

Sygn. akt I C 53/16

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 czerwca 2017 r.

Sąd Okręgowy w Zielonej Górze Wydział I Cywilny

w składzie

Przewodniczący: SSO Zbigniew Woźniak

**Protokolant: st. sekr. sąd. Katarzyna Golańska**

po rozpoznaniu w dniu 25 maja 2017 r. w Zielonej Górze

na rozprawie

sprawy z powództwa H. Ł.

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

przy udziale interwenienta ubocznego po stronie pozwanej (...) Centrum (...) im. dr. (...) sp. z o.o. w Ś.

o zapłatę

I. oddała powództwo;

II. zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu;

III. oddała wniosek interwenienta ubocznego o zasądzenia kosztów procesu na jego rzecz.

Sygn. akt I C 53/16

## UZASADNIENIE

Powód H. Ł. pozwem z dnia 5 lutego 2016 r. domagał się zasądzenia od strony pozwanej (...) S.A. w W. kwoty 80.000 zł tytułem zadośćuczynienia. W uzasadnieniu żądania pozwu powód twierdzi, że w dniu 21 sierpnia 2014 r. miał wykonany zabieg operacyjny endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego w (...) Ośrodku (...) im. dr L. W. SP ZOZ w Ś.. Przed zabiegiem nie stwierdzono u niego jakiegokolwiek zakażenia, w tym bakterią E. Coli. W dniu 27 sierpnia 2014 r. został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym. Po opuszczeniu szpitala pomimo przyjmowanych leków przeciwbólowych zaczął narastać ból prawej nogi, co skutkowało ograniczeniem wykonywania jakichkolwiek ruchów. Podczas wizyt kontrolnych każdorazowo zgłaszał silne dolegliwości bólowe i dopiero w dniu 25 maja 2015 r. został przyjęty na oddział ortopedii z podejrzeniem obluzowania endoprotezy oraz infekcji okołoprotezowej. W dniu 3 czerwca 2015 r. wykonano zabieg rewizji endoprotezy oraz pobrano materiał na badanie bakteriologiczne, które wykazało liczną obecność E. Coli, co skutkowało obluzowaniem endoprotezy oraz dolegliwości bólowe. Po zastosowaniu antybiotykoterapii i ustąpieniu objawów powód w dniu 16 lipca 2015 r. przeszedł kolejny zabieg operacyjny endoprotezoplastykę rewizyjną całkowitą stawu kolanowego prawego. Powód zgłosił szkodę LORO z żądaniem zapłaty kwoty 130.000 zł tytułem zadośćuczynienia. Strona pozwana odmówiła przyjęcia odpowiedzialności co do zasady za doznana krzywdę powoda, kwestionując związek między leczeniem powoda w LORO a wystąpieniem zakażenia. Powód nadto wskazał, iż zakażenie bakterią e. Coli, spóźniona diagnoza, wielomiesięczne cierpienia i konieczność poddania się kolejnym zabiegom operacyjnym wynikają z błędów w sztuce lekarskiej oraz zaniedbań popełnionych przez lekarzy LORO i personel medyczny w okresie od 11 sierpnia 2014r. do 15 czerwca 2015 r.

Strona pozwana Powszechny Zakład Ubezpieczeń Społecznych S.A. w W. w odpowiedzi na pozew (K-...) wniosła o oddalenie powództwa w całości zarzucając, iż powód, nie wykazał, iż do zakażenia bakterią E. Coli doszło w LORO SP ZOZ w Ś. z powodu zaniedbań lekarzy w trakcie leczenia powoda. Okoliczności sprawy świadczą, że do zakażenia nie doszło w LORO SP ZOZ w Ś., a zakażenie zostało rozpoznane bez opóźnienia tj. w dniu 20 maja 2015 r. w momencie gdy powód zgłosił się z objawami do (...) w LORO. Strona pozwana zarzuciła przy tym, że powód w dniu przyjęcia wskazał, iż od 6 tygodni wystąpiły znaczne, narastające dolegliwości bólowe kolana prawego, obrzęk, wzmożone ucieplenie i ograniczenie ruchomości kolana, tym samym za skutki kilkutygodniowej zwłoki w zgłoszeniu się do lekarza nie powinien odpowiadać ubezpieczony, a tym samym strona pozwana jako ubezpieczyciel. Jednocześnie strona pozwana na podstawie art. 84 k.p.c. wezwała o przypozwanie o toczącym się procesie i wzięcia w nim udziału (...) Ośrodek (...) im. dr L. W. SPZOZ w Ś..

Interwenant uboczny po stronie pozwanej (...) Centrum (...) im. dr (...) Sp. z o.o. z siedzibą w Ś. w interwencji ubocznej z dnia 19 czerwca 2016 r. (K-420-424) wniósł o oddalenie powództwa w całości zarzucając, iż brak jest podstaw do twierdzenia, że doszło do błędu medycznego w procesie leczenia powoda, tak podczas operacji w dniu 21 sierpnia 2014 r., jak i w okresie późniejszym. Powód wbrew swoim twierdzeniom nie został zakażony bakterią E.Coli na skutek przeprowadzonego zabiegu operacyjnego w dniu 21 sierpnia 2014 r. Nie doszło również do jakichkolwiek innych zaniedbań ze strony lekarzy lub innego personelu medycznego interwenienta, które skutkowałyby zakażeniem powoda bakterią E. Coli a w konsekwencji koniecznością przeprowadzenia kolejnych dwóch operacji rewizyjnych. Jednocześnie interwenant uboczny z ostrożności procesowej zakwestionował wysokość dochodzonego przez powoda zadośćuczynienia. Nadto interwenant uboczny wskazał, iż jest następcą prawnym (...) Ośrodka (...) im. dr L. W. w związku z przekształceniem do jakiego doszło w dniu 4 grudnia 2015 r. na podstawie art. 69 i nast. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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

Powód H. Ł. w dniu 20 sierpnia 2014 r. został przyjęty do (...) Ośrodka (...) w Ś., z powodu dolegliwości bólowych prawego stawu kolanowego trwających od pięciu lat. Powód został zakwalifikowany do endoprotezoplastyki prawego stawu kolanowego w związku z rozpoznaną u niego pierwotną obustronną gonartrozą.

Przy przyjęciu u powoda stwierdzono artroskopie lewego stawu kolanowego, cholecystektomie, udar niedokrwienny, stan po operacji przepukliny, T., chorobę niedokrwienną serca, zawał mięśnia sercowego, cukrzycę, dna moczanową, zakrzepicę żyły piszczelowej, nie leczone zmiany zakrzepowe żył udowych, nadciśnienie tętnicze.

Przed zabiegiem wykonano powodowi badanie rtg, ekg i badania laboratoryjne, uzyskano zgodę H. Ł. na zabieg operacyjny i w dniu 21 sierpnia 2014 r. przeprowadzono operację endoprotezoplastyki całkowitej stawu kolanowego prawego. Przed operacją powodowi został podany antybiotyk. Powód miał przy tym znieczulenie podpajęczynówkowe tj. wkłucie nastąpiło w plecy. W karcie zleceń nie została odnotowana godzina podania powodowi antybiotyku, ze względu na to, że ustalony wcześniej plan operacji, mógł ulec w dniu operacyjnym zmianie. Natomiast powód otrzymał antybiotyk o godzinie 9:55, zgodnie z pierwszym pomiarem ciśnienia.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i bez powikłań. Prowadzona była kontrola rany pooperacyjnej, profilaktyka przeciwwzakrzepowa, rozpoczęto leczenie usprawniające polegające na ćwiczeniach ruchów w stawie kolanowym prawym i naukę chodzenia w asekuracji kul łokciowych z częściowym obciążaniem prawej kończyny dolnej. Powód zgłaszał dolegliwości bólowe, które z każdym dniem po operacji ulegały zmniejszeniu. Po uzyskaniu dobrego zakresu ruchu w operowanym stawie, nauczeniu się chodzenia w asekuracji kul łokciowych i po zmianie opatrunku powód został wypisany do domu z zaleceniami chodzenia w asekuracji kul łokciowych z częściowym obciążaniem operowanej kończyny, wykonywania wyuczonych ćwiczeń, dbałości o opatrunek, oszczędny tryb życia, dalszą profilaktyką przeciwwzakrzepową. Badanie kontrolne w poradni ortopedycznej zostało wyznaczone na dzień 03 września 2014 r., z tym zastrzeżeniem, że w razie potrzeby należy zgłosić się wcześniej.

(dowód: skierowanie do szpitala; K-18,

historia choroby; K-19-20,  
protokół pooperacyjny; K-21,  
pozostała dokumentacja medyczna powoda; K-22-34,220-233  
karta informacyjna leczenia szpitalnego; K-35,  
zeznania świadka A. W.; K-170-171,  
rozszerzona zgoda na zabieg operacyjny; K-210,  
karta zleceń lekarskich; K-215-216,  
indywidualna karta opieki pielęgniarskiej; K-217-219,  
zeznania świadka M. S.; K-433-4345v,  
zeznania świadka K. D.; K-434v-435,  
zeznania świadka J. U.; K-513-514)

Powód po wyjściu ze szpitala pozostawał pod opieką poradni ortopedycznej, gdzie co dwa, trzy miesiące jeździł na badania kontrolne. Przez pierwsze dwa miesiące nie zgłaszał dolegliwości bólowych. Natomiast w okresie od sierpnia 2014 r. do maja 2015 r. powód nie odczuwał większych problemów z nogą.

Na pierwszej wizycie kontrolnej lekarz nie miał zastrzeżeń co do rany pooperacyjnej. Powód stosował się do zaleceń lekarskich. W przypadku gdyby występowały u powoda problemy, niedające się wyjaśnić w warunkach ambulatoryjnych, zostałyby skierowany do szpitala na oddział, w celu wyjaśnienia przyczyn dolegliwości.

Wraz z upływem czasu powód czuł się coraz gorzej, miła problemy ze snem, przyjmował leki przeciwbólowe. Kolano było spuchnięte, a ból operowanej nogi narastał.

(dowód: zeznania świadka M. S.; K-433-4345v,

zeznania świadka K. D.; K-434v-435,

zeznania świadka G. H.; K-435v-436)

W trakcie badania lekarskiego można jedynie podejrzewać zakażenie, które może być zakażeniem bardzo masywnym, utajonym lub powolnym, a które może objawiać się obrzękiem, bólem, zaczerwienieniem miejsca zakażenia. Wówczas jest konieczność przeprowadzenia szeregu badań, gdyż same objawy nie potwierdzają zakażenia.

Przyczyny zgłaszanych przez pacjentów dolegliwości bólowych po operacji implantu w stawie kolanowym, są trudne w zidentyfikowaniu. Jedną z nich jest zakażenie, jednakże nie jest to najczęstsza z przyczyn. Duże wszczepy dają duże dają ryzyko wystąpienia zakażenia, co jest wpisane w tę metodę leczenia.

(dowód: zeznania świadka M. S.; K-433-4345v)

Powód z powodu zgłaszanych dolegliwości bólowych stawu kolanowego prawego, ograniczenia ruchów stawu i problemów z chodzeniem ponownie został przyjęty na Oddział Rehabilitacyjny w (...) Ośrodku (...) u Ś., gdzie przebywał w od 13 lutego 2015 r. do 5 marca 2015 r. Powód zgłaszał również bóle kręgosłupa L-S.

Przy przyjęciu rozpoznano u niego pierwotną obustronną gonatrozę, przykurcz stawu kolanowego prawego, stan po endoprotezoplastyce stawu kolanowego prawego. W trakcie hospitalizacji wykonano badania laboratoryjne

oraz zastosowano zabiegi fizykalne, leki, ćwiczenia, dietę, kontrolowano ciśnienie tętnicze krwi. Po leczeniu usprawniającym powód nie zgłaszał dolegliwości bólowych stawu kolanowego prawego, poprawił się również zakres ruchów i wydolność chodzenia. Powód poruszał się przy pomocy jednej kuli łokciowej. Bez kuli łokciowej wydolny na krótkim dystansie.

Powód na własne życzenie został wypisany do domu z zaleceniami wykonywania wyuczonych ćwiczeń, chodzenia z pełnym obciążeniem prawej kończyny dolnej. Kontrolę w poradni ortopedycznej przewidziano za pięć miesięcy.

(dowód: skierowanie do szpitala; K-36,

historia choroby; K-37-38,

karta informacyjna leczenia szpitalnego; K-39,

rehabilitacyjna karta obserwacji lekarskich; K-40-42,

pozostała dokumentacja medyczna powoda; K-43-47,236-272,

prośba powoda o wypis; K-235,

zeznania świadka M. S.; K-433-4345v,

zeznania świadka K. D.; K-434v-435

W dniu 20 maja 2015 r. powód w trakcie wizyty w poradni ortopedycznej uzyskał skierowanie do szpitala, w związku z podejrzeniem zakażenia rany pooperacyjnej i w celu dalszego leczenia.

Powód z podejrzeniem obluźnienia endoprotezy stawu kolanowego prawego i odczuwanych dolegliwości bólowych obrzęku i zmózonego ucieplenia stawu kolanowego prawego został po raz kolejny hospitalizowany celem leczenia operacyjnego w (...) Ośrodku (...) w Ś. w okresie 25 maja 2015 r. do 15 czerwca 2015 r. W wywiadzie powód wskazał na narastające odczuwanie dolegliwości bólowych kolana prawego od około 6 tygodni

W trakcie pobytu powoda w szpitalu w dniu 3 czerwca 2015 r. wykonano zabieg operacyjny rewizji endoprotezy całkowitej stawu kolanowego prawego, usunięcia wszystkich elementów endoprotezy, pozostawienie spacer'a z cementu. Jednocześnie z pola operacyjnego pobrano z każdego implantu materiał na badania bakteriologiczne. W dniu 05 czerwca 2015 r. otrzymano wynik badania bakteriologicznego, które wykazało obecność bakterii E. Coli, w dwóch pobranych próbkach, co świadczyło, że zakażenie nie było masywne.

Przed wykonaniem zabiegu lekarze podejrzewali duże prawdopodobieństwo zakażenia, w związku z przeprowadzonymi wcześniej badaniami laboratoryjnymi, dlatego też operacja ta miała na celu przede wszystkim potwierdzenie zakażenia, co wiązało się z wyjęciem wszystkich implantów i pobraniem z nich próbek. .

Po zabiegu prowadzona była kontrola rany pooperacyjnej, profilaktyka przeciwzakrzepowa, antybiotykoterapia celowana, leczenie usprawniające. Kontrolowano wykładniki czynników zapalnych. Wobec zmniejszenia stężenia (...) wykładnika zapalnego w dniu 15 czerwca 2015 r., po usunięciu szwów, powód został wypisany do domu z zaleceniami chodzenia w asekuracji kul łokciowych z częściowym obciążeniem operowanej kończyny, wykonywania wyuczonych ćwiczeń o małej intensywności, dbałości o opatrunek, bandażowanie podudzi, dalszą profilaktykę przeciwzakrzepową oraz przeciwbólową. Jednocześnie zaplanowano ponowne przyjęcie do Oddziału Ortopedii na dzień 13 lipca 2015 r.

Powód został przyjęty w dniu 25 maja 2015 r., ze względu na konieczność przygotowania się do operacji, zamówienia specjalistycznego sprzętu. W przypadku powoda wymagane również było konsylium, w związku z podejrzeniem zakażenia, przy czym nie była to potwierdzone w związku z czym wymagało ustaleń, co do dalszego leczenia powoda.

(dowód: historia choroby; K-48-49,

ocena stanu pacjenta; K-50-54,  
pozostała dokumentacja medyczna powoda; K-55-62, 64-65 i 67-78,274-276, 282-348,  
protokół izolacji pacjenta; K-63,  
protokół pooperacyjny; K-66,  
karta informacyjna leczenia szpitalnego; K-79,  
zeznania świadka A. W.; K-170-171,  
rozszerzona zgoda na zabieg operacyjny; K-278  
skierowanie do szpitala; K-273  
zeznania świadka M. S.; K-433-4345v,  
zeznania świadka K. D.; K-434v-435,  
zeznania świadka G. H.; K-435v-436)

Powód po 4 tygodniach od wypisu został ponownie przyjęty na Oddział (...) Ośrodka (...) w Ś. do planowanego etapu rewizyjnej endoprotezy stawu kolanowego prawego. Hospitalizacja trwała od 13 – 31 lipca 2015 r., w trakcie której w dniu 16 lipca 2015 r. wykonano zabieg operacyjny endoprotezoplastyki rewizyjnej, całkowitej stawu kolanowego prawego, cementowana V. (...).

Podobnie jak przy poprzednich hospitalizacjach przebieg pooperacyjny był prawidłowy i bez powikłań. Prowadzona była kontrola rany pooperacyjnej, profilaktyka przeciwzakrzepowa, oraz rozpoczęto leczenie usprawniające. Stosowano przy tym antybiotykoterapię celowaną, zaś wobec zmniejszenia laboratoryjnych wykładników zapalnych antybiotyk odstawiono. Po uzyskaniu dość dobrego zakresu ruchu w operowanym stawie, nauczaniu się chodzenia w asekuracji kul łokciowych usunięciu szwów i zmianie opatrunku w dniu 31 lipca 2015 r. powód został wypisany do domu z zaleceniami chodzenia w asekuracji kul łokciowych z częściowym obciążaniem operowanej kończyn, wykonywaniem wyuczonych ćwiczeń, dbałości o opatrunek, bandażowania podudzi, dalszą profilaktykę przeciwzakrzepową. Jednocześnie powód uzyskał skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne na badanie kontrolne w poradni ortopedycznej.

(dowód: zgoda powoda na zabieg operacyjny; K-81,  
protokół pooperacyjny; K-82,  
historia choroby; K-83-84,  
ocena stanu pacjenta; K-85-90,  
pozostała dokumentacja medyczna powoda; K-90-104, 356-418  
karta informacyjna leczenia szpitalnego; K-105,  
skierowanie do szpitala; K-349,  
rozszerzona zgoda na zabieg operacyjny; K-352,)

Powód pismem z dnia 23 października 2015 r. zgłosił (...) Ośrodkowi (...) w Ś. szkodę i wniósł o zapłatę na jego rzecz kwoty 130.000 zł tytułem zadośćuczynienia związaną z błędem w sztuce lekarskiej popełnionym przez lekarzy LORO w Ś., w trakcie jego leczenia, a polegającym na zakażeniu jego bakterią E. Coli.

Zgłoszone przez powoda roszczenie zostało przekazane przez LORO SPZOZ w Ś. do rozpatrzenia stronie pozwanej (...) S.A. jako ubezpieczycielowi, o czym powód został poinformowany.

W toku postępowania likwidacyjnego strona pozwana po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną powoda, w piśmie z dnia 30 grudnia 2015 r. odmówiła wypłaty świadczenia pieniężnego, w związku z brakiem podstaw do przyjęcia odpowiedzialności przez (...) S.A. W uzasadnieniu decyzji wskazano, iż nie ma żadnego dowodu, że do infekcji doszło w trakcie zabiegu operacyjnego.

(dowód: pismo z 23.10.2015 r. dotyczące zgłoszenia szkody wraz z potwierdzeniem nadania; K-106-108,

pismo z 17.11.2015 r. o przekazaniu roszczenia; K-109,

decyzja (...) S.A. z 30.12.2015 r.; K-110-111)

Bakteria, która spowodowała zakażenie to bakteria występująca naturalnie u człowieka zdrowego w jelitach grubych. W sytuacji kiedy dochodzi do spadku odporności np. u osób w podeszłym wieku bakteria może powodować zakażenia oportunistyczne w organizmie, tj. przedostawać się poza jelita i powodować zakażenia w różnych rejonach ciała. Nie jest to jednak tzw. „bakteria szpitalna”.

W 2014 r. w (...) Ośrodku (...) w Ś. na przeprowadzonych łącznie około 2200 operacji doszło do jednego przypadku zakażenia bakterią E. Coli. W 2015 r. było dwa zakażenia, w tym jedno powoda.

(dowód: zeznania świadka M. S.; K-433-4345v)

W (...) Centrum (...) w Ś. (następcy prawnego LORO SP ZOZ w Ś.) przed zabiegiem odbywa się zawsze rozmowa z pacjentem, w trakcie której omawiane są możliwe powikłania związane z zabiegiem. Po rozmowie pacjenci podpisują zgodę na rozszerzony zabieg operacyjny.

Stosowana praktyka w szpitalu przed operacją jest taka, iż pacjent jest wcześniej myty na oddziale, zabezpieczony jest odbyt i cewka moczowa, zakłada się pacjentowi specjalnego pampersa. Po wjechaniu na salę operacyjną i zidentyfikowaniu pacjenta i potwierdzeniu, że nie jest on uczulony na żadne substancje jemu znane, jest podłączany antybiotyk wraz ze znieczuleniem. Następnie tak jak w przypadku powoda kończyna dolna jest myta ponownie od stopy do miejsca oddalanego o 20-25 cm powyżej kolana preparatami stosowanymi typowo do operacji endoprotez. Następnie pole operacyjne jest obkładane jałowym obłożeniem zostawiając wolne kolano. Skóra umyta i obłożona jałowym opatrunkiem zabezpieczana jest następnie folią z jodyną. Czas jaki upływa od podania antybiotyków i znieczulenia do rozpoczęcia operacji wynosi około pół godziny. W przypadku kiedy wymagane jest założenie stazy, czas ten wydłuża się o około 10 min. Antybiotyki podawane są profilaktycznie w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia wg normy na niecałą godzinę przed zabiegiem. Antybiotyk podawany jest przez pielęgniarkę anestezjologiczną.

W trakcie samej operacji jeszcze przed wszczepieniem endoprotezy, miejsce w którym ma być ona wszczepiona jest płukane specjalnym pulse lavage tj. jałowym płynem, po czym już po założeniu jest to miejsce jeszcze raz płukane przed zaszyciem. Następnie rana jest zamykana, zakładane są szwy i jałowy opatrunek, i dopiero po tym jałowe obłożenie jest usuwane. W sytuacji gdy operacja się przedłuża oraz w zależności od typu zabiegu, jest również podawana druga dawka antybiotyku. Karta zleceń zostaje wypełniona przez anestezjologa przed operacją podczas badania pacjenta dzień wcześniej.

(dowód: zeznania świadka M. S.; K-433-4345v,

zeznania świadka J. U.; K-513-514)

Powód został zakwalifikowany do zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego prawego, z uwagi na zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe udokumentowane radiologicznie, będące powodem występowania znaczących dolegliwości bólowych, dysfunkcji czynnościowej oraz zmniejszenia sprawności i wydolności chodu. Zabieg operacyjny został poprzedzony kwalifikacją anestetyczną do znieczulenia oraz oceną badań obrazowych i laboratoryjnych, zaś sama operacja przebiegła zgodnie z planem. W trakcie hospitalizacji wdrożono ukierunkowaną farmakoterapię i leczenie usprawniające.

Celem kolejnej hospitalizacji było natomiast wdrożenie kompleksowej rehabilitacji. Powikłaniem leczenia operacyjnego było septyczne obłuzowanie endoprotez, wymagającej ponownej hospitalizacji, wdrożenia procedur chirurgicznych ze wszczepieniem, w końcowym etapie leczenia, nowej endoprotezy stawu kolanowego. Ostatecznie uzyskano wygojenie procesu zapalnego oraz korzystny wynik czynnościowy leczenia.

Z ortopedycznego punktu widzenia brak jest podstaw do stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie podejmowanych działań diagnostyczno-leczniczych. Również z punktu widzenia mikrobiologii lekarskiej nie można stwierdzić nieprawidłowości.

Nie można jednoznacznie stwierdzić, że do zakażenia mogło dojść tylko w związku czasowym i przyczynowym z zabiegiem ortopedycznym. Umownie przyjmuje się, że jest to cezura od 6-12 miesięcy od dnia zabiegu, kiedy zakażenie w miejscu operowanym z wszczepionym ciałem obcym uznawane jest za zakażenie szpitalne. Występujące u powoda zakażenia spełnia je, jednakże nie stwierdzono ewidentnych błędów personelu w zakresie mikrobiologii lekarskiej. Nie można też dopatrzeć się winy powoda rozumianej jako podjęcie niewłaściwych działań lub zaniechań skutkujących zwiększonym ryzykiem zakażenia czy przyczynieniem się do jego wystąpienia.

W zakresie ortopedycznym podjęte działania były prawidłowe, ich realizacja przebiegała we właściwym czasie. Zabieg wymiany endoprotezy poprzedziło usunięcie implantów oraz leczenie procesu zapalnego z określeniem odpowiedzialnego za jego rozwój patogenu.

Zakażenie wchodzi w skład akceptowalnego ryzyka operacyjnego, o ile dopełnione zostały procedury profilaktyczne, przy czym nie można określić ryzyka zakażenia konkretnym patogenem. Powód podpisał zgodę na zabieg operacyjny, które uwzględniało ryzyko powikłań, które mogą mieć miejsce pomimo prawidłowego, zgodnego z zasadami postępowania diagnostyczno-leczniczego.

Rokowania na przyszłość są dobre. Wynik czynnościowy należy uznać za dobry. Nie można też stwierdzić, aby powód doznał uszczerbku na zdrowiu. Wymiana stawu kolanowego spowodowała ustąpienie dolegliwości bólowych, związanych z obecnością zmian zwyrodnieniowych. Wydolność dynamiczna i statyczna operowanej kończyny jest lepsza niż przed operacją wymiany stawu.

Rozwój procesu zapalnego wydłużył natomiast czas leczenia powoda i skomplikował/ utrudnił leczenie usprawniające. Konieczne było wdrożenie kolejnych procedur operacyjnych. Nie było jednak spowodowane nieprawidłowym działaniem personelu medycznego, w związku z czym także i w tym aspekcie stwierdzenie uszczerbku na zdrowiu jest nieuzasadnione.

(dowód: opinia sądowno-lekarska (...) w K.; K- 478-484;

pisemna opinia uzupełniająca; K-533)

Zabieg pełnej protezoplastyki stawu kolanowego jest rozległą, inwazyjną procedurą chirurgiczną obciążoną ryzykiem istotnych powikłań, w tym zakażenia i septycznego obłuzowania implantów. Czynniki ryzyka sprzyjającymi wystąpieniu jest wiek chorego oraz schorzenia współistniejące, jak choroba wieńcowa, miażdżyca, cukrzyca, dna moczanowa, schorzenia nerek i układu oddechowego. Do czynników niekorzystnych należy nadmierna waga ciała chorego oraz palenie tytoniu.

(dowód: zeznania świadka M. S.; K-433-4345v,

opinia sądowo-lekarska (...) w K.; K- 478-484,

pisemna opinia uzupełniająca; K-533)

(...) Centrum (...) im. dr (...) Sp. z o.o. w Ś. (następca prawny LORO SP ZOZ w Ś.) łączyła z (...) S.A. w W. umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zawarta na podstawie rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 293 poz. 1729). Umowa ubezpieczenia została zawarta na okres od dnia 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2015 r.

(okoliczność bezsporna)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

W związku z tym, że powód domagał się zasądzenia od strony pozwanej zadośćuczynienia za doznaną krzywdę powstałą na skutek zakażenia do jakiego doszło w wyniku przeprowadzenia zabiegu leczniczego materialnoprawna podstawa rozstrzygnięcia przedmiotowego sporu tkwi w przepisach art. 445§1 k.c., art. 430 k.c. oraz w przepisie art. 822§1 k.c.

Zgodnie z przepisem art. 822§1 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony. Zobowiązanie ubezpieczyciela do zapłaty odszkodowania osobom trzecim powstanie dopiero wtedy, gdy takie zobowiązanie istnieje po stronie ubezpieczonego. Rozstrzygnięcie przedmiotowej sprawy wymaga zatem ustalenia odpowiedzialności podmiotu, z którym strona pozwana zawarła umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Powstanie odpowiedzialności odszkodowawczej ex delicto zakładu opieki zdrowotnej, w którym powód poddał się zabiegowi medycznemu, wymaga spełnienia trzech przesłanek: zaistnienia zdarzenia, z którym ustawodawca wiąże odpowiedzialność odszkodowawczą, szkody w szerokim tego słowa znaczeniu, oraz adekwatnego związku przyczynowego między szkodą a ww. zdarzeniem. Wszystkie ww. przesłanki powinien udowodnić powód, albowiem to on z ww. faktów wywodzi skutek prawny – tak art. 6 k.c.

W niniejszej sprawie, zdarzenie na które powołuje się powód, a które miało wyrządzić mu szkodę, polega na wykonaniu zabiegu medycznego przez osoby podlegające kierownictwu zakładu opieki zdrowotnej, który zawarł ze stroną pozwaną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Stan faktyczny, na który powołuje się powód odpowiada hipotezie art. 430 k.c., zgodnie z którym kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej za szkodę wyrządzoną przez lekarza podczas wykonywania zabiegu medycznego nie jest oparta na zasadzie ryzyka lecz winy. Pojęcie błędu lekarskiego jest pojęciem języka potocznego, ustawodawca nie wprowadza szczególnej przesłanki „błędu lekarskiego” lecz posługuje się pojęciem „winy”. Zakład opieki zdrowotnej nie ponosi odpowiedzialności za samo nieosiągnięcie zamierzonego rezultatu lecz za zawinione przez lekarza zachowanie, które doprowadziło do wyrządzenia szkody.

W orzecznictwie powszechnie się przyjmuje (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 12 lipca 2016 r., I ACa 57/16, lex nr 2106863 i powołane tam orzeczenia), że wysokie wymagania stawiane lekarzowi (personelowi medycznemu) nie oznaczają jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie



ryzyka. Lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, i w jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, oceniane w kontekście nauki i praktyki medycznej. Dlatego stwierdzenie błędu lekarskiego wyczerpuje zasadniczo tylko obiektywny element winy (z tym zastrzeżeniem, że są takie kategorie błędu lekarskiego, które będą wystarczające dla stwierdzenia winy także w ujęciu subiektywnym). Element subiektywny odnosi się do zachowania przez lekarza staranności, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku „błędu w sztuce”. W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określane mianem ryzyka medycznego. Nawet bowiem przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne.

Powód domagając się zasądzenia zadośćuczynienia za krzywdę jakiej doznał na skutek wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej winien wykazać nie tylko fakt wystąpienia tych powikłań (rezultat operacji) lecz również winę personelu medycznego przeprowadzającego zabieg. Zakład opieki zdrowotnej, a dalej jego ubezpieczyciel, nie odpowiada na zasadzie ryzyka za skutki zabiegu medycznego. Wyłącznie zawinione skutki są objęte odpowiedzialnością ww. podmiotów. Nie wystarcza zatem wykazać skutek. Koniecznym jest również wykazanie winy w jego wystąpieniu.

Wykazanie winy personelu medycznego wymaga udowodnienia. Rozpoznając przedmiotową sprawę Sąd uznał, iż powód nie udowodnił zawinionej i sprzecznego z prawem zachowania lekarzy oraz personelu medycznego przeprowadzających zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego u powoda.

Fakt jest udowodniony, jeśli wynik postępowania dowodowego daje pewność co do tego, że określony fakt zaistniał w rzeczywistości. Prawdopodobieństwo jego zaistnienia, chociażby było duże, nie stanowi udowodnienia faktu. Nie ma bowiem pewności co do tego, czy taki fakt w rzeczywistości wystąpił. W praktyce orzeczniczej zdarzają się przypadki, w którym Sąd przyjmuje określone fakty za udowodnione jeśli wykazane zostało prawdopodobieństwo jego zaistnienia. Chodzi jednak wyłącznie o przypadki, gdy prawdopodobieństwo zaistnienia określonego faktu graniczy z pewnością – tak przykładowo badania DNA.

W licznych orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. m.in. wyrok z dnia 11 stycznia 2005 r., I PK 94/04, OSNP 2005/15/229, wyrok z dnia 19 lutego 2002 r., IV CKN 718/00 lex nr 54362) jednoznacznie podkreśla się, iż dowód ma dać pewność co do zaistnienia określonej okoliczności faktycznej. Tym różni się dowodzenia od uprawdopodobnienia określonej okoliczności.

W ocenie Sądu w przypadku, gdy udowodnienie zasady odpowiedzialności deliktowej jest niemożliwe lub nader utrudnione brak jest podstaw do sięgania do art. 322 k.p.c. przewidującego *ius moderandi*. Stosowanie instytucji *ius moderandi* możliwe jest wyłącznie w stosunku do wysokości żądania, nie zaś innych przesłanek jego zasadności. Zgodnie bowiem z tym przepisem, jeżeli w sprawie o naprawienie szkody, o dochody, zwrot bezpodstawnego wzbogacenia lub o świadczenie z umowy o dożywocie sąd uzna, że ściśle udowodnienie wysokości żądania jest niemożliwe lub nader utrudnione, może w wyroku zasądzić odpowiednią sumę według swej oceny, opartej na rozważeniu wszystkich okoliczności sprawy. Treść ww. przepisu wyraźnie ogranicza jego hipotezę wyłącznie do wysokości żądania nie zaś jego zasady (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 października 2015 r., II CSK 662/14, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 marca 2010 r., V CSK 277/09, lex nr 1360339).

Powód w pozwie upatrywał nieprawidłowości po stronie ubezpieczonego szpitala w samym fakcie zaistnienia zakażenia rany pooperacyjnej. Ponadto wskazywał na brak reakcji ze strony lekarzy na zgłaszane przez niego dolegliwości bólowe stawu kolanowego, jak również na konieczność przejścia kolejnych zabiegów operacyjnych.

Dokonując oceny żądania pozwu, w pierwszej kolejności należy wskazać, iż bezsporny jest fakt, że powód był hospitalizowany w (...) Ośrodku (...) w Ś. (obecnie (...) Centrum (...) im. dr (...) Sp. z o.o. w Ś.) z powodu

dolegliwości bólowych prawego stawu kolanowego trwających od pięciu lat, jak i to, że został zakwalifikowany do endoprotezoplastyki prawego stawu kolanowego w związku z rozpoznaną u niego pierwotną obustronną gonartrozą, która została przeprowadzona w dniu 21 sierpnia 2014 r. Wątpliwości nie budzi także to, iż u powoda doszło do powikłań leczenia operacyjnego w postaci septycznego obluźwienia endoprotez w wyniku zakażenia rany pooperacyjnej bakterią E. Coli.

Powyższe jednak w ocenie Sądu, wbrew twierdzeniom powoda nie dowodzi, że kierujący jego leczeniem jak i przeprowadzający zabieg operacyjny lekarze i personel medyczny zatrudnieni w (...) Ośrodku (...) (obecnie (...) Centrum (...) im. dr (...) Sp. z o.o. w Ś.) wykonali swe obowiązki z nienależytą starannością, Wręcz przeciwnie, z dokonanych ustaleń faktycznych, a zwłaszcza z opinii (...) w K., jednoznacznie wynika, że lekarzom oraz personelowi medycznemu nie można zarzucić z ortopedycznego punktu widzenia jakichkolwiek nieprawidłowości w zakresie podejmowanych działań diagnostyczno-leczniczych, jak również z punktu widzenia mikrobiologii lekarskiej. Nie można przy tym jednoznacznie stwierdzić, że do zakażenia mogło dojść tylko w związku czasowym i przyczynowym z zabiegiem ortopedycznym. Wprawdzie powstałe u powoda zakażenie w miejscu operowanym z wszczepionym ciałem obcym spełnia wymagania do uznania go za zakażenie szpitalne, w zakresie czasu w jakim do niego doszło, jednakże nie stwierdzono błędów personelu w zakresie mikrobiologii lekarskiej. Odpowiedzialność za skutki zabiegu leczniczego nie jest oparta na zasadzie ryzyka lecz winy. Powstanie samego nieoczekiwanego skutku zabiegu, jeśli mieści się on w granicach ryzyka medycznego i jego wystąpieniu nie towarzyszyła wina personelu medycznego, nie mieści się w zakresie odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej.

Dokonując oceny materiału dowodowego Sąd w pełni nadał moc dowodową opinii instytutu naukowego. Opinia jest rzetelna. Osoby, które ją sporządzały nie wykroczyły w swych ustaleniach poza granice wyjaśnienia faktów wymagających wiadomości specjalnych. Opinia zawiera opis przeprowadzenia operacji oraz ewentualnych powikłań. Zawiera również wyjaśnienie, z jakich przyczyn może do nich dojść.

Zarzuty stawiane przez pełnomocnika powoda opinii są chybione i wynikają przede wszystkim z niezadowolenia strony powodowej z wniosków w niej zawartych. W odniesieniu do opinii strona powodowa nie sformułowała żadnych merytorycznych zarzutów, które mogłyby podważać jej prawidłowość i rzetelność. Powód nie udowodnił żadnych okoliczności uzasadniających potrzebę przeprowadzenia dowodu z dalszych uzupełniających opinii biegłych.

Zarzuty co do dowolności tezy dowodowej postawionej przez Sąd, skutkującej oderwaniem od zakresu wniosku strony powodowej, są chybione. Postawiona w postanowieniu z dnia 9 sierpnia 2016 r. teza dowodowa zmierzała bowiem do ustalenia czy doszło do zaniedbań po stronie lekarzy i personelu medycznego interwenienta ubocznego, i czy powstałe zakażenie wynikało z wyłącznej ich winy, a nadto czy powikłanie to mieściło się w dozwolonym ryzyku. Nie można mówić o rozbieżności między postanowieniem o dopuszczeniu dowodu z opinii instytutu a postawioną tezą dowodową przez stronę powodową. Sąd przeprowadza dowody na okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia. Istotna dla rozstrzygnięcia jest kwestia zawinienia w wystąpieniu skutku a nie zaś wystąpienie samego skutku.

Biegli ustosunkowali się do wszystkich pytań, udzielili wyczerpujących odpowiedzi i opisali przebieg całego procesu leczenia powoda. Osoby sporządzające uzupełniającą pisemną opinię stwierdziły, iż opisane w zeznaniach zasady okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej są prawidłowe i zgodne z wiedzą medyczną, a zatem wyjaśnili podnoszone przez stronę powodową i sygnalizowane przez biegłych w pierwszej opinii niejasności w tym zakresie.

Raz jeszcze podkreślić należy, że sporządzona przez instytut opinia jest opinią rzetelną i pełną oraz odpowiada na wszystkie istotne kwestie. Reasumując, zarzuty stawiane opinii są chybione. Z powyższych względów Sąd pominął wniosek strony powodowej o dopuszczenie dowodu z opinii Instytutu we wskazywanym przez stronę powodową zakresie, jak również o dopuszczenie dowodu z opinii innych biegłych.

Zwrócić przy tym należy także uwagę, że nie każde zakażenie szpitalne, jest równoznaczne z winą szpitala. Strona powodowa nie udowodniła, aby w placówce medycznej stwierdzono występowanie tego rodzaju bakterii. Nie wносиła również o przeprowadzenie dowodów w postaci wyników kontroli sanepidu w zakresie zakażeń w placówce medycznej, zaś zeznania świadka M. S. potwierdzają zakażenia szpitalne bakterią E. Coli na niskim poziomie i to

przy uwzględnieniu przypadku powoda. Natomiast w świetle okoliczności niniejszej sprawy trudno też przyjąć, że do takiego zakażenia doszło w wyniku zaniedbań szpitala, skoro bakteria E. Coli występuje naturalnie u człowieka zdrowego w jelitach grubych. Może ona natomiast w sytuacji spadku odporności np. u osób w podeszłym wieku przedostawać się poza jelita i powodować oportunistyczne zakażenia w organizmie.

Tym samym działania personelu medycznego (...) Centrum (...) im. dr (...) Sp. z o.o. w Ś. (poprzednio LORO SPZOZ w Ś.) w okresie leczenia powoda w tej placówce w pełni odpowiadały właściwym standardom medycznym i nie można wskazać w tym zakresie jakiegokolwiek uchybienia mogącego skutkować odpowiedzialnością deliktową. Także nie można dopatrzeć się winy powoda rozumianej jako podjęcie niewłaściwych działań lub zaniechań skutkujących zwiększonym ryzykiem zakażenia czy przyczynieniem się do jego wystąpienia.

Nie ma więc podstaw do stwierdzenia braku staranności lekarzy oraz personelu medycznego ubezpieczonego szpitala przy wykonywaniu zabiegu u powoda. Wystąpienie u powoda zakażenia rany pooperacyjnej było natomiast typowym powikłaniem związanym z ryzykiem przeprowadzonego zabiegu medycznego o czym powód był informowany przed operacją. Podpisał on również zgodę na zabieg operacyjny, które uwzględniało ryzyko powikłań, które mogą mieć miejsce pomimo prawidłowego, zgodnego z zasadami postępowania diagnostyczno-leczniczego, a tym samym był świadom groźących zagrożeń. Jak bowiem wynika z opinii (...) w K. oraz z zeznań świadka M. S., który operował powoda, zabieg pełnej protezoplastyki stawu kolanowego jest rozległą, inwazyjną procedurą chirurgiczną obciążoną ryzykiem istotnych powikłań, w tym zakażenia i septycznego obluzowania implantów, co ostatecznie wystąpiło u powoda. Nadto czynnikami ryzyka sprzyjającymi wystąpieniu powikłań jest podeszły wiek oraz schorzenia współistniejące, jak choroba wieńcowa, miażdżyca, cukrzyca, dna moczianowa, schorzenia nerek i układu oddechowego. Wszystkie te czynniki predysponujące wystąpiły w przypadku powoda, a zakażenie bakterią E. Coli było tylko jednym z możliwych powikłań.

Nadto z przedłożonej do akt dokumentacji medycznej powoda oraz przede wszystkim zeznań świadka J. U. anestezjologa, który znieczulał powoda przy pierwszej operacji, z którą to powód wiąże wystąpienie zakażenia rany wynika, że lekarze ubezpieczonego szpitala przeprowadzili zabieg przy zachowaniu wszelkich dostępnych sposobów zapobiegania zakażeniom, w tym podali przed operacją powodowi antybiotyki wraz ze środkiem znieczulającym. Świadcowie M. S. oraz J. U. opisali przy tym w swych zeznaniach cały tok przygotowań, jakim są poddawani pacjenci przed zabiegami, w tym również powód. Bez znaczenia pozostaje przy tym fakt, nie wpisania do karty zleceń godziny podania tego antybiotyku. Świadek J. U. logicznie wyjaśnił w swych zeznaniach przyczyny niewpisania godziny podania antybiotyku (możliwości przesunięcia godziny rozpoczęcia zabiegu) oraz że antybiotyk zawsze podaje w chwili rozpoczęcia znieczulania. Tym zeznaniom należy dać wiarę, ponieważ taka praktyka jest uzasadniona możliwymi przesunięciami operacji. Z opinii uzupełniającej (...) w K. wynika, że praktyka podania antybiotyku w chwili rozpoczęcia znieczulania jest zgodna ze sztuką lekarską.

Materiał dowodowy, nie potwierdził również tego, aby lekarze nie reagowali na zgłaszane przez powoda dolegliwości bólowe kolana. Przede wszystkim z zeznań świadka K. D. i G. H., wynika że przez dwa miesiące od operacji powód nie zgłaszał większych dolegliwości bólowych ze strony operowanego kolana. Wprawdzie został on przyjęty na Oddział rehabilitacyjny (...) Centrum (...) im. dr (...) Sp. z o.o. w Ś., w związku z bólem nogi, gdzie wdrożono kompleksową rehabilitację, lecz w dniu wypisu, co zresztą nastąpiło na wyraźną prośbę powoda, nie zgłaszał dolegliwości bólowych stawu kolanowego /karta informacyjna leczenia szpitalnego K-39/. Poprawił się przy tym u powoda zakres ruchów i wydolność chodzenia, nadto powód mógł się poruszać na krótkich dystansach bez pomocy kul łokciowych. Nadto świadek M. S. zeznał, iż gdyby u powoda wystąpiły jakiegokolwiek komplikacje związane z przebyciem zabiegiem, których nie dałoby się wyjaśnić w ramach leczenia ambulatoryjnego, to wówczas zostałby on z całą pewnością skierowany do szpitala, co zresztą miało miejsce w maju 2015 r., a więc w momencie gdy podejrzewano już u powoda zakażenie rany pooperacyjnej.

Powód z podejrzeniem obluzowania endoprotezy stawu kolanowego prawego i odczuwanymi dolegliwościami bólowymi, obrzękiem i zmożonym uciepleniem stawu kolanowego został ponownie przyjęty na oddział szpitalny LORO SPZOZ w Ś.. Z zeznań świadka M. S. wynika, że przeprowadzona w dniu 3 czerwca 2015 r. operacja rewizji

endoprotezy, miała na celu przede wszystkim potwierdzić zakażenie, dlatego też po konsylium, na którym ustalono dalsze proces leczenia powoda, zdecydowano się na usunięcie wszystkich implantów i pobraniem z nich próbek do badań laboratoryjnych, które potwierdziły zakażenie bakterią E. Coli, przy czym wynik pozytywny był tylko na dwóch próbkach. Biegli ze (...) w K., w sporządzonej opinii stwierdzili, że podjęte przez lekarzy działania były prawidłowe, a ich realizacja przebiegała we właściwym czasie. Zabieg wymiany endoprotezy poprzedziło usunięcie implantów oraz leczenie procesu zapalnego z określeniem odpowiedzialnego za jego rozwój patogenu. Ostatecznie uzyskano wygojenie procesu zapalnego oraz uzyskano korzystny wynik czynnościowy leczenia. Wprawdzie rozwój procesu zapalnego wydłużył oraz skomplikował leczenie powoda w tym leczenie usprawniające, niemniej jednak nie było to spowodowane nieprawidłowym działaniem personelu medycznego, w związku z czym stwierdzenie uszczerbku na zdrowiu jest nieuzasadnione, tak jak w przypadku wymiany stawu kolanowego.

Reasumując, w ocenie Sądu powód nie udowodnił w stopniu wysoce prawdopodobnym, graniczącym z pewnością, że do zakażenia doszło na skutek działań lekarzy bądź innych członków personelu medycznego. Z zebranego materiału dowodowego nie wynika niewiedza, nieostrożność lub niedbalstwo personelu interwenienta ubocznego, a wręcz przeciwnie, materiał dowodowy wskazuje, że w placówce medycznej stosowano właściwe procedury mające na celu zachowanie odpowiednich warunków sanitarnych i higienicznych. Zakres przeprowadzonych wobec powódki czynności medycznych przez personel pozwanego szpitala w okresie leczenia powoda u interwenienta ubocznego był zgodny z uznanymi zasadami wiedzy i sztuki medycznej.

Rozpoznając przedmiotową sprawę Sąd uznał, iż powstałe u powoda septyczne obluzowanie endoprotezy mieściło się w granicach dozwolonego ryzyka medycznego i nie powstało w sposób zawiniony przez lekarzy. W postępowaniu personelu medycznego nie można dopatrzeć się znamion błędu medycznego, w rozumieniu niewłaściwego działania, braku właściwej diagnostyki czy zaniechania lub opóźnienia w postępowaniu medycznym, terapeutycznym lub diagnostycznym. Do zakażenia mogło dojść poza placówką medyczną, a czynnikiem sprzyjającym takiemu stanowi rzeczy był wiek powoda oraz choroby, na które cierpiał. Wobec braku zasady odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej, Sąd powództwo wobec ubezpieczyciela oddalił.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że Sąd był związany przytoczonymi w pozwie przez stronę powodową okolicznościami faktycznymi. Dokładnie sformułowane żądanie wraz z powołanymi na jego uzasadnienie okolicznościami faktycznymi, określa bowiem zakres prawa podmiotowego poddanego ochronie, a tym samym wytycza granice rozpoznania sprawy, a w dalszej kolejności zakres orzekania przez sąd (art. 321 k.p.c.), wyznaczając tym samym granice rozstrzygnięcia sądu. Związanie sądu granicami żądania obejmuje więc nie tylko związanie co do samej treści (wysokości) żądania, ale także co do uzasadniających je elementów motywacyjnych. O charakterze zgłoszonego w sprawie roszczenia przesądza żądanie odnoszące się do zakresu oczekiwanego rozstrzygnięcia oraz okoliczności faktyczne, które mają stanowić przesłanki rozstrzygnięcia o skonkretyzowanych roszczeniach. Jakkolwiek sąd prowadzący postępowanie nie jest związany wskazaniem powoda, co do podstawy prawnej dochodzonego roszczenia, to nie może pominąć przytoczonej podstawy faktycznej powództwa, czyli okoliczności faktycznych uzasadniających to roszczenie. Innymi słowy określone w pozwie żądanie jest zindywidualizowane przytoczonymi przez powoda okolicznościami faktycznymi (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2008 r., III CSK 17/08, LEX nr 424385; wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 6 marca 2015 r., I ACa 614/14, LEX nr 1661123). Dlatego też powoływane w toku postępowania przez stronę powodową okoliczności dotyczące operacji biodra i jej wpływu na stan zdrowia powoda, pozostawały poza zakresem rozstrzygnięcia niniejszego postępowania. Postępowanie dowodowe w tej sprawie było bowiem prowadzone na okoliczność zakażenia powoda bakterią E. Coli w trakcie operacji w dniu 21 sierpnia 2014 r., a nie na okoliczność czy przeprowadzona operacja kolana była zasadna, czy też konieczna była operacja biodra i jaki wpływ miała ona na stan zdrowia powoda.

Dokonując ustalenia stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia niniejszej sprawy Sąd dał wiarę zeznaniom świadków M. S. /K-433-434v/, J. U. /K-513-514/. Lekarze przeprowadzający operację opisali w swych zeznaniach cały tok przygotowań, które poczynili przed operacją oraz dalsze leczenie powoda. Z ich zeznań wynika, że zachowali oni wszystkie procedury medyczne, a w ich działaniach nie można dopatrzeć się jakichkolwiek nieprawidłowości. Zeznanie ww. świadków są logiczne i spójne, znajdują również odzwierciedlenie w dokumentacji

medycznej powoda. Za nadaniem im wiarygodności w całości przemawia dodatkowy obiektywny fakt, iż w istocie u powoda występowały czynniki ryzyka predestynujące go do wystąpienia powikłań, w tym właśnie zakażenia bakterią E. Coli, co znalazło potwierdzenie w opinii (...) w K.. Skoro obiektywne fakty pozwalają instytutowi stwierdzić, iż mogło dojść do wystąpienia zakażenia, co jest związane z ryzykiem operacyjnym, to, zdaniem Sądu, należy dać wiarę ww. świadkom. Brak jest przy tym jakichkolwiek okoliczności, które wpływałyby na ich wiarygodność. Brak przy tym odnotowania w karcie zleceń podania antybiotyku pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, o czym była już mowa wyżej.

Sąd dał również wiarę zeznaniom świadków K. D. /K-434v-435/ oraz G. H. /K-435v-436/, jak również zeznaniom powoda, którzy opisali przebieg leczenia powoda po pierwszej operacji i zgłaszanych przez niego w tym czasie dolegliwości. Ich zeznania są zbieżne ze sobą oraz z pozostałym materiałem dowodowym, niemniej jednak w świetle opinii instytutu nie miały wpływu na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy.

Natomiast Sąd odmówił wiarygodności zeznaniom świadka A. W. /K.170-171/ w zakresie występujących u powoda dolegliwości tuż po pierwszej operacji. Zeznania świadka w tej części pozostają w sprzeczności z zeznaniami pozostałych świadków, a przede wszystkim dokumentacji medycznej powoda. Świadek zeznał, iż już dwa tygodnie po operacji z 21 sierpnia 2014 r. powód odczuwał silny ból, leżał w łóżku i miał problemy z poruszaniem, co stoi w oczywistej sprzeczności z pozostałym materiałem dowodowym. Dość tylko wspomnieć, że jeszcze w marcu 2015 r. powód był w stanie poruszać się samodzielnie bez pomocy kul łokciowych na krótkich odcinkach. Z tych względów oraz w świetle pozostałego materiału dowodowego Sąd pominął wniosek strony powodowej o przeprowadzenie dowodu z uzupełniających zeznań świadka A. W..

Rozstrzygnięcie o kosztach procesu Sąd oparł na treści art. 98 § 1 k.p.c., obciążając powoda jako stronę przegrywającą obowiązkiem zwrotu na rzecz strony pozwanej poniesionych przez nią kosztów. W związku z powyższym Sąd zasądził od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 7.217 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, na którą to kwotę składa się wynagrodzenie pełnomocnika zgodnie z § 2 pkt 6 Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804) obowiązującym na dzień wniesienia pozwu wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

Jednocześnie Sąd w punkcie 3 wyroku oddalił wniosek interwenienta ubocznego o zasądzenie kosztów procesu na jego rzecz. Przepis art. 107 k.p.c. in fine w przypadku tego uczestnika procesu przewiduje jedynie możliwość przyznania kosztów interwencji od przeciwnika obowiązanego do zwrotu kosztów. Przepis ten nie obliguje zatem do zasądzenia kosztów w każdym przypadku, w którym istnieją podstawy do obciążenia kosztami przeciwnika. W takiej sytuacji zasadne jest odwołanie się do ogólniejszych kryteriów w postaci potrzeby rzeczywistej obrony interesów interwenienta ubocznego w określonych okolicznościach danej sprawy (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 lutego 2012 r., V CZ 141/11). W rozpoznawanej sprawie udział interwenienta ograniczył się de facto do wspierania stanowiska zajmowanego przez profesjonalnie reprezentowaną stronę pozwaną i przytaczanej przez nią argumentacji, co okazało się okolicznością irrelevantną. W tej sytuacji brak było jakichkolwiek przesłanek do obciążania powoda w istocie kosztami procesu w podwójnej wysokości.

Mając na uwadze powyższe należało orzec jak w sentencji wyroku.