne i posiew nie wykazały istnienia infekcji, jednakże nie jest to badanie wykluczające. U powoda nie ujawniono przyczyny stanu zapalnego. Gdy dochodzi do niewielkiej infekcji kości, proces ten może trwać miesiącami zanim się ujawni, natomiast przy masywnym zakażeniu, jego przebieg jest burzliwy.

Zakażenie gronkowcami złocistymi doprowadziło u powoda do ropnego przewlekłego zapalenia kości, spowodowało obluźnienie protezy i konieczność jej usunięcia, uniemożliwiło ponowne przeprowadzenie podobnej operacji w sposób nieodwracalny, powodując stan inwalidztwa układu ruchu. W wyniku spowodowanego zakażeniem zniszczenia prawego stawu kolanowego powód porusza się z trudem z pomocą dwóch kul łokciowych.

W zakresie skutków ortopedycznych łączny uszczerbek na zdrowiu powoda, powstałych w następstwie przedmiotowego zakażenia określony został na 65 %. Na uszczerbek tenłożyło się: 30 % uszczerbek związany z ankilozą prawego stawu kolanowego po alloplastyce powikłanej ropnym, gronkowcowym zapaleniem stawu z obluźnieniem elementów endoprotezy, wymagającym jej usunięcia, skróceniem kończyny o 9 cm i okresowo czynnymi przetokami ropnymi, 20 % uszczerbek związany z wystąpieniem subiektywnego zespołu bólowego lędźwiowo - krzyżowego, spowodowanego skróceniem kończyny dolnej prawej i wadliwym chodem, 10 % uszczerbek związany z niedowładem prawego nerwu strzałkowego z opadaniem stopy. Przewlekłe zakażenie gronkowcami nie spowodowało u powoda ogniskowych zmian ropnych w innych narządach (płucach, mózgu, wątrobie), ani nie miało decydującego wpływu na rozwinięcie się u powoda cukrzycy i niewydolności naczyń mózgowych, stwierdzonej w lutym 2005 r.

W zakresie skutków ortopedycznych, ze względu na ograniczone możliwości poruszania się, Sąd Okręgowy ustalił, że powód wymagał pomocy innych osób przez 5 godzin dziennie w okresie 3 miesięcy po każdym leczeniu operacyjnym. Powód mógł poruszać się bez pomocy osób trzecich. Jedyne ograniczenie możliwości poruszania się było spowodowane skróceniem prawej kończyny. Powód może sam się umyć, ubrać, częściowo posprzątać, z wyłączeniem jednak takich czynności jak np. mycie okien. W okresie, kiedy nie ma zaostrzeń powód był osobą samowystarczalną. Niepełnosprawność powoda wynika z usztywnienia stawu po usunięciu endoprotezy. W momencie pojawiania się przetok ropnych i dolegliwości bólowych pojawia się konieczność stosowania leków przeciwbólowych, przeciwzapalnych, uspokajających i antybiotyków. Pojawienie się przetoki powodowało konieczność codziennej zmiany opatrunków, nie wymagało jednakże wzmożonej opieki osób trzecich. Przetoka może tworzyć się kilka razy do roku i może być czynna nawet przez kilka miesięcy. Są okresy, w których przetoki są nieczynne i wygojone. Mogą wystąpić przy tym przetoki, które się nie goją. W momencie pojawienia się przetoki powód powinien być pod opieką lekarza ortopedy.

Sąd Okręgowy w sprawie II C 223/04 ocenił, że w zakresie skutków ortopedycznych rokowania na przyszłość były w przypadku powoda trudne i niepewne, przy czym rokowania takie są typowe dla przewlekłej gronkowcowej infekcji kostno - stawowej. Prognozowano możliwość wystąpienia konieczności amputowania chorej kończyny, gdyż stany zapalne, przetoki mogły wpływać na inne organy. Trwające przewlekłe zakażenie gronkowcem może spowodować w przyszłości rozsiane zmiany ropne w innych narządach lub ciężkie zakażenia uogólnione - posocznice, zwłaszcza przy istniejącej obecnie cukrzycy. Przewidywano również, iż istniejący u powoda trwałe uszczerbek na zdrowiu może w przyszłości ulec powiększeniu. Ponadto powikłana operacja ortopedyczna spowodowała w stanie psychicznym powoda przejściowy kilkutygodniowy epizod depresyjny reaktywny w czasie usuwania endoprotezy w Szpitalu (...) im. WAM oraz ujawnienie się cech organicznych zaburzeń osobowości. Zaistniał wyraźny związek pomiędzy ujawnieniem się wyraźnych zaburzeń w zakresie funkcjonowania i zachowania się powoda a komplikacjami po zabiegu operacyjnym i pogorszeniem jego stanu bytowego.

Sam okres pomiędzy datą wypadku przy pracy a momentem pojawienia się powikłań pooperacyjnych był okresem, w którym powód nie ujawniał żadnych cech dekompensacji osobowościowych. Dopiero moment, w którym pojawiły się powikłania po zabiegu i propozycja amputacji kończyny spowodowały, że u powoda pojawiły się cechy zaburzeń osobowości. Utrzymujący się zły stan somatyczny, będący jednym z czynników wyzwalających dekompensację i podtrzymujących ujawnienie cech zaburzonej osobowości spowodował długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5 %. Sąd Okręgowy stwierdził, że powód powinien pozostawać pod stałą, długotrwałą opieką psychiatryczną i stosować regularnie zalecane leki. Z przyczyn psychiatrycznych powód nie wymagał pomocy osób trzecich. Z punktu widzenia psychiatry, w okresie, w którym doszło do usunięcia endoprotezy i przejściowego reaktywnego stanu depresyjnego, rozmiar cierpień psychicznych powoda był znaczny. Natomiast w późniejszych okresach rozmiar tych cierpień był umiarkowany i wiązał się przede wszystkim z nieskutecznością dotychczasowego leczenia infekcji i utratą dotychczasowego statusu. Przed zaistnieniem konieczności usunięcia endoprotezy, zakres cierpień fizycznych powoda był znikomy, ponieważ powód miał wówczas nadzieję na pełny powrót do zdrowia i był przekonany o realności takiego rozwiązania.

Rokowanie na przyszłość, co do stanu psychicznego powoda określono, jako ściśle powiązane z jego stanem somatycznym, w razie jego poprawy, należało oczekiwać poprawy stanu psychicznego. Z kolei brak poprawy stanu somatycznego spowodować miał utrzymywanie się okresowych znacznych dekompensacji charakteropatycznych, możliwe są też okresowe reaktywne stany depresyjne. Podkreślono, że depresja reaktywna może mieć przebieg krótkotrwały przemijający lub przejść w postać przewlekłą. W przypadku depresji krótkotrwałej przemija ona nawet nie będąc leczona, natomiast postać przewlekłą wymaga leczenia psychiatrycznego.

Orzekając w sprawie sygn. akt II C 223/04 Sąd Okręgowy w Łodzi przyjął, że aktualny stan zdrowia powoda jest skutkiem powikłań leczenia zmian zwyrodnieniowych prawego stawu kolanowego pod postacią infekcji gronkowcowej, a najbardziej prawdopodobnym źródłem zakażenia powoda były zaniedbania personelu medycznego w przestrzeganiu procedur podczas pobytu w pozwanym szpitalu we wrześniu 2001 r. lub w sierpniu 2002 r. Określając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia, uwzględniono rozmiar cierpień fizycznych i psychicznych związanych z rozstrojem zdrowia wywołanym zakażeniem gronkowcem złocistym – nieodwracalnie zniszczony staw kolanowy, znacznie krótszą prawą kończyną dolną, okresowo czynne przetoki ropne, subiektywny zespół bólowy lędźwiowo - krzyżowy, spowodowany skróceniem kończyny dolnej prawej i wadliwym chodem oraz niedowład prawego nerwu strzałkowego z opadaniem stopy. Zakażenie spowodowało obłuzowanie endoprotezy i konieczność jej usunięcia, uniemożliwiło ponowne przeprowadzenie podobnej operacji, powodując w sposób nieodwracalny stan inwalidztwa układu ruchu. W wyniku spowodowanego zakażeniem zniszczenia prawego stawu kolanowego powód porusza się z trudem z pomocą dwóch kul łokciowych. Leczenie powoda wiąże się z częstymi pobytami w szpitalu i zabiegami operacyjnymi, jest przy tym kontynuowane w warunkach ambulatoryjnych. Powikłana operacja ortopedyczna spowodowała w stanie psychicznym powoda przejściowy kilkutygodniowy epizod depresyjny reaktywny w czasie usuwania endoprotezy w Szpitalu (...) im. WAM oraz ujawnienie się cech organicznych zaburzeń osobowości. Powód powinien pozostawać pod stałą, długotrwałą opieką psychiatryczną i stosować regularnie zalecane leki.

Sąd w omawianej sprawie wziął również pod uwagę, iż w następstwie zakażenia znacznemu ograniczeniu uległa sprawność powoda i możliwość prowadzenia przez niego aktywnego trybu życia. Z powodu zeszywnienia stawu po usunięciu endoprotezy i skrócenia prawej kończyny powód ma ograniczone możliwości poruszania się. Orzekając w sprawie II C 223/04 postawiono prognozę, że w przyszłości może wystąpić konieczność amputowania chorej kończyny, gdyż stany zapalne, przetoki mogą wpływać na inne organy. Trwające przewlekłe zakażenie gronkowcem może spowodować w przyszłości rozsiane zmiany ropne w innych narządach lub ciężkie zakażenie - posocznicę, zwłaszcza przy istniejącej cukrzycy.

W zakresie skutków ortopedycznych łączny uszczerbek na zdrowiu powoda powstały w następstwie zakażenia został przyjęty na 65 %. Ponadto, utrzymujący się zły stan somatyczny, będący jednym z czynników wyzwalających dekompensację i podtrzymujących ujawnienie cech zaburzonej osobowości powoduje długotrwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5 %. Sąd Okręgowy podkreślił jednak, że pozwany Szpital tylko w części ponosi odpowiedzialność

za obecny stan powoda. Na tak dużą niesprawność wpływ mają również skutki wypadku, choroby samoistne (np. cukrzyca), mała aktywność powoda i duża nadwaga.

Orzekając w sprawie niniejszej Sąd I instancji ustalił, że po wydaniu wyroku w dniu 29 czerwca 2006 roku jak i obecnie powód leczy się ambulatoryjnie z powodu cukrzycy insulinozależnej, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń krążenia mózgowego. Korzysta z porad kardiologa, diabetologa, neurologa. Od ok. 4-5 lat nie korzysta z rehabilitacji i tłumaczy to czynnym procesem ropnym w obrębie prawej kończyny dolnej. Powód jest nałogowym palaczem tytoniu, obecnie pali ok. 20 papierosów dziennie. U powoda występuje otyłość brzuszna.

Przy całej złożoności przebiegu choroby u powoda nie wystąpiły ani choroby ani powikłania wymagające leczenia chirurgicznego. Powód nie był leczony w oddziałach chirurgicznych (nie dotyczy to leczenia ortopedycznego). Przebyte zakażenie gronkowcowe u powoda nie skutkowało powikłaniami chirurgicznymi. U powoda nie zostały ujawnione żadne nowe stany chorobowe wymagające leczenia chirurgicznego. Niepełnosprawność powoda nie ma związku z chorobami wymagającymi leczenia chirurgicznego. Nie stwierdza się u powoda takich powikłań chirurgicznych, które skutkowałyby cierpieniami fizycznymi i psychicznymi.

Powód nie leczy się psychiatrycznie, zażywa obecnie łagodne leki uspokajające. Powód nie odczuwa potrzeby leczenia psychiatrycznego. W oparciu o opinię biegłej E. P. (1) Sąd Okręgowy stwierdził, że w obecnym stanie rozpoznano u powoda przewlekłe organiczne zaburzenia nastroju. W tej dolegliwości istnieje uszkodzenie lub dysfunkcja mózgu albo ogólne zaburzenia somatyczne i zachodzi przypuszczalny związek między pojawieniem się (lub znacznym zaostrzeniem) zaburzeń depresyjnych a leżącymi u ich podłoża schorzeniami (u powoda incydent niedokrwienny mózgu, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca). Nie ma różnicy w odczuwaniu przez chorego dolegliwości psychicznych w przypadku rozpoznania organicznych zaburzeń nastroju, czy też zaburzeń depresyjnych. Organiczne zaburzenia nastroju u powoda są utrwalone i na przestrzeni ostatniego czasu nie dochodzi do ich nasilania się.

Stwierdzane zaburzenia są wynikiem zaistnienia choroby podstawowej (zakażenia gronkowcem) i związaną z tym niepełnosprawnością ruchową, znacznym ograniczeniem samodzielności spowodowaną inwalidztwem oraz wynikają też z dołączających się dodatkowo chorób somatycznych (cukrzyca, przebyty incydent niedokrwienny mózgu, choroba niedokrwienna serca). Zaburzenia te są utrwalone i długotrwałe, jednak obecnie nie osiągają poziomu depresji. Przekonanie powoda o ciężkości chorób ogólnych, negatywne nastawienie do podjęcia ewentualnego leczenia psychiatrycznego, czy terapii psychologicznej powodują utrzymywanie się zarówno dolegliwości somatycznych subiektywnych jak i obiektywnych.

Przewlekłe organiczne zaburzenia nastroju powoda obecnie przejawiają się obniżonym nastrojem i napędem, poczuciem ciężkiej choroby somatycznej, zubożeniem zainteresowań i brakiem zadowolenia, drażliwością, zaburzeniami snu, skargami somatycznymi. Powyższe objawy występują u powoda od dawna, należy przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że pojawiły się przed 29 czerwca 2006 roku. Ponadto, przypuszczalnie dolegliwości psychiczne, będą się w takim stopniu długotrwałe utrzymywać. Wskazane byłoby, aby powód podjął leczenie psychiatryczne i terapię psychologiczną, co jak można przypuszczać, mogłoby spowodować zmniejszenie dolegliwości natury somatycznej, poprawę nastroju i mieć też pozytywny wpływ na lepsze ustabilizowanie przebiegu cukrzycy. Uszczerbek na zdrowiu z przyczyn dolegliwości psychicznych mieści się w granicach 5%.

Powód w dniu 4 grudnia 2013 roku przeszedł zawał serca. Odbył jednodniową hospitalizację w SP ZOZ w W.. Został wypisany z placówki medycznej na własne żądanie. W ocenie kardiologicznej nie stwierdza się u powoda pogorszenia stanu zdrowia od 2006 roku, które miałyby związek z przebyłym powikłanym zabiegiem stawu kolanowego prawego. Choroby kardiologiczne (nadciśnienie tętnicze, stenokardia) od 2006 roku nie wymagały intensyfikacji leczenia farmakologicznego ani hospitalizacji.

Powód w okresie od 7 kwietnia 2011 roku do 13 września 2013 roku leczył się w poradni neurologicznej w związku z przebyłym udarem mózgu i bólami głowy. Ponad powyższe, w zakresie dolegliwości neurologicznych u powoda stwierdza się obecnie częściowe uszkodzenie nerwu strzałkowego prawego, zdiagnozowane od 2003/2004

r. Uszkodzenie nerwu strzałkowego pozostaje w związku ze schorzeniami ortopedycznymi w obrębie kolana prawego (liczne zabiegi operacyjne, stany zapalne, blizny). Z tego powodu orzeciono u powoda jeszcze przed wydaniem wyroku w 2006 roku uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10% z pkt 181 u (w sprawie II C 223/04). Uszczerbek na zdrowiu powoda nie uległ zmianie do chwili obecnej.

U powoda występują również dolegliwości bólowe kręgosłupa. Dolegliwości te występują przede wszystkim w przebiegu zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa oraz przeciążenia spowodowanego znaczną otyłością powoda. Skrócenie prawej kończyny dolnej oraz usztywnienie w stawie kolanowym prawym powoduje nasilenie się tych dolegliwości. Z tego powodu orzeciono u powoda uszczerbek na zdrowiu w wysokości 5% (w sprawie II C 223/04). Uszczerbek na zdrowiu powoda w tym zakresie również nie uległ zmianie.

Przebyty incydent niewydolności krążenia mózgowego (przemijające niedokrwienie mózgu) obecnie nie przejawia objawów ogniskowych. Jest to schorzenie samoistne, nie mające związku z zakażeniem gronkowcem złocistym.

Powód po 2006 roku nie był hospitalizowany z przyczyn ortopedycznych. Badanie narządów ruchu wykazało widoczne wygojone blizn skórnych po przetokach na prawej kończynie dolnej. Pod lewą pachą jest widoczny martwiczo zmieniony guz tkanek miękkich. Ruchy zginania w obu stawach biodrowych możliwe są do ok. 90 stopni. Stwierdzono również brak ruchu - rotacji wewnętrznej w obu stawach. Powód w sposób czynny potrafi poruszać prawą stopą. Porusza się za pomocą dwóch kul łokciowych. W związku z niewielką tendencją progresji w zakresie ruchomości obu stawów biodrowych oraz zmian zwyrodnieniowych lewego stawu kolanowego, stan zdrowia powoda w zakresie narządów ruchu nie jest nową krzywdą w porównaniu do stanu ustalonego w dniu 29 czerwca 2006 roku. Obecne dolegliwości sugerują naturalny powolny postęp choroby zwyrodnieniowej stawów, a nie odległy skutek powikłań po operacjach prawego stawu kolanowego. Po analizie zdjęć RTG dostarczonych przez powoda stwierdzono progresję zmian zwyrodnieniowych, zwłaszcza w obrębie stawów biodrowych i kręgosłupa, czyli w miejscach w których powód odczuwa ból.

Powód jest osobą chorą na cukrzycę insulinozależną. Rozpoznanie choroby miało miejsce około 8 lat temu. Obecnie zażywa leki na cukrzycę, znajdując się pod opieką diabetologiczną Przychodni (...) w W.. Powód bada sporadycznie poziom cukru w przypadkowych porach, nie prowadzi prawidłowej samokontroli, nie przestrzega diety, przyjmuje sztywne dawki insuliny i tabletek bez korekty w zależności od indeksu glikemicznego przyjmowanych posiłków jak i wysiłku. U powoda nie stwierdzono pogorszenia stanu zdrowia od 2006 roku. Powód radzi sobie z podawaniem insuliny, leków i kontrolą na glukometrze. Cukrzyca u powoda nie jest obecnie powikłana, nie stwierdzono stanów zapalnych mogących mieć wpływ na wahania glikemii. Trudno jest ocenić wpływ schorzenia psychicznego na przebieg cukrzycy u powoda. Powód nie leczy się psychiatrycznie, oprócz delikatnego leku ziołowego nie przyjmuje żadnych środków psychotropowych mogących mieć wpływ na aktywność i sprawność intelektualną powoda. Aktualny stan fizyczny powoda nie stoi na przeszkodzie prawidłowemu przyjmowaniu leków, samokontroli oraz przestrzeganiu diety cukrzycowej.

Powód leczy się dermatologicznie. Pierwsze zmiany skórne pojawiły się na ciele powoda wiosną 2012 roku. Powód zgłosił się do specjalisty dermatologa po około 6 miesiącach tj. 20 listopada 2012 roku. Po kilkunastu konsultacjach dermatologicznych, u powoda zdiagnozowano łuszczycę, która jest chorobą genetycznie uwarunkowaną, charakteryzującą się przewlekłym i nawrotowym przebiegiem. Nie jest spowodowana infekcją bakteryjną i nie jest zakaźna. Ponad powyższe, powód miał usuniętą zmianę skórną o typie włókniakowo - tłuszczaka. Obecnie skierowany został do Poradni Onkologicznej w celu usunięcia zmiany nowotworowej.

U powoda pojawiły się również ropne zmiany na skórze głowy, co skutkuje koniecznością wyciskania z zaistniałych zmian znacznej ilości treści ropnej. Zmiany skórne zdiagnozowane u powoda, w tym zmiany ropne nie są w żaden sposób powiązane z przebytych przed 17 laty zakażeniem gronkowcowym. Zmiany łuszczycowe nie mają nadkażenia bakteryjnego. Włókniaki i tłuszczaki, które pojawiły się w ciele powoda należą do łagodnych nowotworów, które nie mają związku etiopatogenetycznego z czynnikami infekcyjnymi.

Powód mieszka obecnie ze swoją żoną H. S. (1), która sprawuje opiekę nad chorym mężem i udziela mu pomocy. Powód wymagał opieki zarówno w okresie przed wydaniem wyroku w 2006 roku w sprawie o sygn. akt II C 223/04, jak i obecnie. Aktualnie opiekę nad powodem, w pełnym zakresie przejęła H. S. (1). Podaje ona mężowi leki, stara się zachęcać do jakiegokolwiek aktywności fizycznej. Pomaga mu wychodzić z domu na krótkie spacery. Ponadto, raz na 4 miesiące H. S. (1) wozi powoda do lekarzy.

Powód większość czasu spędza w łóżku, rzadko wstaje, nawet posiłki spożywa, leżąc. Z trudnością przybiera postawę siedzącą, wytrzymuje krótką chwilę w pozycji siedzącej, potem kładzie się na powrót ze względu na nasilające się bóle kręgosłupa. Powód jest w stanie zrobić kilka kroków po mieszkaniu. Okazjonalnie i niechętnie wychodzi z domu.

Stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił w oparciu o sporządzone w niniejszym postępowaniu opinie biegłych, zeznania H. S. (1) oraz wyrok z uzasadnieniem Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 29 czerwca 2004 roku (sygnatura akt II C 223/04). Postanowieniem z dnia 21 października 2014 roku oddalił wniosek dowodowy strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego sądowego z zakresu psychiatrii uznając, iż opinie biegłej psychiatrii E. P. (1) wyjaśniły w sposób jasny i logiczny oraz wystarczająco okoliczności dotyczące zdrowia psychicznego powoda, a dalsze powoływanie innych biegłych z zakresu psychiatrii jest bezprzedmiotowe. W ocenie Sądu Okręgowego, opinie wydane przez biegłą psychiatrę E. L. nie są dotknięte żadnymi brakami wymagającymi uzupełnienia, czy wadami dyskwalifikującymi ich wartość dowodową, a powołanie kolejnego biegłego z zakresu psychiatrii prowadziłoby jedynie do bezcelowego przedłużania postępowania.

Za bezprzedmiotowy uznano również wniosek o ponowne przesłuchanie świadka H. S. (2). Podkreślono, że świadek zeznawała już w niniejszym postępowaniu a złożone przez świadka do tej pory zeznania są wystarczające, szczególnie, iż o stanie zdrowia powoda szeroko wypowiedzieli się w sposób rzetelny i obiektywny biegli sporządzający opinie. Ze względu na brak obecności powoda w domu podczas zapowiedzianej wizyty biegłego, nie było możliwości dokonania pomiarów glikemii co uniemożliwiło stwierdzenie, czy spowodowana kalectwem niemożność aktywnego życia ma wpływ na efekty leczenia cukrzycy powoda.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał powództwo o zasądzenie dalszego zadośćuczynienia za bezzasadne i oddalił je, jako ewentualną podstawę prawną żądania wskazując art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c.. Podkreślono, że odpowiedzialność pozwanego za dalsze skutki zakażenia powoda gronkowcem złocistym jest bezsporna i wynika z wyroku wydanego przez Sąd Okręgowy w Łodzi w dniu 29 czerwca 2006 roku w sprawie o sygn. akt II C 223/04. Jednakże prawomocne zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia wyłącza - mimo pogorszenia się stanu zdrowia poszkodowanego - przyznanie mu dalszego zadośćuczynienia poza już zasądzonym w związku z podstawą poprzedniego sporu. Nie wyłącza natomiast przyznania poszkodowanemu odpowiedniej sumy w razie ujawnienia się nowej krzywdy, której nie można było przewidzieć w ramach podstawy poprzedniego sporu.

Sąd I instancji zaznaczył, że w przypadku rozstrzygnięcia o roszczeniach odszkodowawczych w postępowaniu cywilnym, po zamknięciu rozprawy sąd wydaje wyrok, biorąc za podstawę stan rzeczy istniejący w chwili zamknięcia rozprawy (art. 316 § 1 k.p.c.). Dlatego orzeczenie o roszczeniach odszkodowawczych uwzględnia zwykle uszczerbek w określonych dobrach prawnie chronionych w dacie zamknięcia rozprawy. Szkodą przyszlą jest natomiast uszczerbek, który może powstać po wydaniu wyroku. Jeżeli w toku procesu o odszkodowanie ujawniły się nowe skutki wypadku, które nie były znane powodowi, jak również sądowi w chwili wydania po raz pierwszy wyroku, poszkodowany może wystąpić z żądaniem zasądzenia dalszej kwoty z tytułu zadośćuczynienia za tę nowo ujawnioną szkodę w odrębnym procesie, bądź roszczenie to zgłosić w toku rozpoznawanej sprawy.

W oparciu o wnioski opinii biegłych Sąd Okręgowy stwierdził, że u P. S. (2) nie doszło do powstania nowego uszczerbku na zdrowiu, pozostającego w związku z zakażeniem go gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu.

W pierwszej kolejności Sąd Okręgowy przyjął, iż w wyroku wydanym 29 czerwca 2006 roku w sprawie o sygn. akt II C 223/04, orzekający Sąd objął przedmiotem rozstrzygnięcia całą krzywdę jakiej doznał powód, z uwzględnieniem



zarówno samego faktu zakażenia gronkowcem złocistym jak i związane z tym powikłania. Miał na uwadze zaburzenia w stanie psychicznym powoda, które wystąpiły przed datą orzekania w 2006 roku, jak również choroby samoistne, na jakie cierpi powód, w tym cukrzycę. Przy wydaniu w/w wyroku Sąd opierając się na opiniach biegłych nie pominął w swoich rozważaniach rokowań na przyszłość w zakresie zdrowia powoda zarówno, co do jego stanu psychicznego jak i w zakresie powikłań, mogących być skutkiem zakażenia gronkowcem. Sąd w uzasadnieniu w/w wyroku podkreślił, iż powód powinien pozostawać pod stałą i długotrwałą opieką psychiatryczną i zastosować w tym zakresie leczenie farmakologiczne, co potwierdza koncentrację Sądu orzekającego, również na zdrowiu psychicznym powoda.

W sprawie niniejszej Sąd Okręgowy uznał, iż twierdzenia powoda, według których Sąd orzekający w sprawie II C 223/04 nie uwzględnił ustaleń dotyczących ówczesnego zdrowia psychicznego powoda, w świetle analizy zebranego materiału dowodowego, są bezpodstawne i nieudowodnione. Z kolei przeprowadzone w sprawie opinie biegłych różnych specjalności nie ujawniły, aby po stronie powoda pojawiła się nowa krzywda, pozwalająca na uwzględnienie powództwa.

W ocenie Sądu I instancji, nie można uznać, iż dotyczące powoda zaburzenia psychiczne, stanowią nową krzywdę i dają podstawy do zasądzenia z tego tytułu zadośćuczynienia. Z przeprowadzonej ustnej, uzupełniającej opinii biegłego wynika, iż obecny uszczerbek na zdrowiu powoda z tytułu zaburzeń psychicznych wynosi 5% tj. tyle samo ile wynosił na dzień wydania wyroku w dniu 29 czerwca 2006 roku. Stanowisko biegłego psychiatry stanowczo wskazuje, iż nie zaistniała po stronie powoda nowa krzywda, ani nowe schorzenie, względem stanu z dnia orzekania we wcześniej w/w zakończonej sprawie sądowej. Sąd Okręgowy podkreślił, iż powód nie widzi potrzeby leczenia psychiatrycznego i zażywania leków psychotropowych, ograniczając się do zażywania małoinwazyjnych leków ziołowych. Powód postępuje w taki sposób, mimo świadomości, że zaburzenia psychiczne jakie go dotyczą, mają determinujący wpływ na jego samopoczucie fizyczne. Wobec takiej postawy powoda, Sąd I instancji stwierdził, iż powód godzi się na zaistniały stan rzeczy.

Za okoliczność powszechnie wiadomą poczytano, iż stan zdrowia psychicznego człowieka ma istotny wpływ na stan fizyczny organizmu, motorykę życiową, nastawienie do pojawiających się problemów. Z kolei stan zdrowia fizycznego może istotnie wpływać na samopoczucie psychiczne człowieka. Powód jest osobą schorowaną, dolegliwości fizyczne z pewnością nie wpływają pozytywnie na sferę jego psychiki, powodując opisywane szeroko w opinii biegłego psychiatry zaburzenia. Jednakże nie podejmując się leczenia psychiatrycznego, powód pogłębia stan zaburzeń psychicznych, co wpływa na obniżony poziom determinacji w radzeniu sobie z chorobami somatycznymi. Prowadzi to do istotnego wniosku, iż powodów pozostając biernym w stosunku do zaistniałych zaburzeń nastroju, sam siebie pozbawia możliwości polepszenia swojego stanu zdrowia somatycznego.

Odnosząc się do problemów diabetologicznych P. S. (1), Sąd I instancji podkreślił, że powód jest osobą od wielu lat chorą na cukrzycę. Choroba ta dotknęła powoda już przed wydaniem wyroku z dnia 29 czerwca 2006 roku. Jest to choroba samoistna, w żaden sposób niezwiązana z zakażeniem powoda gronkowcem. Z wniosków sformułowanych przez biegłego z zakresu diabetologii można wywieść, iż brak jest jakiegokolwiek bezpośredniego związku pomiędzy procesem leczenia cukrzycy u powoda a zakażeniem go gronkowcem. Mimo tego, że powód nie dba o dietę, nie kontroluje poziomu cukru, bierze leki w stałych dawkach niedostosowanych do poziomu indeksu glikemicznego przyjmowanych posiłków, to przebieg cukrzycy u powoda jest bez powikłań, a stan zdrowia z punktu widzenia diabetologa nie uległ pogorszeniu od 2006 roku. Ograniczona sprawność fizyczna powoda nie stoi na przeszkodzie, aby prawidłowo przyjmował on leki na cukrzycę, dokonywał samokontroli i przestrzegał diety cukrzycowej.

Ponadto Sąd I instancji nie dopatrył się przesłanek wskazujących na pojawienie się u powoda nowych dolegliwości ortopedycznych. Powód nie przedstawił żadnej dokumentacji medycznej świadczącej o podejmowaniu przez niego leczenia mającego na celu zniwelowanie nowych dolegliwości w zakresie narządów ruchu. Sąd opierając się na opinii biegłego, przyjął że pojawiająca się tendencja progresji w zakresie ruchomości stawów biodrowych oraz zmian zwyrodnieniowych lewego stawu kolanowego jest konsekwencją naturalnego powolnego postępu choroby zwyrodnieniowej stawów, nie mającą związku z zaistniałym zakażeniem gronkowcem.

Również pozostałe przeprowadzone zgodnie z wnioskiem strony powodowej opinie biegłych: z zakresu kardiologii, dermatologii i chirurgii ogólnej, neurologii nie dostarczyły, w ocenie Sądu Okręgowego, dowodu mogącego stanowić podstawę do uznania, iż powód po 2006 roku na skutek zakażenia gronkowcem złocistym doznał nowych krzywd. Zarówno łuszczyca zdiagnozowana u powoda, jak i włókniaki będące postacią łagodnego nowotworu, nie mają żadnego związku z przebytych przez powoda zakażeniem gronkowcem. Z punktu widzenia neurologicznego wszelkie dolegliwości powoda, w tym niewydolność krążenia, jako schorzenia samoistne nie mają związku z zakażeniem. U powoda co prawda występują bóle kręgosłupa, ale ich etiologia wiąże się ze znaczną nadwagą, brakiem ruchu oraz zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Powód unika ruchu, większość czasu spędza leżąc w łóżku, nie dba o dietę, nie uprawia w zasadzie żadnej aktywności fizycznej, a taki tryb życia sprzyja rozwijaniu się dolegliwości bólowych, w tym przede wszystkim kręgosłupa.

Po czerwcu 2006 roku powód nie leczył się również kardiologicznie. Brak jest w aktach sprawy jakiejkolwiek dokumentacji świadczącej o podejmowanym leczeniu kardiologicznym poza tą, która dokumentuje przebyty w grudniu 2013 roku zawał serca u powoda, którego w sposób oczywisty nie można w żaden sposób połączyć z przebytych wcześniej zakażeniem gronkowcem złocistym.

Wobec nie wykazania przez powoda nowej krzywdy, mogącej stanowić podstawę do zasądzenia zadośćuczynienia na jego rzecz (art. 6 k.c.), Sąd Okręgowy uznał, że nie zostały spełnione przesłanki odpowiedzialności pozwanego podmiotu, a tym samym brak jest podstaw do uwzględnienia powództwa. O kosztach procesu orzeczono na podstawie przepisu art. 102 k.p.c. Sąd I instancji przyznał ponadto od Skarbu Państwa wynagrodzenie na rzecz radcy prawnego, reprezentującego powoda z urzędu.

Od tego wyroku apelację wywiódła strona powodowa, zaskarżając orzeczenie w całości i zarzucając mu:

#### I. naruszenie przepisów prawa procesowego

1. art. 233 § 1 k.p.c. przez dokonanie przez Sąd I instancji dowolnej, nieszechstronnej i niepełnej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, w tym przez:

- całkowite pominięcie dowodów z opinii biegłych zawartych w aktach sprawy II C 434/09,
- oparcie rozstrzygnięcia na ocenie opinii biegłych - powołanych w niniejszym postępowaniu - bez dokonania weryfikacji tych opinii w porównaniu z opiniami biegłych wydanymi w sprawie II C 434/09, oraz bez całościowej oceny opinii biegłych wszystkich specjalności w celu ustalenia wzajemnych zależności wszystkich dotyczących powoda chorób i dolegliwości, składających się na nową krzywdę i ich związku z zakażeniem gronkowcem,
- nieuwzględnienie załączonej do akt sprawy dokumentacji lekarskiej i badań laboratoryjnych ze stycznia 2014 r., z których wynika że powód przebył w styczniu 2014 r. stan zapalny całego organizmu (sepsa),
- dokonanie oceny materiału dowodowego w sposób sprzeczny z zasadami doświadczenia życiowego, przez przyjęcie że powód sam przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia;

2. art. 217 k.p.c.:

- przez oddalenie wniosku o przeprowadzenie dowodu z opinii innego biegłego psychiatry, pomimo że lakoniczna, niejednoznaczna i niespójna opinia wydana przez biegłą dr E. P. (1), pomimo jej uzupełnienia pisemnie i ustnie, nie doprowadziła do jednoznacznego stwierdzenia czy rozpoznane przez biegłą u powoda, "przewlekłe organiczne zaburzenia nastroju", stanowią nową krzywdę, w stosunku do stanu psychicznego powoda opisanego w uzasadnieniu wyroku z 29.06.2006 r i opartego wówczas na opinii dr T. P.. Ponadto w sytuacji, gdy potrzeba przeprowadzenia dowodu z opinii innego biegłego wynikała także z rozbieżności opinii wydanej przez biegłą E. P. w stosunku do opinii wydanej przez dr E. W. w 2011 r. w sprawie II C 434/09;

- przez oddalenie dowodu z uzupełniających zeznań żony powoda H. S. (1), która - jako jedyna osoba stale opiekująca się powodem może określić jego stan i podjęte działania w celu ratowania życia powoda w grudniu 2013 r. - kiedy to powód przeszedł ostry zawał serca oraz w styczniu 2014 r. gdy doszło do zakażenia organizmu i sepsy; ponadto na okoliczności związane z odmową przez powoda leczenia w szpitalu z powodu jego stanu psychicznego (paniczny lęk przed lekarzami i szpitalem).

II. naruszenie przepisów prawa materialnego art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. przez przyjęcie że u powoda nie wystąpiła nowa krzywda uzasadniająca przyznanie zadośćuczynienia.

W konkluzji skarżący wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez zasądzenie na rzecz powoda zadośćuczynienia w kwocie 150.000 złotych, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania wobec nierozpoznania przez sąd pierwszej instancji materiału dowodowego w całości,

2. przyznanie pełnomocnikowi powoda występującemu z urzędu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu przed Sądem II instancji, w podwójnej stawce wynikającej z norm przepisanych, ze względu na nakład pracy.

W odpowiedzi na apelację pozwany wniósł o oddalenie apelacji oraz o zasądzenie od powoda na swoją rzecz zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

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

Apelacja jest bezzasadna.

W pierwszej kolejności odnieść się należy do charakteru roszczenia, wysuniętego w niniejszym procesie. Niekwestionowanym pozostaje, że we wcześniej toczącej się sprawie o sygn. akt II C 223/04 Sądu Okręgowego w Łodzi zachodziła tożsamość stron procesowych, jak i podstawy prawnej żądania. W treści wyroku z dnia 29 czerwca 2006 roku, wydanym w ostatnio wymienionym postępowaniu, ustaloną została odpowiedzialność pozwanego za szkody wynikające z zakażenia, które mogą ujawnić się w przyszłości, a zatem po dniu wydania orzeczenia. Roszczenie procesowe w sprawie niniejszej nie opiera się jednak na tej samej podstawie faktycznej, co w postępowaniu w sprawie II C 223/04. Powód powołał się bowiem na fakt pojawienia się nowych, nieznanych w chwili wydawania poprzedniego wyroku krzywd, stanowiących następstwa zakażenia i z tego faktu wywodził swoje uzupełniające żądanie.

W kwestii dopuszczalności zasądzenia tzw. dalszego zadośćuczynienia judykatura przyjęła, w ślad za uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 21 listopada 1967 r., III PZP 37/67, wydaną w składzie siedmiu sędziów (opubl. w nr 7 OSN z 1968 r. pod poz. 113 z glosą A. Szpunara, OSPiKA 1968, nr 11, poz. 234 oraz z omówieniem A. Szpunara i W. Wanatowskiej, NP 1968, nr 11, s. 1690), której nadano moc zasady prawnej, że prawomocne zasądzenie zadośćuczynienia pieniężnego za krzywdę doznaną w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia wyłącza - mimo pogorszenia się stanu zdrowia poszkodowanego - przyznanie mu dalszego zadośćuczynienia poza już zasądzonym w związku z podstawą poprzedniego sporu. Nie wyłącza jednak przyznania poszkodowanemu odpowiedniej sumy w razie ujawnienia się nowej krzywdy, której nie można było przewidzieć w ramach podstawy poprzedniego sporu. Sąd Najwyższy w uzasadnieniu powołanej uchwały rozróżnił wyraźnie trzy rodzaje krzywdy: po pierwsze tę, której poszkodowany już doznał do chwili zamknięcia rozprawy poprzedzającej wydanie rozstrzygnięcia, po drugie tę, którą poszkodowany będzie na pewno odczuwał w przyszłości, oraz po trzecie tę, którą można w chwili wyrokowania z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć. Wskazał przy tym, że brak przepisu umożliwiającego zmianę wysokości zadośćuczynienia (na wzór renty), a inny ówczesnie obowiązujący przepis, nakazujący orzekanie z urzędu w sprawach związanych z odpowiedzialnością deliktową (art. 321 § 1 k.c.), nakazuje uwzględnianie przez sądy wszystkich postaci krzywdy, które możliwe są do oceny w dacie wyrokowania.

Stanowisko powyższe w zasadzie, ale z zastrzeżeniami, wobec częściowej dezaktualizacji motywów, było podzielane w doktrynie (por. m.in. J. Panowicz-Lipska, "Majątkowa ochrona dóbr osobistych", Wyd. Prawnicze, 1975 r., str.

108 i 116, A. Szpunar, "Zadośćuczynienie za szkodę niemajątkową", O.W. Branta, Bydgoszcz 1999 r., str. 175-176) czy późniejszych judykatach (por.m.in. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 29 maja 2000 r., III CKN 806/98, opubl. w systemie informatycznym Lex pod nr (...), z dnia 20 października 2004 r., I CK 321/04, opubl. w Lex pod nr (...), z dnia 7 marca 2013 r., II CSK 364/12, opubl. w nr 2 OSP z 2014 r. pod poz. 16 i z dnia 28 stycznia 2015 r., II CSK 182/14, opubl. w Lex pod nr (...)). W powołanym orzecznictwie zwracano jednak uwagę na potrzebę większej elastyczności w zakresie oceny kompletności zadośćuczynienia i różnicowania krzywdy. Wskazywano, że wprawdzie zasadą jest przyznawanie poszkodowanemu jednego zadośćuczynienia obejmującego wszystkie aspekty jego krzywdy, pozostające w związku przyczynowym ze zdarzeniem i dające się przewidzieć w ramach podstawy sporu, niemniej przyznanie dodatkowego zadośćuczynienia nie jest wyłączone w razie ujawnienia takiej nowej krzywdy, której w dacie poprzedniego orzekania nie można było przewidzieć lub której rozmiaru nie można było dostatecznie ocenić z uwagi na powikłania trwającej terapii, które mogą, lecz nie muszą się pojawić, a ich dolegliwość w indywidualnych przypadkach może być zdecydowanie odmienna. W każdym wypadku konieczna jest szczegółowa analiza uprzednio wydanego orzeczenia z odwołaniem się, w razie potrzeby, do jego motywów.

Powszechnie przyjmowanym w orzecznictwie i doktrynie poglądem pozostaje więc, że nie można domagać się więcej niż jednego zadośćuczynienia za tę samą krzywdę, chociażby jej postać ulegała zmianom. Prawo materialne, w szczególności art. 445 § 1 k.c., nie daje osobom poszkodowanym podstawy do domagania się przyznania dodatkowej sumy z tytułu zadośćuczynienia w razie nieprzewidzianego nawet pogorszenia się stanu ich zdrowia w przyszłości, wywołującego zmianę w zakresie krzywdy w sensie jej odczuwania w stopniu większym lub bardziej dotkliwym, gdyż zadośćuczynienie z natury swej jest trudno wymierne, a by było odpowiednie czy stosowne, musi uwzględnić wszystkie okoliczności. Stąd obowiązkiem sądów jest branie pod uwagę nie tylko szkody niemajątkowej w postaci cierpień fizycznych i krzywdy moralnej, której poszkodowany już doznał do chwili zamknięcia rozprawy poprzedzającej wydanie rozstrzygnięcia, ale sądy obowiązane są również uwzględnić krzywdę, którą poszkodowany będzie na pewno odczuwał w przyszłości, oraz tę krzywdę, którą można w chwili wyrokowania z dużym stopniem prawdopodobieństwa przewidzieć, a której granice zakresła przewidywanie przeciętne na podstawie logicznego rozumowania. Nie należy więc dopatrywać się jakiejś odrębnej krzywdy wtedy, gdy w rzeczywistości ujawniona zostaje tylko nowa okoliczność powodująca jedynie rozrastanie się istniejącej już dawniej i znanej sądowi krzywdy (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 października 2013 r., I ACa 537/13, opubl. w Lex pod nr (...)).

W tym miejscu wypada odnieść się do zarzutów naruszenia prawa procesowego nakierowanych na wykazanie ewentualnych uchybień w zakresie oceny dowodów, które zdaniem apelującego skutkowały wadliwymi ustaleniami. Nie budzi bowiem wątpliwości, że poprawnej oceny zarzutów naruszenia prawa materialnego można dokonać wyłącznie w oparciu o prawidłowo zakresloną podstawę faktyczną rozstrzygnięcia.

Skarżący powołał się na rzekome nieuwzględnienie przez Sąd I instancji zarówno przy czynieniu ustaleń, jak i przy ocenie opinii biegłych wydanych w niniejszej sprawie, założeń badawczych oraz wniosków opinii wydanych w sprawie sygn. akt II C 434/09 Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, jak również na nieuwzględnienie informacji o zdarzeniach, które miały miejsce na przestrzeni lat 2006 – 2014. Zarzut ten, powiązany przez apelującego z naruszeniem normy art. 233 k.p.c., okazał się chybiony. Nie ulega wątpliwości, że przy rozpoznawaniu żądania dalszego zadośćuczynienia, w sposób drobiazgowy należało odnieść się do przewidywań co do stanu zdrowia powoda, przedstawionych w 2006 roku. Jak wynika z pisemnych motywów zaskarżonego wyroku oraz uzasadnienia wyroku w sprawie sygn. akt II C 223/04, Sąd Okręgowy orzekający w niniejszej sprawie wywiązał się z tego obowiązku, nie pomijając przy tym żadnych okoliczności. Zauważył i uwypuklił, że w chwili wydawania wyroku z dnia 29 czerwca 2006 roku znaną była już sądowi projekcja następstw zakażenia gronkowcem dla ewentualnych zmian stanu zdrowia somatycznego i psychicznego powoda. Z uzasadnienia orzeczenia w sprawie II C 223/04 oraz opinii biegłych wydanych w tej sprawie wynika, że już wówczas biegli prognozowali w przyszłości możliwość wystąpienia stanów zapalnych, w tym przetok, które mogłyby wpływać na inne organy. Podkreślono już wówczas, że trwające przewlekłe zakażenie gronkowcem może spowodować w przyszłości rozsiane zmiany ropne w innych narządach lub ciężkie zakażenie uogólnione - posocznicę, zwłaszcza przy współistniejącej cukrzycy. Przewidywano również, iż istniejący u powoda trwały uszczerbek na zdrowiu może w przyszłości ulec powiększeniu.

Wynikająca z usytuowania Sądu odwoławczego jako sądu meriti powinność ponownej kompleksowej oceny materiału procesowego doprowadziła do dostrzeżenia potrzeby zasięgnięcia zaktualizowanej wiedzy dotyczącej stanu zdrowia psychicznego powoda. W tym celu Sąd Apelacyjny dopuścił dowód z opinii biegłego psychiatry T. P. (1), celem wypowiedzenia się, jaki jest obecny stan zdrowia psychicznego powoda, a w szczególności czy z punktu widzenia psychiatry po dniu 29 czerwca 2006 roku wystąpiła u powoda jakaś nowa szkoda, jeśli tak, to jaki był rozmiar cierpień z nią związanych, a także czy wywołała u powoda trwałe uszczerbek na zdrowiu i w jakim rozmiarze.

Złożone przez biegłego opinie pisemna i ustna uzupełniająca są w pełni wiarygodnym źródłem informacji. Pochodzą z obiektywnego źródła i udzielono w nich jednoznacznych odpowiedzi zarówno na pytania postawione w środku odwoławczym, jak i na pytania dodatkowe, zawarte w piśmie procesowym pełnomocnika powoda z dnia 4 marca 2016 roku (k. 560). Z treści opinii wynika, że T. P. (1) zapoznał się zarówno z aktami sprawy, w tym opiniami biegłych wydanymi do spraw II C 223/04 i II C 434/09, jak i zbadał osobiście powoda. Opinia pisemna zawiera szczegółowy opis badań, jak również wytłumaczenie, w oparciu o wiedzę teoretyczną, etiologii i objawów dolegliwości określanych jako organiczne zaburzeń nastroju oraz zaburzenia depresyjne. Podkreślić przy tym należy, że T. P. (1) dysponował szczególnie wnikliwym rozeznaniem w sytuacji zdrowotnej i życiowej powoda, skoro przeprowadzał badania w 2005 roku przed wydaniem opinii w sprawie II C 223/04. Biegły uwzględnił również dokument złożony przez stronę powodową w postaci kopii zaświadczenia wydanego 13 kwietnia 2015 roku przez neurologa, dr K. K. z rozpoznaniem: Przewlekła niewydolność naczyń krążenia mózgowego, Cukrzyca typu II, Zmiany zwyrodnieniowe stawów. P. kk. dolnych, głównie prawej z przeczulicą. Wśród zalecanych leków: H. 2 x 25 mg, A. 2 x 200 mg i U..

Na podstawie złożonych w toku postępowania odwoławczego opinii, Sąd Apelacyjny poczynił następujące dodatkowe ustalenia faktyczne:

W chwili obecnej u P. S. (1) występuje przewlekła dekompensacja w przebiegu organicznych zaburzeń osobowości. W jej obrazie pojawiają się również pojedyncze elementy depresyjne. Po dacie 29 czerwca 2006 roku nie doszło do nowej szkody w zakresie zdrowia psychicznego. Te same zaburzenia powód ujawniał przed 29 czerwca 2006 roku. Określenie zakresu cierpień i stopnia uszczerbku na zdrowiu, wynikających z nowej szkody, jest bezprzedmiotowe.

Ocena porównawcza aktualnego stanu psychicznego powoda wobec stanu istniejącego w 2005 i 2006 roku wskazuje, że jedyny objaw obecnie nieco bardziej nasilony to pewne zaburzenia odtwarzania niektórych danych z pamięci, które jednak tłumaczą się bardzo dobrze trwającymi zaburzeniami ogólnoustrojowymi (cukrzyca, choroba wieńcowa, otyłość), nie mogącymi pozostać bez wpływu na naczynia mózgowie i sprawność procesów poznawczych. Zaburzenia te nie osiągają jednak poziomu otępienia i nie mogą być powodem do stawiania oddzielnych rozpoznań. Wynikają poza tym z chorób ogólnoustrojowych, nie związanych przyczynowo z zakażeniem gronkowcem (k. 551).

Gdyby nawet przyjąć koncepcję rozpoznania organicznych zaburzeń nastroju lub depresyjnych stawianego przez inne biegłe w opiniach, wówczas należałoby je stwierdzić już w trakcie badania w 2005 roku i nie byłoby żadnych podstaw do doszukiwania się pojawienia się nowych zaburzeń psychicznych i nowej szkody w zdrowiu psychicznym powoda (k. 551). Biegły podkreślił, że niemożność rozpoznania depresji wynika także z zeznań H. S. (1). T. P. powołał się na opis przebiegu i efektów incydentalnych spotkań ze znajomym psychologiem, który dzięki dwóm zdaniom przekazany na korytarzu przychodni miał znacząco poprawiać stan powoda. Sugeruje to, że zaburzenia występujące u P. S. (1) mają charakter zaburzeń osobowościowych, gdyż tylko w takim przypadku możliwa jest tzw. krótka interwencja terapeutyczna, czyli krótki komunikat, który ukierunkowany jest do konkretnego pacjenta i skuteczny. W depresji nie ma mowy o takiej formie skutecznej terapii (k. 550).

Nie istnieje bezpośredni związek między infekcją gronkowcem, a podłożem organicznych zaburzeń osobowości (i innych ewentualnych zmian organicznych). Aby taki bezpośredni związek zaistniał, infekcja gronkowcowa musiałaby wywołać bezpośrednio zmiany w mózgu, których następstwem byłyby np. ropnie mózgu. Tymczasem brak danych na jakąkolwiek infekcję w obrębie mózgowia, zaś w CT głowy opisano tylko zmiany zanikowe o trudnej do ustalenia etiologii, ale na pewno nie infekcyjnej. Wpływ infekcji gronkowcem na ujawnienie się cech organicznych zaburzeń

osobowości jest więc tylko pośredni poprzez spowodowanie na skutek powikłań poinfekcyjnych sytuacji stresowej, z którą zaburzona osobowość powoda sobie nie poradziła i zareagowała dekompensacją (k. 548).

W ocenie biegłego, część objawów opisywanych u powoda, a mających charakter depresyjnych (obniżenie nastroju, apatia, niechęć do aktywności i terapii) wpisuje się w obraz dekompensacji organicznych zaburzeń osobowości. Elementy depresyjne mogą bowiem stanowić część obrazu takiej dekompensacji. Dlatego nie ma powodu do wyodrębniania tych objawów jako stanowiących oddzielne zaburzenie: organiczne zaburzenia nastroju (czy depresyjne). Elementy depresyjne są w przypadku P. S. (1) elementem obrazu dekompensacji zaburzonej osobowości w odpowiedzi na przewlekłą sytuację stresową, jaką jest jego inwalidztwo. Inwalidztwo to wynika zaś w pierwszej kolejności z powikłań ortopedycznych zakażenia gronkowcem, ale jest też skutkiem chorób ogólnoustrojowych, których przyczyna pozostaje poza skutkami zakażenia, są samoistne lub pojawiły się także na skutek obciążeń związanych np. z otyłością. To, że wzajemnie one wpływają na swój przebieg, jak np. cukrzyca, która rozchwiana sprzyja uaktywnieniu infekcji, zaś aktywna infekcja pogarsza przebieg cukrzycy i stabilizację poziomów glikemii, jest również faktem. Dla oceny przyczyn utrzymywania się zarówno objawów organicznych zaburzeń osobowości, jak i nasilania objawów somatycznych kluczowy jest mechanizm tzw. „błędnego koła”. Z punktu widzenia psychiatrycznego jego przerwanie jest możliwe i celowe - tylko skutecznie podjęta terapia psychiatryczna, ewentualnie wspierana psychoterapią może zminimalizować skutki istniejących schorzeń somatycznych przyczyniając się do stabilizacji stanu zdrowia somatycznego (k. 548 – 549).

Wyniki przeprowadzonego przez Sąd odwoławczy postępowania dowodowego nie podważają zatem wniosków wyprowadzonych przez Sąd Okręgowy w zakresie prawidłowości rozpoznania w opinii biegłej E. P. (1) schorzeń występujących u powoda oraz jego stanu psychicznego. Nie wskazują ponadto na występowanie rozbieżności pomiędzy wnioskami opinii biegłej E. P. (3) a opinią sądowo - psychiatryczną wydaną przez biegłego lekarza psychiatrę E. W. (2) w sprawie II C 434/09. Opinia T. P. potwierdza również wysuwaną już wcześniej przez pozostałych biegłych z zakresu psychiatrii tezę, że narastanie niekorzystnych następstw zakażenia i innych chorób somatycznych, jakkolwiek było przewidywalne w chwili orzekania w sprawie II C 223/04, to na dodatek wynikało z postawy powoda, której nie warunkowały zaburzenia zdrowia psychicznego. T. P. (1) podkreślił, że zazwyczaj depresja tylko w najcięższych postaciach (która absolutnie nie występuje w przypadku powoda) prowadzi do odmowy leczenia. W przypadku powoda odmowa zgody na leczenie, w tym psychiatryczne, wynika z osobowości i postawy życiowej powoda, który „odnalazł się” w roli chorego, z inwalidyzowanego, co podkreśla przy każdej okazji. Jest przewlekłe od lat zdyskomfortowany swoją sytuacją, a jego subiektywne odczucie doznanych chorób i inwalidztwa jest bardzo nasilone, ale jednocześnie nie szuka z niej optymalnego wyjścia, czyli najbardziej skutecznych metod leczenia, wymagających także wyraźnej współpracy z jego strony (dotyczy to również zaburzeń ogólnoustrojowych). Oczekuje udzielania mu pomocy tylko według jego życzeń i zasad, nie przestrzegając zaleceń, często postępując tych, którzy udzielali mu pomocy, wykazując zaufanie tylko do kilku osób z kręgu lekarskiego. Nie widzi potrzeby leczenia psychiatrycznego, „bo po co”. Opisywane przez żonę zachowanie powoda w trakcie wizyt psychiatry i psychologa, odwracanie się tyłem, tłumaczona zmęczeniem odmowa udziału w terapii po 10 minutach wskazują wyraźnie, że nie życzy on sobie faktycznej pomocy.

Konstruując stan faktyczny sprawy w pozostałym zakresie, Sąd I instancji nie dopuścił się naruszenia zasady swobodnej oceny dowodów wyrażonej w art. 233 § 1 k.p.c. Skuteczne postawienie zarzutu naruszenia przez sąd tego przepisu wymaga wykazania, iż sąd uchybił zasadom logicznego rozumowania lub doświadczenia życiowego. Zarzut dowolnego i fragmentarycznego rozważenia materiału dowodowego wymaga dla swej skuteczności konkretyzacji, i to nie tylko przez wskazanie przepisów procesowych, z naruszeniem których apelujący łączy taki skutek, lecz również przez określenie, jakich dowodów lub jakiej części materiału zarzut dotyczy, oraz podania przesłanek dyskwalifikacji postępowania Sądu I instancji w zakresie oceny poszczególnych dowodów na tle znaczenia całokształtu materiału dowodowego oraz w zakresie przyjętej podstawy orzeczenia. Ponadto zarzut ten, jak każdy zarzut apelacyjny, powinien być sformułowany na tyle szczegółowo, aby można było określić kierunek postępowania merytorycznego i kontroli Sądu II instancji.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, takich wywodów apelacja nie zawiera. Strona powodowa wskazała wprawdzie, z jakimi konkretnie dowodami poczynione przez Sąd I instancji ustalenia faktyczne pozostają w sprzeczności. Nie uszczegółowiła jednak, w jaki sposób Sąd ten naruszył zasady logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego.

Na ocenę dowodów z opinii biegłych i poczynione ustalenia co do stanu zdrowia somatycznego nie mogły wpłynąć relacja żony powoda o przebiegu rzekomego zakażenia ze stycznia 2014 roku oraz dokumentacja lekarska dotycząca tego schorzenia. Nawet przy założeniu, że doszłoby do pozytywnej weryfikacji twierdzeń powoda w tym zakresie, nie sposób byłoby przyjąć, że takie zjawisko spełnia wymogi tzw. nowej krzywdy. Jak jasno wynika z uzasadnienia orzeczenia w sprawie II C 223/04 oraz wydanych w tamtej sprawie opinii biegłych, Sąd orzekający w dniu 29 czerwca 2006 roku uwzględnił prawdopodobieństwo wystąpienia w przyszłości zarówno rozsianych zmian ropnych w innych narządach lub nawet ciężkiego zakażenia uogólnionego – posocznicy. Zlokalizował również źródło zagrożenia takimi zjawiskami w trwającym wówczas (i utrzymującym się do chwili orzekania przez Sądy w sprawie niniejszej) przewlekłym zakażeniu gronkowcem, powiązanim z istniejącą od 2005 roku cukrzycą.

W podobny sposób odnieść się należy do rzekomego zbagatelizowania znaczenia opinii biegłych wydanych w sprawie II C 434/09 Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi.

W wymienionym właśnie postępowaniu została wydana opinia biegłego specjalisty chorób zakaźnych lek. med. E. S., opisująca występujące w 2011 roku skutki zakażenia gronkowcem dla organizmu powoda. Wspomnianemu dowodowi nie sposób jednak nadać kluczowego, czy choćby istotnego znaczenia. Zawarte tam wnioski potwierdzały jedynie stwierdzenia biegłych, opiniujących uprzednio w sprawie II C 223/04, iż może dojść do powstawania przetok ropnych, a usunięcie patogenu jest niezwykle trudne.

Orzekając w sprawie II C 223/04 Sąd Okręgowy w Łodzi miał również na uwadze, że przebieg cukrzycy u powoda, trudności z jej wyrównywaniem, będą skomplikowane skutkami zakażenia gronkowcem. W opinii wydanej dnia 16 września 2011 roku przez dr M. P. - internistę diabetologa nie pojawiają się zatem żadne nowe informacje, nieznane w stosunku do stanu z 2006 roku. Z kolei z opinii biegłego kardiologa M. D. (1) wynika jedynie powiązanie rozwoju chorób somatycznych i schorzeń psychicznych, wzajemne ich nakładanie się u powoda. Wnioski zawarte w opinii M. D. nie przeczą jednak ustaleniom poczynionym w niniejszej sprawie, jak również w sprawie II C 223/04. Przeciwnie, potencjalnie niestabilny przebieg cukrzycy został już przewidziany przez biegłych opiniujących w sprawie II C 223/04 i niewątpliwie mógł stanowić źródło zwiększonego ryzyka komplikacji i dolegliwości układu krążenia. Niezależnie jednak od tego, że cukrzyca w przypadku powoda ma charakter choroby o pochodzeniu całkowicie niezwiązanym z zakażeniem gronkowcem, to podkreślić należy, że samego sposobu kontroli przebiegu cukrzycy nie sposób powiązywać wyłącznie z tymi właściwościami stanu psychicznego, które wywołane zostały reakcją emocjonalną na zakażenie. Jak wynika z opinii T. P. to postawa samego powoda, jego zaniedbania, wpływają na sposób kontroli cukrzycy. Z kolei samo zaliczenie powoda do grupy podwyższonego ryzyka zawałem serca z uwagi na fakt chorowania na depresję, wobec poczynionego w niniejszej sprawie rozpoznania rodzaju zaburzeń psychicznych, należy uznać za bezpodstawną dywagację biegłego M. D..

W odniesieniu z kolei do następstw przebiegu schorzeń dla stanu narządów ruchu powoda, Sąd Okręgowy nie pominął potrzeby uwzględnienia kwestii podłoża zmian zwyrodnieniowych stawów, wskazanej w opiniach dr A. W. (1) – wydanej w sprawie niniejszej oraz w sprawie II C 434/09. Podkreślić należy, że wpływ inwalidztwa, ograniczonych możliwości motorycznych na rozwój tych zmian zwyrodnieniowych nie jest żadną nowością w porównaniu z ustaleniami poczynionymi w 2006 roku. Wówczas bowiem postawiono nawet prognozę konieczności amputowania chorej nogi. Prognozowano także ograniczenie możliwości motorycznych przy zachowaniu samej kończyny, a zasądzonym zadośćuczynieniem objęte zostały wszelkie następstwa takiego zjawiska dla stanu zdrowia w zakresie pozostałej części układu narządów ruchu, w tym elementów kostno – szkieletowych.

Nie sposób wreszcie doszukać się uchybień w ocenie i interpretacji przez Sąd I instancji dowodu z wydanej w sprawie niniejszej opinii biegłego dermatologa A. W. (2) w sposób jednoznaczny wykluczyła, aby zakażenie gronkowcem stanowiło patogen wywołujący zmiany skórne. Wobec dokonanej już dyskwalifikacji twierdzeń o występowaniu

u powoda objawów depresji, odrzucić zaś należy tezę skarżącego, jakoby to zjawisko mogło np. nasilać przebieg łuszczycy.

Reasumując, zgromadzony materiał dowodowy nie dawał podstaw do stwierdzenia, że po dniu wyrokowania w sprawie II C 223/04 doszło do ujawnienia się następstw zakażenia, które możnaby zakwalifikować do kategorii schorzeń niewystępujących w dniu 29 czerwca 2006 roku. Nie doszło również do takiego pogorszenia się już występujących objawów, którego to pogorszenia Sąd Okręgowy nie przewidywałby w chwili wydawania wyroku w dniu 29 czerwca 2006 roku i które byłoby pominięte przy określaniu wysokości zadośćuczynienia. W konsekwencji Sąd I instancji orzekając w sprawie niniejszej trafnie stwierdził bezzasadność żądania dalszego zadośćuczynienia z art. 445 k.c., a podniesiony zarzut naruszenia norm prawa materialnego jest chybiony.

Wyniku kontroli instancyjnej nie mogła zmienić argumentacja podniesiona przez stronę powodową w piśmie z dnia 12 kwietnia 2016 roku (k. 587 - 588), a polegająca na wysunięciu żądania zasądzenia zadośćuczynienia w związku z ujawnieniem się chorób oczu. Takie stanowisko, w świetle art. 383 k.p.c., jest niedopuszczalnym zgłoszeniem nowego żądania w postępowaniu apelacyjnym. Sąd odwoławczy jest wprawdzie sądem merytorycznym, ale to merytoryczne rozpoznanie nie może przekraczać - co do zasady - zakresu rozpoznania sprawy przed sądem pierwszej instancji. Skoro zaś wymieniona kwestia (wystąpienie choroby oczu i istnienie związku pomiędzy tym zjawiskiem a zdarzeniem szkodzącym) nie stanowiła przedmiotu orzekania przez Sąd Okręgowy, to uznać należało, że strona powodowa zmieniła żądanie dopiero w toku postępowania apelacyjnego, a Sąd odwoławczy obowiązany był pominąć tak zgłoszone roszczenie. Z tych względów oddalono wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego specjalisty chorób oczu na okoliczność, czy stwierdzona obecnie u powoda zaćma jest dalszym skutkiem zakażenia organizmu gronkowcem albo może stanowić ujawnione obecnie powikłanie po tym zakażeniu i stanowi nową krzywdę, która nie została przewidziana i uwzględniona w wyroku z dnia 29 czerwca 2006 roku.

Z tych wszystkich względów Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach postępowania odwoławczego rozstrzygnięto z mocy art. 102 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Sąd Apelacyjny, mając na uwadze aktualną sytuację majątkową i zdrowotną powoda, zdecydował się w oparciu o zasadę słuszności, na nieobciążanie go obowiązkiem zwrotu kosztów w jakiegokolwiek części.

Na podstawie § 6 pkt 6 w zw. z § 12 ust 1 pkt 2 w zw. z § 2 ust. 3 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.) w zw. z § 21 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych. (Dz. U. poz. 1804), przyznano pełnomocnikowi powoda zwrot kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu w postępowaniu apelacyjnym. Sąd odwoławczy nie znalazł przy tym podstaw do obliczenia wynagrodzenia w oparciu o dwukrotność stawki minimalnej, określonej wyżej powołanymi przepisami. Wbrew stanowisku skarżącego, zwiększenia wysokości wynagrodzenia pełnomocnika z urzędu nie nakazywał rozmiar nakładu pracy czy wyjątkowa zawilóść sprawy. Aktywność pełnomocnika powoda na tym etapie ograniczyła się do wygenerowania dokumentu apelacji, zawierającej w przeważającej części powtórzenie tez opinii biegłych, złożenia dwóch pism procesowych oraz dwukrotnej obecności na rozprawie apelacyjnej. Stopień skomplikowania poruszanych zagadnień nie odbiegał od poziomu regularnie występującego w innych procesach, przy zbliżonej konfiguracji podstawy faktycznej powództwa i zbliżonej wartości przedmiotu sporu. W przekonaniu Sądu Apelacyjnego, adekwatnym do nakładu pracy oraz przyczynienia się pełnomocnika powoda do wyjaśnienia i rozstrzygnięcia sprawy jest wynagrodzenie w stawce minimalnej, powiększonej o kwotę podatku od towarów i usług.

W punkcie 4 na podstawie art. 288 zd. 1 k.p.c. oraz art. 89 § 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1025 ze zm.) przyznano biegłemu T. P. (1) ze Skarbu Państwa wynagrodzenie za stawiennictwo na rozprawie apelacyjnej i wydaną ustną opinię uzupełniającą.