

Sygn. akt I ACa 1090/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 grudnia 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Andrzej Struzik
Sędziowie:	SSA Maria Kus-Trybek SSA Wojciech Kościółek (spr.)
Protokolant:	st.sekr.sądowy Urszula Kłosińska

po rozpoznaniu w dniu 5 grudnia 2014 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa **T. S.**

przeciwko **Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w M.**

przy interwencji ubocznej po stronie pozwanej (...) S.A. w S.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 17 kwietnia 2014 r. sygn. akt I C 52/10

- 1. oddala apelację;**
- 2. zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 2 700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;**
- 3. odstępuje od obciążania powoda kosztami postępowania apelacyjnego na rzecz interwenienta ubocznego.**

Sygn. akt I ACa 1090/14

UZASADNIENIE

Powód T. S. w pozwie skierowanym przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w M. wniósł o zasądzenie na jego rzecz kwoty 10.000zł tytułem odszkodowania i kwoty 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia

pieniężnego z odsetkami ustawowymi od dnia wniesienia pozwu oraz o zasądzenie na jego rzecz renty w wysokości 600 zł miesięcznie płatnej do dnia 10 każdego miesiąca,
z odsetkami ustawowymi licząc od uchybienia dnia płatności, tzn. od daty wniesienia pozwu. Ponadto powód wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego na przeszłość, a także o zasądzenie kosztów procesu.

Strona pozwana Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w M. wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jej rzecz kosztów postępowania.

Interwenient uboczny po stronie pozwanej (...) S.A. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu.

Zaskarżonym, wyrokiem Sąd Okręgowy w Krakowie oddalił powództwo i odstąpił od obciążenia powoda kosztami procesu na rzecz strony pozwanej.

U podstaw faktycznych rozstrzygnięcia wskazał Sąd okręgowy na następujące okoliczności faktyczne;

powód został przyjęty na Oddział Chirurgii Urazowo

– Ortopedycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

w M. w dniu 9 stycznia 2008 r. celem leczenia operacyjnego wieloodłamowego złamania szyjki i trzonu kości ramiennej prawej.

Na oddziale przebywał w leczeniu w dniach od 9 do 15 stycznia 2008 r.

Po zakwalifikowaniu powoda do operacji planowej i wykonaniu niezbędnych badań, w dniu 11 stycznia 2008 r. wykonano otwartą repozycję ze stabilizacją gwoździem śródszpikowym blokowanym oraz płytą derotacyjną.

Zabieg ten, ze względu na swój charakter, obciążony był znacznym stopniem ryzyka niepowodzenia leczniczego. Repozycji złamania dokonano przy użyciu gwoźdźcia śródszpikowego, w pierwszej fazie operacji wstępnie blokując koniec proksymalny dwoma śrubami. Jednak kontrola wykonana pod skopią wykazała niekorzystne kątowe ustawienie odłamów i dalsze próby repozycji nie przynosiły powodzenia. W dalszym etapie poszerzono zabieg, podczas którego stwierdzono interpozycję jednego z odłamów kostnych, blokującego możliwość korzystnego dla zrostu ich ustawienia, stwierdzono także podłużne pęknięcie odłamu proksymalnego, które powodowało, że blokada końca proksymalnego gwoźdźcia nie dawała zadowalającej stabilizacji. Z tego powodu założono płytę derotacyjną, która poprawiła stabilizację. Zabieg zakończono blokadą końca dystalnego. Następnie założono miękkie unieruchomienie w postaci chusty trójkątnej i przewieziono powoda na salę. W trzeciej dobie po zabiegu powoda wypisano do domu z założonym gipsowym opatrunkiem Dessaulta i zalecono dalszą kontrolę w poradni ortopedycznej.

Przed zabiegiem wykonano zdjęcie Rtg, które jednoznacznie potwierdziło wieloodłamowy typ złamania nasady bliższej kończyny górnej prawej powoda. Ta czynność diagnostyczna była wystarczająca do oceny typu złamania i podjęcia decyzji o sposobie leczenia. Przed operacją nastawienia złamania, w sytuacji analogicznej, jak u powoda, nie wykonuje się badania EMG. Należy jednak brać pod uwagę możliwość uszkodzenia nerwu pachowego w następstwie urazu oraz w trakcie operacji dokonywać manipulacji w sposób minimalizujący uszkodzenie tkanek, w tym zwłaszcza nerwów i naczyń.

Zastosowane dojsście operacyjne w bruździe ramiennie – pachowej jest najczęściej stosowanym dojsściem operacyjnym. Nie było wskazań, ani potrzeby zmiany tego dojsścia. Ostrożność podczas wykonywania cięcia operacyjnego i kontrola tkanek w trakcie ich rozpreparowywania zabezpiecza przed uszkodzeniem nerwu.

Brak jest jednoznacznych dowodów na uszkodzenie nerwu pachowego, bowiem stwierdzane u powoda deficyty w zakresie ruchomości w obrębie kończyny górnej prawej obejmują nie tylko mięśnie unerwiane przez nerw pachowy, ale także przez inne nerwy. Stwierdzone aktualne niewielkie ograniczenie ruchomości prawego barku oraz nieznaczne osłabienie siły prawej kończyny górnej jest następstwem przebytego złamania i koniecznego w tym przypadku

prawidłowego leczenia. Gdyby podczas operacji doszło do przecięcia nerwu lub nerwów, to utrata funkcji byłaby nieodwracalna. U powoda obserwowano natomiast stopniową poprawę stanu funkcjonalnego kończyny, w tym także w zakresie unerwienia nerwu pachowego. Stwierdzone w chwili obecnej deficyty są najprawdopodobniej następstwem długotrwałego unieruchomienia kończyny niezbędnego w trakcie leczenia, jak i faktu uszkodzenia w trakcie urazu nie tylko kości, ale i tkanek miękkich, w trakcie gojenia których może dojść do powstawania blizn i zrostów, które mogą obejmować okoliczne nerwy i poprzez ucisk powodować pogorszenie funkcji tych nerwów.

Do oceny skutków operacji po urazie, jakiego doznał powód, wystarczające było zdjęcie Rtg obejmujące staw barkowy. Umożliwiło ono ocenę, czy nie doszło do zwicznienia w stawie, które może towarzyszyć każdemu złamaniu kości ramiennej. U powoda nie zaobserwowano tego objawu. Nie występowały też zaburzenia neurologiczne. Jednakowoż – ze względu na stan ortopedyczny – złamanie wieloodłamowe oraz towarzyszący złamaniu obrzęk, ocena neurologiczna może być utrudniona, zwłaszcza jeśli dochodzi do uszkodzenia mniejszych nerwów, bowiem w takim przypadku nie ma możliwości oceny ruchomości w stawach, siły i napięcia mięśni oraz z uwagi na dolegliwości bólowe utrudniona jest ocena czucia. W tych przypadkach, przy braku widocznych zaburzeń neurologicznych, kluczowe jest uzyskanie prawidłowego ustawienia odłamów kostnych w sposób jak najbardziej oszczędzający dla pacjenta.

Powstanie stawu rzekomego nie było spowodowane przeoczeniem uszkodzenia kostnego bądź ewentualnym nie do końca starannym zaopatrzeniem złamania w trakcie zabiegu ortopedycznego, a wynikało ze skomplikowanego charakteru złamania i obecnie zostało wyleczone. Jest to normalne powikłanie leczenia skomplikowanego złamania.

Pomimo, iż gwóźdź śródszpikowy umocowany w głowie kości ramiennej, a założony przez lekarzy pozwanej, nie uszkadzał powierzchni stawowej

– w związku z wytworzeniem się u powoda stawu rzekomego – konieczne było jego usunięcie, co zawsze wymaga dodatkowego otwarcia jamy szpikowej okolicy podgłowej kości ramiennej. Zdarza się, że nadmiar kostniny powstałej w trakcie gojenia złamania powoduje dodatkowe trudności w ewakuacji gwoździa. Jednakże zastosowane dojsie operacyjne było wykonane na bocznej podgłowej części kości ramiennej i nie zagrażało uszkodzeniu powierzchni stawowej głowy kości ramiennej.

Przeprowadzony u powoda w dniu 11 stycznia 2008 r. zabieg operacyjny repozycji otwartej doznanego wieloodłamowego złamania podgłowego kości ramiennej prawej z niewykluczoną opcją złamania poszczepiennego odłamu bliższego z odłamek kierującym się w kierunku guzka bliższego, obarczony był ze względu na swój charakter znacznym stopniem ryzyka niepowodzenia leczniczego. Z uwagi na fakt, że powód nie był uruchamiany, nie zastosowanie bezpośrednio po operacji z dnia 11 stycznia 2008 r. sztywnego unieruchomienia nie mogło powodować wtórnej destabilizacji wcześniej poprawnie złożonych odłamów kostnych tego złamania. Zarówno przeprowadzony zabieg, jak

i strategia leczenia przyjęta przez lekarzy strony pozwanej była prawidłowa. Ocena zdjęć Rtg wykonanych przed i po zabiegu wskazuje, że rodzaj i sposób przeprowadzenia przedmiotowego zabiegu operacyjnego był zgodny z obowiązującymi standardami w medycynie.

Opieka po operacji zarówno w Szpitalu, jak i w Przychodni spełniały warunki starannego i ostrożnego postępowania diagnostycznego – terapeutycznego.

Konieczność reoperacji nie była natomiast związana z uchybieniami pierwszego zabiegu, a jedynie ze stopniem skomplikowania charakteru urazu.

Fakt długotrwałego rozstroju zdrowia stwierdzony u powoda oraz konieczność działań reoperacyjnych jest następstwem skomplikowanego złamania kończyny. Stwierdzone u powoda niewielkie ograniczenia ruchomości prawego barku oraz nieznaczne osłabienie siły prawej kończyny górnej może ograniczać możliwość wykonywania zawodu – ślusarz narzędziowy precyzyjny. Praca w takim charakterze wymaga połączenia precyzji i siły. W przypadku powoda można oczekiwać nieznacznego pogorszenia precyzji ruchów oraz szybszej męczliwości kończyny, co może wpływać na gorszą wydajność jego pracy. Stwierdzony u powoda stan należy uznać za trwały. W chwili obecnej

uszczerbek na zdrowiu powoda związany z przebyłym złamaniem kości ramieniowej prawej wynosi 15%, a ostateczny efekt leczenia złamania u powoda należy ocenić jako dobry.

Opinie biegłych ośrodków (...) i (...) uznał Sąd Okręgowy za miarodajne wyjaśniając przyczyny takiej oceny oraz wskazując przyczyny dla których przeprowadzono dowody z opinii dwóch ośrodków (mnogość wątpliwości powoda).

Opinię prywatną z dnia 29 października 2009 r. Sąd Okręgowy ocenił przez pryzmat reguł dowodowych dotyczących dokumentów prywatnych (art. 245 k.p.c., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 listopada 2011 r., II CNP 23/11, LEX nr 1110965). Wobec przeprowadzenia dowodu z opinii biegłych nie była ona w postępowaniu przed Sądem Okręgowym miarodajnym dowodem ustaleń i wniosków, a jedynie była wyrazem zajętego przez powoda stanowiska w procesie.

W ocenie Sądu Okręgowego przeprowadzone postępowanie dowodowe wykazało, że postępowanie lekarskie podjęte wobec powoda w pozwanym było prawidłowe. Lekarze pozwanej placówki postawili właściwą diagnozę, wybrali odpowiednią metodę operacji oraz przeprowadzili wymagane badania. Przeprowadzone badania było prawidłową normalnie stosowaną metodą diagnostyczną. W sytuacji takiej, jak u powoda nie jest konieczne wykonanie badania EMG przed operacją nastawienia złamania, a wystarczające jest zdjęcie Rtg. Gwóźdź śródszpikowy wprowadzony został w sposób prawidłowy. Nie można też przyjąć, że nie zastosowane bezpośrednio po operacji z dnia 11 stycznia 2008 r. sztywnego unieruchomienia spowodowało wtórną destabilizację wcześniej poprawnie złożonych odłamów kostnych tego złamania.

Późniejsze zabiegi, pomimo iż związane z pierwszą operacją, nie były spowodowane jej niewłaściwym przeprowadzeniem, a stopniem skomplikowania złamania i normalnymi konsekwencjami w tego typu przypadkach. Powstanie stawu rzekomego nie było spowodowane przeoczeniem uszkodzenia kostnego bądź ewentualnym nie do końca starannym zaopatrzeniem złamania w trakcie zabiegu ortopedycznego, a wynikało ono ze skomplikowanego charakteru złamania i obecnie zostało wyleczone. Ponadto przeprowadzenie kolejnego zabiegu leczenia operacyjnego stawu rzekomego kości ramiennej przywróciło w znacznym stopniu sprawność kończyny. Faktem jest, że uszczerbek na zdrowiu powoda ogranicza możliwość wykonywania przez niego wyuczonego zawodu, jednakże stan taki nie jest powiązany z działaniem lekarzy strony pozwanej, a wynika ze skomplikowanego złamania i normalnych powikłań z tym związanych.

W ocenie Sądu Okręgowego opieka pooperacyjna sprawowana nad powodem zarówno w Szpitalu, jak i w Przychodni spełniała warunki starannego i ostrożnego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego. Reasumując- Sąd Okręgowy uznał, że postępowanie lekarzy strony pozwanej było poprawne, w pełni racjonalne i dopuszczalne, a ujemne następstwa zdrowotne powoda (wystąpienie uszczerbku na zdrowiu) nie są konsekwencją działania, czy zaniechania pracowników pozwanej, lecz pozostają w bezpośrednim związku z pierwotnym charakterem urazu, tj. wieloodłamowego złamania szyjki i trzonu kości ramiennej prawej, z dalszymi tego następstwami, a więc wytworzeniem stawu rzekomego i koniecznością kolejnej interwencji chirurgicznej.

Apelację od wyroku złożył powód, zaskarżając wyrok w części oddalającej jego powództwo.

Zaskarżonemu wyrokowi zarzucił niewyjaśnienie w sprawie okoliczności dotyczących

- 1/ niewłaściwie wykonanego przez pozwanego tzw. dojścia operacyjnego;
- 2/ nieumyślnego uszkodzenia nerwu pachowego;
- 3/ nieprawidłowej kwalifikacji przypadku zdrowotnego powoda do zespolenia szpikowego;
- 4/ niezastosowania opatrunku gipsowego zamiast zastosowanego miękkiego,
- 5/ zaniechania wykonania kontrolnych badań radiologicznych
- 6/ nieprawidłowego sposobu opiniowania w sprawie.

Na tej podstawie domagał się uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy Sądowi Okręgowemu do ponownego rozpoznania.

Nadto już po upływie terminu do złożenia apelacji powód skonkretyzował zarzuty apelacji wskazując na naruszenie konkretnych przepisów prawa tak procesowego art. 233 § 1 k.p.c., 231 k.p.c. czy 328 § 2 k.p.c., a nadto na naruszenie prawa materialnego.

Strona pozwana oraz interwenient uboczny domagali się oddalenia apelacji i zasądzenia kosztów postępowania apelacyjnego.

Rozpoznając apelację zważył Sąd Apelacyjny co następuje:

apelacja jest bezzasadna.

Istota sporu wyrażała się w ocenie trafności granic wyznaczonego przez lekarzy strony pozwanej, a następnie wdrażanego wobec powoda leczenia medycznego oraz rzetelności jego wykonania. Związana była z oceną aktów staranności podjętych przez personel medyczny pozwanego szpitala wobec powoda związanych się z procesem diagnostycznym i terapeutycznym w leczeniu, na co bezbłędnie zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, który nie tracąc z pola widzenia własnego atrybutu władzy, skorzystał z dowodu w postaci opinii naukowej placówki medycznej. Wyjaśnienie bowiem zdarzeń związanych z procesem leczenia wymaga wiadomości specjalnych, którymi niewątpliwie legitymują się lekarze, a w ich grupie pracownicy instytutów, których wiedza stanowiła podstawę wydawanej opinii i to w zakresie zagadnień (pytań) stawianych przez powoda, jak i sformułowanych przez Sąd I instancji (porównaj treść odezwy k.234, 312 i 368 akt z treścią opinii ośrodka (...) k.341-353 oraz 387-388 akt).

Przed przystąpieniem do analizy zarzutów apelacji powoda w kontekście zebranego w sprawie materiału dowodowego należy w ślad za Sądem I instancji podkreślić, że wbrew oczekiwaniom powoda treść prywatnej opinii nie stanowi dowodu wyjaśniającego znaczenie splotu zdarzeń przy ocenie zachowania lekarzy leczących ich pacjenta. Prywatna opinia poszerza jedynie twierdzenia faktyczne strony postępowania stanowiąc podstawę zgłoszonego roszczenia i jest dowodem jedynie tego, że określona osoba posiada takie właśnie zdanie na określony temat. Zastąpienie opinii biegłych innym środkiem dowodowym (np. świadkami czy dokumentem) jest w zasadzie niedopuszczalne (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 24 listopada 1999 r., I CKN 223/98, Wokanda 2000, nr 3, s. 7, oraz z dnia 17 marca 2006 r., I CSK 101/05, niepubl.). Uznając opinię biegłego za niemiarodajną winien sąd kontynuować postępowanie dowodowe przez poszukiwanie dowodu z opinii innych biegłych.

Stwierdzenie to wyklucza uznanie treści prywatnej opinii powoda za prawnie doniosły akt z którym łączy się inne od wskazanych skutków, a z drugiej strony nakazują wyjaśnić przyczyny które czynią opinię biegłych (instytutu) niemiarodajną albo miarodajną.

Aby to uczynić wyjaśnienia wymaga i to, że istota opiniowania polega na analizie i ocenie faktów celem wyjaśnienia organowi procesowemu określonego wycinka rzeczywistości (J. Gurgul, Głosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 11 czerwca 1991 r., I ACr 225/92, PiP 1994, z. 4, s. 117). Trafnie przyjmuje się w doktrynie, że granicą, gdzie przebiega linia podziału sędziego - biegłego, staje się ustalenie prawdy o minionym zdarzeniu (M. Tomaszewska, Rola biegłego w kształtowaniu orzeczenia sądu..., s. 65 i powołane tam wypowiedzi w literaturze przedmiotu). Biegły wspiera sąd orzekający w obowiązku wszechstronnego i rzetelnego kształtowania przekonania o prawdziwości twierdzeń i faktów. Na tle innych osobowych środków dowodowych, zeznań świadków i stron, dowód z opinii biegłego - jak stwierdził Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98, OSNC 2001, nr 4, poz. 64 - wyróżnia specjalny jego przedmiot, cel, charakter oraz specyficzne, właściwe tylko jemu, kryteria oceny. Opinia ta podlega ocenie - przy zastosowaniu art. 233 § 1 - na podstawie właściwych dla jej przedmiotu kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, a także sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych w niej wniosków. Dowód z opinii biegłego jest prawidłowo przeprowadzony wówczas, gdy opinia zawiera uzasadnienie ostatecznych wniosków, sformułowane w

sposób przystępny i zrozumiały dla osób nieposiadających wiadomości specjalnych (wyrok SN z dnia 29 lipca 1999 r., II UKN 80/99, OSNAPiUS 2000, nr 22, poz. 831). A zatem aby podzielić pogląd powoda o niemiarności opinii należałoby w niniejszej sprawie wykazać te elementy opinii, które bądź nie uwzględniają twierdzeń powoda albo nie są właściwie umotywowane.

Zdaniem powoda:

- planując operację lekarze pozwanego szpitala winni przeprowadzić badanie neurologiczne (EMG) aby wykluczyć, że obok urazów kostnych lub urazu stawu barkowego nie istnieje powikłanie w postaci uszkodzenia nerwu pachowego;
- nieprzeprowadzenie powyższego badania uniemożliwia obecnie odniesienie się do tego czy uszkodzenie nerwu pachowego nastąpiło w czasie działań operacyjnych;
- wybór miejsca dostępu przez operującego był niewłaściwy i mógł zadecydować o przypadkowym uszkodzeniu nerwu pachowego;
- lekarze postępowali wadliwie (operator) co polegało na umieszczeniu nieskutecznego narzędzia o nazwie gwóźdź śródszpikowy w zbyt głębokim zagłębieniu w obszarze kości ramiennej, co w 2009r. doprowadziło przy usunięciu tego gwoździa do konieczności rozcięcia kości.

Wbrew zarzutom apelacji - opinia ośrodka (...) (a także (...)) poparta analizą danych wynikających z dokumentacji medycznej powoda, jego badania, czy innych a opisanych opinią dowodów przeprowadzonych w sprawie wyjaśnia wszystkie z powyższych okoliczności i była rzeczowo weryfikowana przez Sąd I instancji.

W szczególności biegli stwierdzili w opinii (k.350 i nast.) odnosząc się do kolejnych pytań:

- użyto najkorzystniejszego sposobu dostępu do pola operacyjnego;
- nie ma podstaw do uznania nieprawidłowości w założeniu gwoździa śródszpikowego;
- nie wykonuje się badania EMG przed operacją nastawienia złamania;
- stwierdzone deficyty ruchomości i siły barku i prawej ręki powoda nie stanowiło efektu mechanicznego (operacyjnego) uszkodzenia nerwu, lecz niekorzystne następstwo przebytego złamania
- nie zastosowanie sztywnego unieruchomienia nie mogło powodować wtórnej destabilizacji poprawnie złożonych odłamów kostnych tego złamania.

Biegli wyjaśnili także przyczyny dla których nie ma podstaw dla poszerzenia zespołu opiniujących w sprawie biegłych o specjalistę z zakresu radiologii (k.389 odwrót akt). Wszystkie tezy biegłych są logicznie powiązane z materiałem dowodowym opisanym w obszernej opinii, są także odpowiednio umotywowane. W konsekwencji zarzuty apelacji o niewyjaśnieniu istotnych dla sprawy okoliczności faktycznych, czy też budowanie tez o zależności ośrodków (...) (opiniującego w pierwszej kolejności) i (...) są z oczywistych przyczyn chybione. W toku postępowania Sąd I instancji umożliwił powodowi nie tylko „weryfikowanie” pierwotnych stanowisk wyrażanych przez biegłych w drodze zadawania konkretnych pytań ale i sąd meriti przeprowadził dowody z dwóch niezależnych ośrodków medycznych, których specjaliści w zbieżny sposób dokonali oceny procesu leczenia powoda. Nie ma podstaw – zdaniem Sądu Apelacyjnego – by dowody te uznać za niemiarności. Wszystko to pozwala Sądowi Apelacyjnemu stwierdzić trafność ustaleń poczynionych przez Sąd I instancji oraz uznać je za własne. Bez względu zatem na czas, w którym powód sformułował zarzuty apelacji naruszenia przepisów prawa procesowego stwierdzić należy ich bezzasadność. Wszystkie okoliczności istotne dla sprawy zostały należycie wyjaśnione, a ocena dowodów przeprowadzonych przez Sąd I instancji jest bezbłędna.

W tak ustalonym stanie faktycznym (który nie potwierdza tezy powoda o błędzie lekarzy pozwanej) nie ma podstaw - z racji wskazanych przez Sąd I instancji podstaw materialnoprawnych - dla przypisania odpowiedzialności cywilnej stronie pozwanej, której granice wyznaczają akty staranności w procesie leczenia, a nie wyłącznie jego rezultat.

Trafnie zwraca uwagę strona pozwana, że nie ma podstaw prawnych dla poszukiwania dowodów z kolejnych opinii biegłych tylko z tej przyczyny, że dotychczas przeprowadzone dowody nie są dla powoda satysfakcjonujące.

Wszystko to prowadzi Sąd Apelacyjny do wniosku, że apelacja powoda jako bezzasadna nie zasługuje na uwzględnienie, co usprawiedliwia jej oddalenie po myśli art. 385 k.p.c. z konsekwencją w postaci obciążenia powoda kosztami postępowania apelacyjnego na rzecz strony pozwanej, a to zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik postępowania (art.98 k.p.c.). Zdaniem Sądu Apelacyjnego w warunkach w których wszystkie istotne dla sprawy okoliczności faktyczne zostały szczegółowo wyjaśnione w toku postępowania przed Sądem I instancji, to i odpadły przyczyny dla których mógłby mieć zastosowanie w sprawie art.102 k.p.c. Zawarta w apelacji polemika zawiera jedynie pozór merytorycznej poprawności i tak naprawdę nie zmierza do wyjaśnienia sprawy, lecz jest wyrazem niezadowolenia z tego, że zaprezentowany pierwotnie w pozwie pogląd medyczny nie znalazł potwierdzenia w materiale dowodowym zebrany w toku postępowania. Otóż nie można nie zwrócić na powyższe uwagi, skoro się uwzględni, że z opisanych wyżej przyczyn tzw. sprawy medyczne zawierają bardzo delikatną materię wymagającą od osoby inicjującej postępowanie w takiej sprawie nie tyle odnoszenia się do aktualnej wiedzy medycznej, co jej stanu z daty leczenia, a w tym aspekcie także procedur leczniczych obowiązujących w okresie ocenianego zdarzenia, a także ówczesnego stopnia referencji określonej placówki zdrowia. Wszystkie te aspekty zostały należycie rozważone przez Sąd I instancji, stąd nie ma podstaw do odstąpienia od obciążania powoda kosztami na rzecz pozwanej.

Inaczej ta ostatnia kwestia przedstawia się w stosunku do interwenienta ubocznego.

Przepis art. 107 kpc zd. ostatnie stwarza sądowi możliwość przyznania interwenientowi ubocznemu poniesionych przez niego kosztów, lecz nie obliguje do przyznawania ich w każdym przypadku uzyskania pozytywnego wyniku procesu przez stronę, do której interwenient przystąpił. Przyznanie ich w konkretnej sprawie wymaga więc oceny, czy wstąpienie interwenienta ubocznego do procesu połączone było z rzeczywistą obroną jego interesu i czy podjęte przez interwenienta czynności procesowe zmierzały realnie do tej obrony. Z taką sytuacją nie mamy do czynienia w sprawie. W ocenie Sądu Apelacyjnego – udział interwenienta w niniejszym postępowaniu wiązał się nie tyle z koniecznością wyjaśniania z jego inicjatywy istotnych faktów, co z prawnej więzi jaka łączy pozwanego z interwenientem i ewentualnej oceny aktów staranności procesowej aktywności pozwanego.

Należy zauważyć, że obszerność i rzeczowość stanowiska strony pozwanej zawarta w odpowiedzi na pozew nie stwarzała zagrożeń związanych z aktami niestaranności tej strony, a dla których to uniknięcia stworzona została instytucja przypozwania (art. 84 k.p.c.). Stąd, gdy udział interwenienta posiadał wyłącznie asekuracyjny dla pozwanego charakter, a nadto ze swej natury nie mógł być objęty ryzykiem odpowiedzialności za ów udział po stronie powoda, to i nie ma podstaw dla uznania, by koszty udziału interwenienta obciążały powoda. Mając zatem powyższe na względzie i nie podzielając stanowiska, by koszty te były niezbędne (art.98 § 1 k.p.c.) - Sąd Apelacyjny nie uwzględnił wniosku interwenienta zasądzenia i na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.