

Sygn. akt I ACa 1015/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 5 listopada 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Józef Wąsik
Sędziowie:	SSA Zbigniew Ducki SSA Marek Boniecki (spr.)
Protokolant:	sekr.sądowy Marta Matys

po rozpoznaniu w dniu 5 listopada 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa N. A.

przeciwko Wojewódzkiemu Szpitalowi (...). R. w C.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 10 kwietnia 2015 r. sygn. akt I C 2885/12

1. **oddala apelację;**

2. **zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego;**

3. **przyznaje radcy prawnemu M. O. od Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Kielcach kwotę 6.642 zł (sześć tysięcy sześćset czterdzieści dwa złote), w tym 1.242 zł podatku od towarów i usług, tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną powodowi z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

SSA Zbigniew Ducki SSA Józef Wąsik SSA Marek Boniecki

Sygn. akt I ACa 1015/15

Uzasadnienie wyroku Sądu Apelacyjnego w Krakowie

z dnia 5 listopada 2015 r.

Powód N. A. domagał się zasądzenia na swoją rzecz od pozwanego Wojewódzkiego Szpitala (...). R. w C. kwoty 100.000 zł z tytułu odszkodowania, kwoty 150.000 zł z tytułu zadośćuczynienia z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu, renty w kwocie 500 zł miesięcznie oraz ustalenia odpowiedzialności pozwanego za mogące wystąpić u powoda w przyszłości następstwa zakażenia i nieprawidłowego leczenia. Powód, uzasadniając żądanie pozwu, wskazał, że w czasie pobytu w pozwanym szpitalu doszło do zakażenia go bakterią K.(...) w związku z czym musiał przebywać w całkowitej izolacji również po zakończeniu leczenia szpitalnego, co spowodowało o u niego krzywdę związaną z brakiem jakiegokolwiek kontaktu z otoczeniem oraz niemożnością podjęcia właściwej rehabilitacji kończyn dolnych i górnych. Ponadto podczas pobytu w pozwanym szpitalu, w czasie gdy powód był w śpiączce farmakologicznej, nie zabezpieczono jego rąk i nóg przed przykurczami, co doprowadziło do trwałego zniekształcenia rąk i stóp oraz niedowładu prawego kolana. Uzasadniając żądanie odszkodowania, powód podał, że jest ono niezbędne dla zabezpieczenia właściwej opieki, rozpoczęcia specjalistycznych zabiegów rehabilitacyjnych i umożliwienia zakupu specjalistycznego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym. Jako podstawę zasądzenia renty powód wskazał całkowitą utratę zdolności do pracy zarobkowej

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa, zarzucając: że do zakażenia powoda nie doszło w pozwanym szpitalu, a nosicielem bakterii był najprawdopodobniej sam powód z uwagi na przynależność do grupy ryzyka w związku z nadużywaniem alkoholu, doznanymi obrażeniami ciała oraz niedożywieniem; że powód nie doznał w istocie żadnego uszczerbku na zdrowiu; że personel szpitala dochował wszelkich procedur medycznych; że powód swoim zachowaniem utrudniał przeprowadzenie prawidłowej rehabilitacji.

Wyrokiem z dnia 10 kwietnia 2015 r. Sąd Okręgowy w Kielcach oddalił powództwo oraz rozstrzygnął o kosztach procesu i wynagrodzeniu ustanowionego dla powoda z urzędu radcy prawnego.

Sąd Okręgowy ustalił, że w dniu 11 stycznia 2010 r. w mieszkaniu powoda położonym w K. miał miejsce wybuch gazu. Powód próbował opuścić mieszkanie przez balkon. Schodząc po piorunochronie, spadł z wysokości co najmniej II piętra. Po wypadku został przewieziony karetką pogotowia do Wojewódzkiego Szpitala (...). R. w C.. Na Oddziale (...) (...) stwierdzono u niego oparzenia stopnia II a, II b i III dotyczące głowy, twarzy, tułowia, kończyn górnych w zakresie przedramion i dłoni, kończyn dolnych w zakresie stawów kolanowych i podudzi, w sumie około 35 % powierzchni ciała. Rozległemu oparzeniu towarzyszyły wieloobszarowe uszkodzenia urazowe obejmujące głowę, klatkę piersiową, kręgosłup, miednicę oraz ranę szarpaną dołu podkolanowego prawego. Stwierdzono również niewydolność oddechową. W czasie przyjęcia do szpitala powód znajdował się pod wpływem alkoholu, miał objawy niedożywienia. W pierwszej kolejności zaopatrzone rany oparzeniowe, ranę dołu podkolanowego prawego, nacięto okrężnie oparzenia przedramion, rąk i palców, wykonano bronchoskopię oraz założono wkłucie centralne. Z uwagi na pogłębiającą się niewydolność oddechową, w dniu 12 stycznia 2010 r. powód został przeniesiony na Oddział (...), gdzie poddano go wentylacji mechanicznej. Wdrożono leczenie płynami, antybiotykoterapię, leczenie przeciwbólowe oraz profilaktykę przeciwzakrzepową. Ze względu na ciężki stan oraz konieczność wentylacji mechanicznej, powoda poddano sedacji. W dniu 14 stycznia 2010 r. w trybie awaryjnym powód został przeniesiony na oddział chirurgii, gdzie przeprowadzono zabieg oczyszczenia ran przez wycięcie martwej tkanki oraz położono przeszczepy skóry niepełnej grubości w miejsca powstałych ubytków tkanek. Nadal prowadzono oddech mechaniczny, karmienie przez wkłucie centralne oraz przez sondę, zmieniano opatrunki. W dniu 19 stycznia 2010 r. ponownie przeniesiono powoda na Oddział (...). W dalszym ciągu prowadzono intensywną terapię, codzienne zmiany opatrunków, odżywianie dożylnie oraz drogą naturalną, przetaczano preparaty białkowe, krystaloidy, prowadzono antybiotykoterapię. Kilkakrotnie wykonano nekrektomie i autoprzeszczepy skóry pośredniej grubości. Przeprowadzono również częściową amputację palców II, IV i V ręki lewej oraz palca V ręki prawej oraz wycięto strupy oparzeniowe. W dniu 18 stycznia 2010 r. wykonano posiew z drzewa oskrzelowego, który wykazał obecność bakterii K. (...) (...) +. Uzyskano poprawę ogólnego stanu powoda, po powrocie wydolnego spontanicznego oddechu i rozintubowaniu, w dniu 8 lutego 2010 r. przeniesiono go na Oddział (...) celem dalszego leczenia. Wielokrotnie wykonywano operacyjne usunięcie martwiczych tkanek oraz przeszczepy skóry, oczyszczano rany, codziennie zmieniano opatrunki, stosowano antybiotykoterapię. Dwukrotnie wykonano punkcję jamy opłucnej z powodu wysięku. U powoda stwierdzono także złamanie żeber III, IV, VII po stronie lewej, złamanie żeber IV-XII po stronie prawej, złamanie IX lewego żebra

w linii przykręgosłupowej, złamanie trzonu kręgu piersiowego (...), złamanie lewego wyrostka poprzecznego kręgu lędźwiowego L2, złamanie kości krzyżowej na poziomie S1, złamanie kości kulszowej i łonowej lewej, a także przetokę cewki moczowej. W dniu 25 stycznia 2010 r. na Oddziale Intensywnej Terapii rozpoczęto rehabilitację powoda poprzez ćwiczenia indywidualne z fizjoterapeutą, głównie ćwiczenia oddechowe i usprawniające dostosowane do stanu zdrowia powoda, rodzaju doznanych urazów oraz jego możliwości. Ćwiczenia te odbywały się dwa razy dziennie, do czasu opuszczenia przez powoda szpitala. Powód wielokrotnie odmawiał współpracy z fizjoterapeutą i personelem medycznym, nie był zaangażowany w rehabilitację, nie chciał wykonywać ćwiczeń. Był agresywny i wulgarny wobec personelu medycznego, nie stosował się do zaleceń lekarskich i pielęgniarskich. Często odmawiał zmiany opatrunków. W wykonanym w dniu 20 kwietnia 2010 r. badaniu posiewu z rany wyhodowano bakterię K. (...) (...) (...)Bakteria ta należy do tak zwanych bakterii oportunistycznych, tj. normalnie mogących występować w organizmie ludzkim, nie powodując objawów infekcji. Wchodzi w skład fizjologicznej flory bakteryjnej, bytuje w drogach oddechowych u około 10 % zdrowej populacji, a także w przewodzie pokarmowym, jamie nosowej oraz na skórze. Poza organizmem człowieka ma zdolność przeżywania na nieożywionych powierzchniach. Bakteria kolonizując człowieka wielokrotnie nie wywołuje żadnych objawów klinicznych zakażenia. K. (...)może wywołać zapalenie płuc, jak również zakażenia w układzie moczowym. Bakteria może stać się zagrożeniem i doprowadzić do zakażenia, gdy u nosiciela dojdzie do spadku odporności. Do grupy ryzyka osób zagrożonych kolonizacją należą osoby obciążone chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, alkoholizm, przewlekła obstrukcyjna choroba płuc oraz osoby starsze. Szczep bakterii K. (...)jest oporny nie tylko na antybiotyki betalaktamowe, czyli (...)+, ale również na karbapenemy, czyli KPC+. Antybiotykoterapia, jak również zdolność zmiany genów bakterii prowadzi do selekcji szczepów bakterii niewrażliwych na nowe antybiotyki. Ta sama bakteria stwierdzona u powoda na początku hospitalizacji w trakcie leczenia mogła przetrwać antybiotykoterapię w miejscu trudno dostępnym dla antybiotyków, takim jak martwa tkanka oparzeniowa, włosy, jamy nosowe, uodporniając się na nie i przechodząc w K. pneumoniae KPC+. Po stwierdzeniu występowania u powoda bakterii nie miał on żadnych objawów chorobowych, nie doszło do zakażenia. Nie stwierdzono cech charakterystycznych dla zapalenia płuc spowodowanych infekcją K. pneumoniae KPC+ ani obecności bakterii w moczu. Ujawnienie bakterii spowodowało konieczność izolowania powoda, aby zapobiec jej rozprzestrzenieniu się. Wdrożono odpowiednie procedury obowiązujące w szpitalu w przypadku wystąpienia u pacjenta szczepu ww. bakterii. Powoda umieszczono w osobnej sali z węzłem sanitarnym, w której personel medyczny korzystał z jednorazowych rękawiczek i jednorazowego ubrania ochronnego, stosowano rygorystyczne zasady antyseptyki rąk, wydzielono osobny sprzęt medyczny. W przypadku jedynie kolonizacji bakterii nie jest zalecane stosowanie antybiotyków. Pacjent powinien podlegać izolacji do czasu samoistnej eliminacji bakterii. Stwierdzona u powoda bakteria i związana z tym izolacja, nie miały wpływu na przebieg leczenia powoda. Nadal poddawany był regularnej rehabilitacji. W czasie izolacji odwiedzały go osoby bliskie, które musiały przestrzegać reżimu sanitarnego. Po stwierdzeniu u powoda bakterii wykonano badania na nosicielstwo tej bakterii wśród personelu Oddziału (...) i Oddziału Intensywnej Terapii, a także pobrano posiew ze sprzętu szpitalnego, w tym z sali, w której przebywał powód. Badania te nie wykazały obecności bakterii K. (...)Powód był pierwszym pacjentem w pozwanym szpitalu, u którego wyhodowano bakterię K. (...)W późniejszym okresie stwierdzono obecność tej bakterii jeszcze u czterech pacjentów. Hodowle bakterii miały miejsce w dniach: u dwóch pacjentów w dniu 4 maja 2010 r., tj. w dniu wypisu powoda ze szpitala, w dniu 7 maja 2010 r. oraz w dniu 6 grudnia 2010 r. Powód został wypisany ze szpitala w dniu 4 maja 2010 r. z nie w pełni wygojonymi ranami po oparzeniach, obecnością przetoki cewki moczowej oraz infekcją K. pneumoniae, z zaleceniami wymiany cewnika za 14 dni, wykonywania posiewów kontrolnych co tydzień, rehabilitacji i pielęgnacji. Ponieważ powód przed wypadkiem mieszkał sam i nie miał kto się nim opiekować, został umieszczony w Domu Pomocy Społecznej im. J. P. (...)w K.. Zgodnie z zaleceniami (...) w K. oraz krajowego konsultanta w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej, powód był poddany izolacji ze względu na bezpieczeństwo pozostałych pensjonariuszy domu opieki. Zapewniono mu pojedynczą salę, której nie opuszczał. Wykonując czynności pielęgnacyjne i zmiany opatrunków, personel domu pomocy społecznej korzystał z jednorazowej odzieży ochronnej oraz wydzielonego sprzętu medycznego. Regularnie wykonywano posiewy na obecność bakterii. Zalecono izolację powoda do czasu uzyskania ujemnych wyników posiewów. W Domu Pomocy Społecznej powód był poddawany rehabilitacji. Nie zawsze jednak współpracował z personelem, odmawiał rehabilitacji. Nie przestrzegał higieny osobistej, nie stosował się do zaleceń dietetycznych, nie przyjmował leków. Często był agresywny wobec personelu, nałogowo nadużywał alkoholu. Odwiedzały go osoby bliskie, które w czasie wizyt musiały przestrzegać reżimu sanitarnego i używać

odzieży ochronnej. Ostatni pozytywny wynik posiewu stwierdzający u powoda obecność bakterii K. (...) uzyskano w dniu 22 lipca 2011 r. Kontrole Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w K. w pozwanym szpitalu w latach 2009-2010 nie wykazały nieprawidłowości w zakresie stanu higieniczno-sanitarnego. Stwierdzono, że w szpitalu prowadzone jest czynne monitorowanie zakażeń szpitalnych na wszystkich oddziałach oraz kontrolowane jest przestrzeganie procedur zapobiegających zakażeniom zakładowym. Podczas kontroli przeprowadzonej w maju 2010 r., w związku ze zgłoszeniem raportu wstępnego o podejrzeniu wystąpienia ogniska epidemicznego K. (...) nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości stanu higieniczno-sanitarnego. W związku z doznanymi obrażeniami, u powoda występują obecnie bliznowate przykurcze w zakresie obu dłoni, niedowład prawego kolana oraz opadanie obu stóp. Bliznowate przykurcze obu dłoni są wynikiem rozległości i głębokości oparzeń z towarzyszącą martwicą paliczek dystalnych palców. Są naturalnym zejściem głębokich oparzeń, co wynika z naturalnego przebiegu gojenia ran oparzeniowych, w czasie którego dochodzi do obkurczania rany oparzeniowej, spowodowanego wytwarzaniem przez organizm elementów kurczliwych w bliznie. Przykurcze takie pojawiają się pomimo prawidłowego procesu leczenia i nie eliminuje ich całkowicie prowadzona rehabilitacja, która może jedynie zminimalizować ich skutki, o ile jest prowadzona intensywnie, długotrwanie i z dużym zaangażowaniem poszkodowanego. Rehabilitacja powoda została wprowadzona wcześniej, już 25 stycznia 2010 r. i była prowadzona właściwie. Została ona dostosowana do ciężkiego stanu ogólnego powoda, wynikającego z rozmiaru doznanych urazów. Na wyniki rehabilitacji i sprawność dłoni duży wpływ miała postawa powoda, który bardzo często odmawiał współpracy, nie chciał wykonywać ćwiczeń z fizjoterapeutą. Ręce powoda w trakcie leczenia szpitalnego były prawidłowo zabezpieczone. Jego dłonie w zamkniętym opatrunku zostały ułożone w optymalnej pozycji, minimalizującej powstanie przykurczy bliznowatych, tj. przy grzbietowym zgięciu nadgarstka, zgięciu w stawach śródrečno-palczkowych oraz odwiedzeniu kciuka. Stwierdzony u powoda niedowład kolana prawego, związany z obecnością blizn pooparzeniowych oraz blizny po ranie szarpanej dołu podkolanowego, podobnie jak blizny w zakresie dłoni, jest wynikiem naturalnego przebiegu gojenia ran. Prawidłowo prowadzone leczenie ran oparzeniowych oraz rehabilitacja nie zabezpieczają przed jego powstaniem. Występujące u powoda opadanie stóp – ustawienie ich w zgięciu podeszwowym, z następowym przykurczem w stawach oraz ograniczeniem czucia powierzchownego i głębokiego, wskazuje na uszkodzenie nerwów strzałkowych. Wpływ na to miało wiele czynników, związanych z ciężkim stanem powoda po zdarzeniu. Był on osobą leżącą, przez kilka tygodni wentylowaną z użyciem respiratora, z wielomiejscowymi złamaniami, z ranami i oparzeniami w okolicy stawów kolanowych. Już przy przyjęciu był szczupły, miał niedowagę, co sprzyjało szybszemu powstawaniu odleżyn. Czynniki te sprzyjały występowaniu nawet niewielkiemu, ale przedłużającemu się uciskowi na podudzia w ich części górnej, gdzie nerw strzałkowy przebiega płytko pod skórą. Ponadto blizny pooparzeniowe w okolicy stawów kolanowych mogły wciągnąć nerwy strzałkowe w proces bliznowacenia, prowadząc do ich naciągania, w tym na kości. Wyniszczająca choroba, alkoholizm, zaburzenia białkowe i witaminowe pogłębiały podatność jednego z najwrażliwszych nerwów na jego uszkodzenie. Ułożenie stóp powoda w czasie pobytu w szpitalu w pozycji zgięcia grzbietowego było prawidłowe. Gąbki w okolicach stóp układane były w celu zapobieżenia odleżynom, a ich brak nie miał wpływu na opadanie stóp. Proces leczenia powoda w pozwanym szpitalu oraz proces rehabilitacji przebiegały prawidłowo. W prowadzonym leczeniu uwzględniono wszystkie możliwe niezbędne kierunki terapii w postaci: leczenia ogólnoustrojowego, leczenia ran oparzeniowych, leczenia rehabilitacyjnego. Fakt, iż powód był nosicielem bakterii K.(...) nie miał wpływu na przebieg jego leczenia i rehabilitacji. W związku z doznanymi oparzeniami nie było wskazań do przetransportowania powoda do (...) Szpitala (...) w S.. Szpital w C. ma duże doświadczenie w leczeniu oparzeń. Ponadto ciężki stan powoda, wywołany niewydolnością oddechową i współistnieniem wielu złamań rekomendował do leczenia powoda na miejscu. W chwili wypadku powód miał 37 lat. Ukończył szkołę zawodową (tokarz), podejmował prace dorywcze. Po śmierci rodziców zamieszkiwał sam. Od 2004 r. leczył się psychiatrycznie, kilkakrotnie był hospitalizowany. Rozpoznano u niego reakcje depresyjne, zaburzenia osobowości oraz zespół zależności alkoholowej. Kilkakrotnie podejmował próby samobójcze. Od wielu lat nałogowo nadużywał alkoholu. Obecnie przebywa w Domu Pomocy Społecznej im. J. P. II w K.. Został zaliczony do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Jest niezdolny do pracy. Porusza się na wózku inwalidzkim. Otrzymuje zasiłek stały z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w K. oraz zasiłek pielęgnacyjny.

W ustalonym przez siebie stanie faktycznym, po dokonaniu analizy zebranego w sprawie materiału dowodowego, Sąd Okręgowy uznał powództwo za nieuzasadnione. W ocenie Sądu powód nie zdołał wykazać przesłanek, od spełnienia

których uzależniona była odpowiedzialność pozwanego szpitala. Materiał dowodowy zgromadzony w sprawie nie dawał podstaw do przypisania lekarzom pozwanego szpitala niezgodnego ze sztuką lekarską i wiedzą medyczną działania czy też zaniechania. Sąd pierwszej instancji zwrócił uwagę na poważny stan, w którym powód został przyjęty do szpitala oraz jego naganne zachowanie przy realizacji rehabilitacji. Sąd ten nie znalazł także podstaw do przyjęcia, nawet jedynie z dużym prawdopodobieństwem, że kolonizacja bakterii nastąpiła w trakcie pobytu w szpitalu. Zauważył nadto, że stwierdzona bakteria nie doprowadziła do zakażenia. Co więcej, Sąd przyjął, że okoliczność przynależności powoda do grupy wysokiego ryzyka kolonizacją bakterii, uzasadniała wysokie prawdopodobieństwo nosicielstwa bakterii jeszcze przed przyjęciem do szpitala. Powód był pierwszym pacjentem, u którego wyhodowano bakteria. Z samego tylko faktu, iż już po stwierdzeniu u powoda obecności bakterii, doszło do wyhodowania tej bakterii jeszcze u innych czterech pacjentów, nie można wnioskować, że w pozwanym szpitalu nie były przestrzegane procedury sanitarne. Pacjenci, u których stwierdzono obecność bakterii, byli w większości osobami w podeszłym wieku, co wskazuje zdaniem Sądu Okręgowego, że znajdowali się w grupie wysokiego ryzyka zakażeniem. O należyтым przestrzeganiu reżimu sanitarnego świadczą negatywne wyniki posiewów wśród personelu medycznego i sprzętu szpitalnego oraz wyniki kontroli Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w K.. Również okoliczność, iż bliskie powodowi osoby, z którymi stykał się przez wypadkiem nie zostały zakażone bakterią, nie świadczy o tym, że powód nie był nosicielem bakterii przed przyjęciem do szpitala. W ocenie Sądu pierwszej instancji nie znalazły potwierdzenia w zgromadzonym materiale dowodowym zarzuty powoda, iż w trakcie izolacji nie miał żadnego kontaktu z otoczeniem oraz nie mógł podjąć właściwej rehabilitacji.

Wyrok powyższy zaskarżył apelacją powód, wnosząc o jego zmianę poprzez uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi pierwszej instancji.

Apelujący zarzucił naruszenie: 1) prawa materialnego – art. 444 §1 i 2 k.c., art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 415 k.c., art. 416 k.c. i art. 355 k.c. – poprzez przyjęcie, że dla odpowiedzialności pozwanego szpitala konieczne jest wykazanie udowodnionej jego winy w leczeniu, podczas gdy zgodnie z utrwalonym orzecznictwem Sądu Najwyższego, wystarczy wykazanie prawdopodobieństwa najmniejszej nawet winy nieumyślnej pozwanego, co w pełni uzasadniałoby powstanie prawa do odszkodowania, renty i zadośćuczynienia na rzecz powoda; 2) prawa procesowego, które miało istotny wpływ na wynik sprawy: art. 3 k.p.c. – poprzez oparcie wiarygodności dowodów nie na kryterium prawdy, a jedynie prawdopodobieństwa, a w konsekwencji uznanie, że powód był nosicielem bakterii K.(...) jeszcze przed przyjęciem go do szpitala; art. 231 k.p.c. – poprzez oparcie orzeczenia na domniemaniu faktycznym, mimo braku faktów stanowiących jego logiczne przesłanki; art. 233 §1 k.p.c. polegające na przekroczeniu przez Sąd pierwszej instancji granic swobodnej oceny dowodów, prowadzącym do sprzeczności ustaleń Sądu z zebrany w sprawie materiałem dowodowym poprzez przyjęcie, że powód nie udowodnił, że zakażenie było normalnym następstwem działań i zaniechań pracowników pozwanego szpitala, podczas gdy wszechstronne rozważenie całokształtu zgromadzonego materiału dowodowego jednoznacznie prowadzi do przyjęcia tej tezy za udowodnioną.

W odpowiedzi na apelację strona pozwana wniosła o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż Sąd Okręgowy prawidłowo, z poszanowaniem reguł wyrażonych w przepisie art. 233 §1 k.p.c. ustalił stan faktyczny sprawy, co sprawiło, że Sąd Apelacyjny przyjął go za własny.

Dla skutecznego podniesienia zarzutu obraży ww. przepisu nie wystarczy wykazanie, że na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego możliwe jest ustalenie innego niż przyjął to Sąd stanu faktycznego, zbieżnego z wersją skarżącego, lecz konieczne jest unaocznienie, że Sąd pierwszej instancji przy ocenie dowodów naruszył zasady doświadczenia życiowego czy logicznego rozumowania. Niezbędne jest przy tym, także z uwagi na związanie Sądu drugiej instancji zarzutami natury procesowej, przedstawienie w środku odwoławczym, które konkretnie dowody ocenione zostały nieprawidłowe i z czego apelujący wywodzi takie przekonanie. W swojej apelacji powód zarzucił

niewłaściwą ocenę zeznań świadków T. D. i R. S., z których mogło wynikać, że do kolonizacji bakterii u skarżącego doszło właśnie w pozwany szpitalu. Apelujący nie dostrzega jednak, że podnoszone okoliczności były brane pod uwagę przez biegłego S. S. przy wydawaniu opinii w sprawie. Zestawienie okoliczności: nosicielstwa bakterii *K. pneumoniae* u 10% zdrowej populacji, przynależności powoda do grupy ryzyka, ujawnienia u powoda już w posiewie z 18 stycznia 2010 r. szczepu (...)+, niestwierdzenia uprzedniego występowania bakterii u personelu i na sprzęcie szpitalnym, następczego dopiero wyhodowania bakterii u kilku pacjentów (maj, grudzień 2010 r.) wystarczająco uzasadniają w ocenie Sądu Apelacyjnego przyjęcie, że do kolonizacji bakterii u powoda nie doszło w pozwany szpitalu. Nie jest natomiast wykluczone, że to apelujący był źródłem bakterii, które znalazły się następnie u innych pacjentów. Biegły wyjaśnił także, że przebywanie z innymi osobami przed przyjęciem do szpitala mogłoby prowadzić do przeniesienia bakterii tylko przy szczególnym zbiegu okoliczności. Również w kwestii uszkodzenia ciała powoda w postaci opadania stóp, przykurczy obu dłoni i niedowładu kolana zestawienie opinii biegłych chirurga i neurologa nie pozostawia żadnych wątpliwości co do tego, że dolegliwości te nie są rezultatem wadliwego działania lub zaniechania personelu pozwanego szpitala. W tym zakresie zresztą skarżący nie przeciwstawia żadnych dowodów, które mogłyby wnioski opinii podważyć. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że strona powodowa po złożeniu przez biegłych wyjaśnień ostatecznie nie zakwestionowała obu opinii.

Odnosząc się do zarzutów obrazy art. 3 k.p.c. i art. 231 k.p.c., zauważyć należy, że zdaniem apelującego polegać ona miała na przyjęciu przez Sąd Okręgowy jedynie w oparciu o domniemanie faktyczne, a nie przeprowadzony dowód, iż to powód miał być nosicielem bakterii jeszcze przed przyjęciem do szpitala. Przypomnieć w tym miejscu trzeba, że zgodnie z ogólną zasadą dowodzenia w procesie wyrażoną w art. 6 k.c., to na stronie powodowej w tym wypadku spoczywał ciężar wykazania wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej, w tym związku przyczynowego, o którym mowa w art. 361 §1 k.c. Zgodnie jednak z utrwaloną linią orzecznictwa, w tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem personelu medycznego a powstałą szkodą jest najczęściej niemożliwe, gdyż w świetle wiedzy medycznej w większości wypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności czy wyłączności przyczyny (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r., II CSK 285/07). W rozpoznawanej sprawie żadna z opinii biegłych nie wskazuje zaniedbań personelu medycznego jako przyczyny kolonizacji u powoda bakterii tudzież dysfunkcji kończyn. Wnioski biegłych są w tym zakresie jednoznaczne. To, że podawana jest inna przyczyna w kategoriach prawdopodobieństwa, nie oznacza, że okoliczności leżące po stronie szpitala są brane pod uwagę jako jedna z możliwości. Niezależnie od powyższego, powód musiałby wykazać nie jakiegokolwiek prawdopodobieństwo związku przyczynowego ale jego wysoki stopień, czego niewątpliwie nie uczynił.

W konsekwencji nieskuteczności zarzutów o charakterze prawnoprocesowym nie mogły się ostać zarzuty obrazy prawa materialnego. W świetle znajdujących pełne odbicie w zgromadzonym w sprawie materiale dowodowym ustaleń faktycznych, nie sposób pracownikom pozwanego szpitala przypisać jakiegokolwiek odpowiedzialności za powstałą u powoda szkodę, nawet przy przyjęciu profesjonalnego charakteru ich działalności.

Przede wszystkim nie zostało nawet uprawdopodobnione, że personel szpitala podjął jakiegokolwiek nieprawidłowe działania lub uchylił się od działań, do których był zobowiązany. W rozpoznawanej sprawie powód źródłem swojej szkody i krzywdy upatrywał w zakażeniu bakterią *K. (...)* oraz nieprawidłowym jego zdaniem leczeniu i rehabilitacji następstw wypadku, któremu uległ. W pierwszej kwestii nie zostało wykazane jednak z wystarczającą dozą prawdopodobieństwa, że kolonizacja bakterii (a nie zakażenie, do którego w ogóle nie doszło) nastąpiła w pozwany szpitalu. Przed przywiezieniem powoda przypadki kolonizacji nie wystąpiły, bakteria tego rodzaju występuje u 10% zdrowej populacji, a powód należał do grupy ryzyka tak w związku z prowadzonym trybem życia, jak i obrażeniami, których doznał w wyniku wypadku. Niezależnie od powyższego, u powoda nie wystąpiły zasadniczo ujemne następstwa nosicielstwa bakterii, która została ostatecznie usunięta z organizmu. Biegli wykluczyli wpływ nosicielstwa na proces leczenia i rehabilitacji, nie doszło też do zakażenia. Jedynym skutkiem stwierdzenia u apelującego wystąpienia bakterii było odizolowanie go od innych pacjentów tak w szpitalu, jak i domu pomocy społecznej. Wbrew jednak twierdzeniom skarżącego w okresie izolacji nie był on pozbawiony możliwości odwiedzin, o czym świadczą chociażby zeznania powołanych przez niego świadków. Co więcej, treść notatki służbowej dyrektora (...) wskazuje, że po skończeniu

izolacji powód nie chciał przeprowadzić się do innego pokoju (k. 225), co przemawia za tym, że panujące w nim warunki nie stanowiły żadnej dolegliwości.

Przeprowadzone w sprawie postępowanie dowodowe nie dało również jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że personel szpitala nieprawidłowo leczył lub rehabilitował powoda. Z opinii biegłych chirurga i neurologa nie sposób wywieść wniosku o wadliwym zachowaniu pracowników strony pozwanej. Jakkolwiek też biegli stwierdzili wielorakość czynników, które mogą wpłynąć na uszkodzenie nerwu strzałkowego, to pośród nich nie wymienili żadnego, który obciążać mógłby pozwany szpital. Co więcej, biegły chirurg jednoznacznie wypowiedział się co do prawidłowości leczenia i rehabilitacji powoda. Zwrócić przy tym należy uwagę na jeszcze jedną okoliczność. Tak z opinii biegłych, jak i dokumentacji leczenia powoda w szpitalu oraz późniejszego pobytu w domu pomocy społecznej wynika w sposób nie budzący żadnych wątpliwości, że skarżący swoim nagannym zachowaniem, przejawiającym się odmową wykonywania ćwiczeń, a nawet agresją wobec pracowników, utrudniał w sposób istotny proces rehabilitacji. Dodać przy tym trzeba, że nawet dla przeciętnie wykształconej osoby oczywistym być winno, że nie poddanie się rehabilitacji skutkować musi nieosiągnięciem celów, dla których została zastosowana. Co istotne, kwestia braku opieki psychologicznej czy motywowania powoda pojawiła się dopiero w postępowaniu apelacyjnym i nie była objęta podstawą faktyczną żądania pozwu. Nie potwierdziły się też zarzuty powoda o niewłaściwym traktowaniu go przez rehabilitanta. Informacje w tym zakresie, którymi dysponować miała świadek I. D. pochodziły wyłącznie od powoda i nie brzmiały przekonująco, a nadto nie zostały wsparte żadnym dowodem, któremu można byłoby przypisać walor obiektywizmu.

W konkluzji powyższych rozważań dojść należało do przekonania, że powód nie wykazał żadnej z przesłanek odpowiedzialności deliktowej, którą ponosić miała strona pozwana. Nie uprawdopodobnił w wystarczającym stopniu, że kolonizacja bakterii miała miejsce w pozwanym szpitalu, co wyklucza związek przyczynowy między jakimkolwiek zachowaniem personelu szpitala a kolonizacją bakterii. Nie wykazano również, aby w związku z nosicielstwem powstała szkoda po stronie powoda. Apelujący nie uprawdopodobnił też, że był leczony lub rehabilitowany wadliwie. Ubocznie jedynie zauważyć także należy, że powód w żaden sposób nie wykazał wysokości dochodzonego roszczenia, szczególnie w zakresie kosztów leczenia czy utraty zdolności zarobkowania.

Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację jako bezzasadną.

Za podstawę rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego, które po stronie pozwanej ograniczyły się do wynagrodzenia radcy prawnego przyjęto art. 98 §1 k.p.c. w zw. z art. 391 §1 k.p.c. oraz §6 pkt 7 w zw. z §12 ust. 1 pkt 2 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. jedn. Dz. U. z 2013 r., poz. 490).

Wobec braku oświadczenia ustanowionego z urzędu pełnomocnika powoda o niepokryciu jego wynagrodzenia w postępowaniu odwoławczym, Sąd Apelacyjny wynagrodzenia takowego nie przyznał, stosownie do §16 ww. rozporządzenia.

SSA Zbigniew Ducki SSA Józef Wąsik SSA Marek Boniecki