

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Kraków dnia 17 lutego 2016 r.

Sąd Okręgowy w Krakowie, Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Wojciech Żukowski

Protokolant: starszy protokolant Marzena Stępkowska

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 3 lutego 2016 r. w Krakowie

sprawy z powództwa **T. K.**

przeciwko **Szpitalowi (...) w K.**

o zapłatę i ustalenie

I. **powództwo oddala,**

II. **nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu stronie pozwanej.**

UZASADNIENIE

Powód T. K. w pozwie z dnia 25 czerwca 2013 r. ostatecznie skierowanym przeciwko Szpitalowi (...) w K. wniósł o zasądzenie na jego rzecz od pozwanego następujących kwot:

- 150.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę z ustawowymi odsetkami od dnia 29 września 2012 r. do dnia zapłaty,
- 1.000 zł tytułem renty w związku z utratą zdolności do pracy oraz zwiększonych potrzeb płatnej co miesiąc do 10 dnia każdego miesiąca począwszy od czerwca 2013 r.,
- 36.000 zł tytułem skapitalizowanej renty za okres 36 miesięcy.

Nadto powód domagał się ustalenia odpowiedzialności pozwanego Szpitala na przyszłość za szkody mogące powstać u powoda jako następstwa zakażenia jakimś powód doznał w pozwanym Szpitalu oraz zasądzenia od pozwanego kosztów postępowania według norm przepisanych.

Na uzasadnienie żądań powód podał, że w dniach od 9 do 12 listopada 2009 r. był hospitalizowany w Klinice (...) w K. z powodu ostrego zawału mięśnia sercowego ściany przednio – bocznej oraz zaburzeniami gospodarki tłuszczowej. W dniu 10 listopada 2009 r. wykonano powodowi zabieg przezskórnej angioplastyki pozawałowej gałęzi międzykomorowej przedniej z implantacją stentu powlekanego lekiem. Powód zarzucił, iż podczas pobytu w pozwanym Szpitalu został zarażony bakterią gronkowca złocistego, co skutkowało zapaleniem kręgosłupa na poziomie L2-L3. Od tego momentu powód cierpi z powodu licznych dolegliwości bólowych kręgosłupa, czterokrotnie był hospitalizowany w Klinice (...) na Oddziale (...) Kręgosłupa w O. gdzie w dniu 10 sierpnia 2011 r. został poddany zabiegowi operacyjnemu odciążenia kanału kręgowego L4-L5 obustronnego. Powód poniósł także koszty z tytułu dojazdów do szpitali celem dokonywania regularnych kontroli stanu zdrowia, odbycia rehabilitacji oraz zakupów leków, których był zmuszony w ramach antybiotykoterapii w zaistniałej sytuacji używać. Ponadto utracił zdolność do pracy zarobkowej, w tym zmniejszyły się jego widoki powodzenia na przyszłość, co uzasadnia mu przyznanie odpowiedniej renty.

Szpital (...) w K. w odpowiedzi na pozew (k. 94), wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Na uzasadnienie zarzucił, iż zabieg u powoda został wykonany w sali operacyjnej spełniającej wszystkie wymagania sanitarno – epidemiologiczne, a sprzęt użyty w trakcie zabiegu był jednorazowego użytku. Wyjaśnił, iż przeprowadzone u powoda badania nie wskazywały na obecność jakiegokolwiek odczynu zapalnego. Nie stwierdzono także żadnych powikłań po nakłuciu tętnicy ani w miejscu wkłucia żylnego obwodowego, które wskazywałoby na obecność miejscowego stanu zapalnego. Pozwany podkreślił, iż zabieg wykonany powodowi był zabiegiem ratującym życie, podczas jego wykonywania zachowano wszystkie wymagane normami procedury, w szczególności te związane z wymogami sanitarno – epidemiologicznymi. Co więcej ani w czasie pobytu powoda u pozwanego, ani po jego hospitalizacji nie odnotowano na Oddziale K. (...) żadnych zachorowań wywołanych zakażeniem gronkowcem złocistym. Pozwany wskazał, także, iż bezpośrednio przed hospitalizacją u niego, powód był leczony w innych jednostkach leczniczych, które również stanowiły źródło potencjalnego zakażenia. Według pozwanego obraz kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego przedstawiony przez powoda oraz dalsze leczenie powoda (w tym zabieg operacyjny polegający na odciążeniu kanału kręgowego L4- L5) jednoznacznie wskazują na zwyrodnieniowy charakter choroby powoda.

Sąd ustalił, następujący stan faktyczny:

W dniu 6 listopada 2009 r. powód trafił do Szpitala im. dr J. D. w K. z rozpoznaniem ostrego zawału mięśnia sercowego ściany przednio – bocznej ((...)) oraz zaburzeniami gospodarki tłuszczowej. W ramach leczenia podano powodowi środki farmakologiczne oraz wlewy kroplowe dożylnie, po czym w dniu 7 listopada 2009 r. został on skierowany do dalszego leczenia w Oddziale K. (...)w N., gdzie wykonano powodowi koronarografię. Następnie w dniu 9 listopada 2009 r. powód został skierowany do Kliniki (...) w K. – (...)w celu kontynuacji leczenia, gdzie przebywał do 12 listopada 2009 r. Podczas tego pobytu stwierdzono u powoda chorobę niedokrwinną serca – ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka (...) a w dniu 10 listopada powodowi wykonano zabieg przezskórnej angioplastyki pozawałowej gałęzi międzykomorowej przedniej z implantacją stentu powlekanego lekiem. Przebieg zabiegu i hospitalizacji powoda odbył się bez powikłań. Powód został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym.

Dowód:- karta informacyjna z leczenia szpitalnego Szpitala im. (...) w K., k. 12; karta informacyjna leczenia szpitalnego (...) w N., k. 13; karta informacyjna z leczenia szpitalnego Szpitala (...) w K., k. 14

W drodze powrotnej ze Szpitala (...) w K. powód zaczął odczuwać bardzo silne bóle w okolicy lędźwiowej kręgosłupa z promieniowaniem do ud i całej lewej kończyny dolnej. Bóle te odąd były bardzo częste. Od dnia 18 listopada 2009 r. powód co najmniej pięciokrotnie korzystał z doraźnej pomocy medycznej (karetka pogotowia, (...), domowe wizyty) z powodu silnego bólu w odcinku lędźwiowym. Otrzymywał wówczas środki przeciwbólowe. Wykonane w czasie pobytu w (...) badanie (...) nie ujawniło u powoda zmian zapalnych w kręgosłupie. Powód był leczony z powodu podejrzenia odmiedniczkowego zapalenia nerek diagnozowany z powodu podejrzenia kamicy nerkowej, a także był konsultowany ortopedycznie.

W związku z nasilającym się bólem powód został przyjęty do Kliniki (...) w B., gdzie przebywał od 29 listopada do 18 grudnia 2009 r. W przeprowadzonym badaniu przedmiotowym stwierdzono wymuszoną pozycję ciała, bólowe ograniczenie ruchomości kręgosłupa w odcinku L/S ze wzmożonym napięciem mięśni przykręgosłupowych oraz obustronne dodatnie objawy korzeniowe. Badania laboratoryjne wykazały wysokie parametry stanu zapalnego. Podczas pobytu w Szpitalu powód gorączkował. W związku z tym wykonany został posiew z krwi, w którym wyhodowano gronkowca złocistego. Włączono wobec powoda leczenie antybiotykiem.

W dniu 4 lutego 2010 r. powód odbył badanie tomografii komputerowej, które potwierdziło, iż przebył on proces zapalny kręgosłupa. W wyniku zakażenia bakterią gronkowca złocistego u powoda doszło do uszkodzenia tkanki kostnej. Ognisko zaplenia nie było jednak duże, stan chorego nie był ciężki i dlatego też wdrożono leczenie antybiotykami a nie chirurgiczne.

Dowód:- karta informacyjna Samodzielnego Publicznego ZOZ Wojewódzkiego Szpitala (...) w B., k. 15 – 16; karta informacyjna Kliniki (...) w B., k. 17; wynik badania z dnia 4.02.2010 r., k. 18-20; zeznania świadka B. K., k. 355-356; zeznania świadka R. K., k. 356-357; przesłuchanie powoda, k. 467-469; zeznania świadka W. K., k. 376-377

W okresie od 4 do 14 maja 2010 r., 28 czerwca do 2 lipca 2010 r., 16 do 19 sierpnia 2010 r. i od 8 do 17 sierpnia 2011 r. powód przebywał z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa w Klinice (...) w O., gdzie stosowano wobec niego leczenie diagnostyczne tj. antybiotykoterapię (pół roku) oraz założono gorset gipsowy. W dniu 10 sierpnia 2011 r. powód został poddany zabiegowi operacyjnemu odciążenia kanału kręgowego L4-L5 obustronnego.

Dowód:- karty informacyjne (...) Publicznego Szpitala (...) w O., k. 21-23; dokumentacja medyczna powoda, k. 165-183, 192-207, 211-280, 306-309

Sytuacja związana chorobą kręgosłupa negatywnie wpłynęła na psychikę powoda. Od kwietnia 2012 r. pozostaje pod opieką lekarza psychiatry, który zdiagnozował u niego ciężki epizod depresyjny. Powód załamał się z powodu silnych dolegliwości bólowych kręgosłupa. Przed zdarzeniem powód był zdrowy psychicznie. Obecnie jest nerwowy, trudny w kontakcie, wymaga opieki osób bliskich. Powodem opiekuje się żona, syn i synowa. Powód wychodzi na zewnątrz tylko przy pomocy osób trzecich. Używa kul. Trzeba mu pomagać dość do wc. Przed zdarzeniem powód opiekował się swymi rodzicami, którzy są osobami w podeszłym wieku. Obecnie pomoc tę musi świadczyć jego żona.

Pomoc dla powoda w związku z jego chorobą obejmowała sporządzanie mu posiłków, pomoc w czynnościach higienicznych, zmianie odzieży, robieniu zakupów (w tym zakup leków), podwożenie na wizyty lekarskie. Opieka intensywna trwała ponad pół roku przez ok. 8 godzin dziennie. Powód ponosi wydatki na leki i na dojazdy do O. gdzie się leczy na kręgosłup - ok. 200 zł miesięcznie.

Dowód:- zaświadczenie o stanie zdrowia, k. 296; zeznania świadka B. K., k. 355-356; zeznania świadka R. K., k. 356-357; przesłuchanie powoda, k. 467-469

Powód ma orzeczony umiarkowany stopień niepełnosprawności od listopada 2009 r. Wskazana jest dla niego praca w warunkach chronionych, przeciwwskazana praca ciężka fizycznie, wymaga zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji.

W okresie od 7 maja 2010 r. do 1 maja 2011 r. powód przebywał na zasiłku rehabilitacyjnym a następnie od dnia 2 maja 2011 r. do 31 grudnia 2015 r. wobec częściowej niezdolności do pracy pozostawał na rencie. W 2008 r. osiągnął dochód z tytułu umowy o pracę w wysokości 28.871,62 zł a w 2009 r. – 27.197,08 zł w tym 2.275,41 z tytułu działalności wykonywanej osobiście. Wysokość otrzymywanej przez niego renty z ZUS wyniosła: za okres od 2 do 31 maja 2011 r. – 1258,64 zł, od 1 czerwca 2011 r. do 30 kwietnia 2012 r. – 1299,25 zł, od 1 maja 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. – 1342,70 zł, i od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. – 1342,70 zł.

Dowód:- orzeczenia Miejskiego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności w B. z dnia 4.11.2010 r., 18.01.2012 r., 13.03.2014 r., k. 489, 490, 491, decyzje ZUS, k. 32-37; orzeczenie lekarza orzecznika ZUS z dnia 28.05.2010 r., k. 38 oraz dnia 28.09.2010 r., k. 39 z dnia 13.12.2010 r., k. 40, z dnia 28.04.2011 r., k. 41, z dnia 23.04.2012 r., k. 42; Pit 11 z 2008 r., k. 286; pit -40 za 2009 r., k. 287-289; decyzja ZUS z dnia 17.05.2011 r., k. 290-293; decyzja ZUS z dnia 11.05.2012 r., k. 294; decyzja ZUS z dnia 4.01.2013 r., k. k. 295

S. (...), który został wyhodowany z posiewu krwi powoda ma pełną wrażliwość, jest oporny jedynie na penicylinę G, co wskazuje, iż nie jest to szczep bakterii tzw. „szpitalny” wielooporny tylko pochodzący ze skóry osoby skolonizowanej.

Każdy zabieg z naruszeniem ciągłości skóry wiąże się z możliwością wprowadzenia bakterii i wywołania przejściowej bakteriemii mogącej w sprzyjających warunkach spowodować osadzenie się bakterii w tkankach i stan zapalny.

Na Oddziale (...) w N. poddano powoda koronografii (badaniu inwazyjnemu polegającemu na wprowadzeniu cewnika do naczyń i podania kontrastu do (...) wieńcowych).

Podczas pobytu w Szpitalu (...) w K. wykonano u powoda zabieg przezskórnej interwencji wieńcowej.

Koronografia jak i stentowanie w czasie przezskórnej interwencji wieńcowej są zabiegami w czasie których ryzyko spowodowania bakteriemii jest wyższe. Wyższe prawdopodobieństwo wprowadzenia bakterii jest w czasie zbiegów dłużej trwających z obecnością cewników, kaniuli z prowadnicą.

Analizując związek czasowy i charakter zabiegu nie sposób wskazać placówkę, w której doszło do wprowadzenia bakterii do krwioobiegu i bakteriemii S. (...). W czasie procedur nie był stosowany antybiotyk profilaktycznie w obu procedurach nie jest on obowiązkowo wymagany.

Nie można wykluczyć, że bakteriemii a następnie bakteryjnego zapalenia krążka i przestrzeni międzykręgowej a w konsekwencji zajęcia sąsiadujących trzonów kręgu doszło bez związku z prowadzonymi zabiegami. Przymusowa pozycja, leżenie, stres, obniżenie odporności, leczenie przeciwzakrzepowe, sprzyja takiej możliwości.

Powód wymagał kilkumiesięcznego leczenia antybiotykiem, unieruchomienia w gorsecie gipsowym, wyjazdów do O., co wydłużyło znacznie okres niezdolności do pracy po zawale serca, jego niezdolność do pracy przedłużona została o okres leczenia zapalenia trzonów L2/L3 a także o okres wymagający leczenia operacyjnego uciśniętego korzenia. Obecnie powód pozostaje w stanie ogólnym dobrym. Nadal jednak wymaga gorsetu stabilizującego kręgosłup. Porusza się za pomocą kuli, w poruszaniu się i przemieszczaniu na większe odległości korzysta z pomocy osób trzecich. Aktualnie nie przyjmuje leczenia przeciwbakteryjnego. Stan zapalny został wygojony, nie wymaga dalszego leczenia w tym zakresie.

Dowód:- opinia biegłej prof. dr hab. J. Z. (1) z dnia 13.01.2015 r., k. 534-538; opinia uzupełniająca ustna biegłej prof. dr hab. J. Z. (1) z dnia 19.06.2015 r., k. 570-571

Zarówno w 2009 r. jak i w latach poprzednich Szpital (...) w K. zawierał umowy z prywatnymi podmiotami na dostawę materiałów jednorazowych do kardiologii inwazyjnej. W 2005 r. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w K. pozytywnie zaopiniował program dostosowania pozwanego Szpitala do wymagań określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia o urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, choć certyfikat systemu zarządzania jakością ISO Szpital uzyskał dopiero po 2012 r. Oddział na którym przebywał powód przed 2009 r. był systematycznie remontowany. Przed hospitalizacją powoda ani w trakcie ani po opuszczeniu przez niego pozwanego Szpitala nie odnotowano żadnego przypadku zakażenia gronkowcem złocistym w (...).

Dowód: - umowa z dnia 2.02.2009 r., k. 110-115; umowy z 2007 i 2008 r., k. 116- 148; postanowienie PWIS w K. z dnia 9.12.2005 r., k. 415-444; karty obiektów, k. 445-448; wykaz wprowadzonych procedur, k. 449-451; karta rejestracji zakażenia wraz z instrukcją, k. 452-455; dokumentacja, k. 496-518; zeznania świadka H. M., k. 553; zeznania świadka M. B., k. 553

W pozwanym Szpitalu wprowadzone są procedury higieniczne. Jest szereg procedur, które mają za zadanie zmniejszenie mikroflory występującej na oddziałach i przedmiotach celem zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentom. Np. jeżeli zabieg dotyczy wkłucia, miejsce wkłucia przeciera się gazikiem nasączonym spirytusem. W przypadku zabiegów inwazyjnych pacjent jest informowany o dokładnym umyciu się przed zabiegiem, lekarze przebierają się w ubranie operacyjne, wykonują chirurgiczną dezynfekcję rąk, zakładają jałowe rękawice, i przygotowują miejsce przez które zakładany jest cewnik do żyły pacjenta poprzez jego dezynfekcję. Po skończonym zabiegu również dezynfekuje się to miejsce i zakłada się opatrunek. Ta procedura była stosowana również w 2009 r. na wszystkich oddziałach pozwanego Szpitala. Sala zabiegowa w której przebywał powód, w 2009 r. spełniała wymogi sali operacyjnej. Raz w miesiącu przeprowadzano kontrole sal. W 2009 r. nie były zgłaszane przypadki zakażeń gronkowcem w pozwanym Szpitalu. Na sali zabiegowej używało się sprzętu jednorazowego użytku, na oddziale są urządzenia wielokrotnego użytku.

(...)w 2009 r. był sprzątaný przez firmy zewnętrzne. Co tydzieñ oddziałowa sporządzała ocenę firmy. Weryfikacyjne kontrole były raz w tygodniu. W listopadzie 2009 r. nie było jakichkolwiek zastrzeżeń co do sprzątanía na tym Oddziale. Do czyszczenia przeznaczane były atestowane przez Szpital środki. Pościel zmienia się raz dziennie oraz w razie potrzeby.

W 2009 r. na Oddziale były wyodrębnione pomieszczenia do czystej i brudnej pościeli. Na S. nr (...), na której leżał powód była łazienka. Remont Oddziału został przeprowadzony przed 2009 r. Od wielu lat w pozwanym Szpitalu stosuje się igły gaziki, pincety, kaczki jednorazowego użytku.

Dowód: - zeznania świadka H. M., k. 553; zeznania świadka M. B., k. 553

Ustalając stan faktyczny oparł się sąd na dowodach z dokumentacji medycznej i dokumentacji kontroli sanitarnej, którym dał wiarę co do stwierdzonych w nich okoliczności dotyczących przebiegu leczenia powoda oraz stanu sanitarnego pozwanego szpitala. Dał nadto sąd wiarę zeznaniom H. M., M. B. i W. K.. Zeznania te są spójne i konsekwentne i znajdują potwierdzenie w treści materiału dowodowego w postaci dokumentacji medycznej powoda i dokumentacji obrazującej stan sanitarny pozwanego szpitala. Dał sąd wiarę zeznaniom świadków B. K. i R. K. co do okoliczności dotyczących przebiegu leczenia powoda, odczuwanych przez powoda dolegliwości, ograniczeń odczuwanych przez powoda w związku z chorobą. Zeznania zasługują na wiarę gdyż są wzajemnie zgodne, a świadkowie, jako osoby bliskie powoda, mieli obiektywnie możliwość zaobserwowania tych faktów. Co do tych samych okoliczności dał sąd również wiarę zeznaniom powoda. Nie dał natomiast sąd wiary zeznaniom świadka B. K. oraz zeznaniom powoda co do okoliczności, że stan sanitarny strony pozwanej miał być w okresie leczenia powoda zły. Zeznania te popadają w sprzeczność z zeznaniami świadków H. M., M. B. oraz z dokumentacją stanu sanitarnego strony pozwanej. Subiektywne oceny świadka i powoda nie mogą być w tym kontekście rozstrzygające, biorąc pod uwagę informacje wynikające z ustnej opinii biegłej J. Z. (2), że wizualnie stan obiektu szpitalnego może przedstawiać się dla osoby postronnej niekorzystnie, a pomimo tego standardy sanitarne wykonywania procedur medycznych są zachowane.

Przy ustalaniu stanu faktycznego oparł się sąd nadto na dowodzie z opinii biegłej J. Z. (2). Opinię należy ocenić jako wyczerpującą i wnikliwą zaś rozumowanie przedstawione przez biegłego nie wykazuje błędów logicznych. Jako przekonujący należy ocenić zawarty w opinii pisemnej wniosek, iż nie sposób wskazać placówki, w której doszło do wprowadzenia bakterii do krwioobiegu i bakteriemii S. (...). Biegła wskazała bowiem, że zabiegami podwyższającymi ryzyko zakażenia są koronografia jak i stentowanie w czasie przezskórnej interwencji wieńcowej, zabiegi dłużej trwające z obecnością cewników, kaniuli z prowadnicą. Natomiast powodowi wykonano u strony pozwanej zabieg przezskórnej interwencji wieńcowej, a na Oddziale (...) w N. poddano powoda koronografii, tj. badaniu inwazyjnemu polegającemu na wprowadzeniu cewnika do naczyń i podaniu kontrastu do (...) wieńcowych. Zatem zabiegi wiążące się z podwyższonym ryzykiem zakażenia były w krytycznym okresie prowadzone nie tylko u strony pozwanej, ale i w innej placówce medycznej nie będącej stroną w niniejszej sprawie. Biegła wskazała nadto, że nie można wykluczyć, że bakteriemia u powoda powstała bez związku z prowadzonymi zabiegami, wobec okoliczności, że przymusowa pozycja, leżenie, stres, obniżenie odporności, leczenie przeciwzakrzepowe sprzyjały takiej możliwości.

Powyższych wniosków nie podważają wypowiedzi biegłej podczas udzielania wyjaśnień do opinii w trybie pomocy sądowej. Analiza nagrania rozprawy ujawnia bowiem, że biegła w odpowiedzi na pytania pełnomocnika powoda a następnie sędzi przewodniczącej dotyczące tego, w którym szpitalu zachodziło największe prawdopodobieństwo zakażenia ze względu na wykonany zabieg, odwołała się do twierdzeń opinii pisemnej (00:07:12 i nast. oraz 00:07:25 i nast.), po czym używając intonacji pytającej powiedziała dosłownie (00:07:53 i nast.): „ To jest Szpital (...)? Bo tutaj ja... To jest tak, Szpital (...). Czy stentowanie w czasie przezskórnej interwencji przeciwieńcowej. I ten zabieg, to tak, tak... Czyli...”, po czym sędzia przewodnicząca podała do protokołu (00:08:14 i nast.): „ Szpital w K. ”. Powyższe wypowiedzi zostały natomiast streszczone w pisemnym protokole do zapisu o brzmieniu „ Ja się wypowiadałam, że największe prawdopodobieństwo – biorąc pod uwagę charakter zabiegu i czas – to jest Szpital (...) ” (k. 570 wersy 1-3 od dołu), którego treść nie oddaje prawidłowo sensu rzeczywistej, powyżej zacytowanej dosłownie wypowiedzi biegłej. Nagranie ujawnia bowiem, że biegła odwołała się do twierdzeń w poprzedniej opinii, a zatem – o czym wyżej była

mowa – do stwierdzenia, że zabiegami podwyższającymi ryzyko zakażenia są koronografia jak i stentowanie w czasie przezskórnej interwencji wieńcowej, zabiegi dłużej trwające z obecnością cewników, kaniuli z przewodnicą. Natomiast pytająca intonacja wypowiedzi biegłej o treści: „ To jest Szpital (...)?” wskazuje, że biegła nie była w momencie udzielania odpowiedzi pewna, w którym szpitalu, które zabiegi u powoda wykonywano. W konsekwencji wypowiedzi biegłej nie można przypisać znaczenia stanowczego stwierdzenia wyższego prawdopodobieństwa zakażenia powoda u strony pozwanej. Wypowiedź biegłej oparta jest bowiem na założeniu, że u strony pozwanej wykonano powodowi „ stentowanie w czasie przezskórnej interwencji przeciwięcowej”, tj. jedną ze wskazanych w opinii pisemnej procedur wiążących się z podwyższonym ryzykiem zakażenia, zaś z pisemnej opinii (opartej na analizie dokumentacji medycznej powoda) wynika, że koronografię – a zatem zabieg również wiążący się z podwyższonym ryzykiem wykonano na Oddziale (...) w N.. Ustnej wypowiedzi biegłej nie można zatem przypisywać znaczenia odwołania wniosku opinii pisemnej, iż nie sposób wskazać placówki, w której doszło do wprowadzenia bakterii do krwioobiegu i bakteriemii S. (...). Biegła w dalszych wypowiedziach wskazała nadto (00:08:55 i nast.), że pojawienie się u powoda gorączki po zabiegu u strony pozwanej nie musi przemawiać za przyjęciem, że doszło podczas tego zabiegu do zakażenia powoda. Gorączka mogła bowiem stanowić reakcję na sam zabieg, a gdyby stanowiła objaw zakażenia to nie powinna samoistnie ustąpić. Natomiast na sugestię zawartą w pytaniu pełnomocnika powoda, jakoby u powoda gorączka trwała dalej, biegła stanowczo stwierdziła (00:10:24 i nast.), że badając dokumentację nie znalazła informacji aby powoda wypisano ze szpitala z gorączką i aby cały czas gorączkował. Nadto podkreślić należy, że biegła na wstępie udzielanych wyjaśnień podkreśliła, że podtrzymuje wykonaną opinię i podczas wypowiedzi nie wycofała się wprost z żadnych wniosków w niej zawartych. W konsekwencji jako bezpodstawne należy potraktować twierdzenie zawarte w piśmie pełnomocnika powoda (k. 587) jakoby biegła jednoznacznie wskazała, że „ biorąc pod uwagę czas procedury i rodzaj procedury największe prawdopodobieństwo [wystąpienia zakażenia] było w Szpitalu (...) w K. ” albowiem wyżej przedstawiona analiza nagrania posiedzenia ujawnia, że stanowczej wypowiedzi biegłej o takim sensie w rzeczywistości nie było. Nadinterpretacją opartą na wyrwanej z kontekstu wypowiedzi biegłej jest również twierdzenie, jakoby biegła w odniesieniu do faktu, iż następnego dnia po zabiegu w Szpitalu (...) w K. u powoda nastąpiły objawy gorączkowe, dreszcze oraz bóle miała stwierdzić, iż nie można wykluczyć związku zakażenia z zabiegiem przeprowadzonym w pozwanym szpitalu: „ Nie można wykluczyć, jest to prawdopodobne jak najbardziej”. Wypowiedź biegłej w rzeczywistości brzmiała bowiem (00:08:55 i nast.): „ Sam zabieg też jest naruszeniem, jest pewną ingerencją, która może spowodować gorączkę, dreszcze, i nieswoiste objawy w postaci takich dolegliwości bólowych. Natomiast ta gorączka nie powinna ustąpić samoistnie jeżeli to zakażenie. Nie można wykluczyć, jest to prawdopodobne, jak najbardziej. Natomiast jeżeli byłoby to masywne wprowadzenie bakterii, ona nie powinna ustąpić samoistnie. ... Tak... Jeżeli tak gorączka wystąpiła, powinna mieć swój ... no... kontynuację. Bo mogła to być reakcja tylko na sam zabieg. Też reagujemy gorączką czasem.”, a następnie (00:10:24 i nast.) biegła negatywnie zweryfikowała twierdzenia powoda co do odnotowania w dokumentacji medycznej kontynuacji gorączki powoda („ Mogłoby być. Natomiast ja analizując dokumentację nie znalazłam, że Pan został wypisany z gorączką i cały czas gorączkował.”). Wypowiedzi biegłej miały zatem w rzeczywistości inny sens, aniżeli pełnomocnik powoda im w piśmie przypisuje.

Pominięto dowód z opinii biegłego ortopedy gdyż biegły ortopeda w piśmie z dnia 26 października 2015 r. (k. 602) jednoznacznie wskazał, że ortopeda nie udzielił odpowiedzi na pytanie, czy powód uległ zakażeniu gronkowcem w szpitalu ani nie ustalił uszczerbku na zdrowiu bez wiedzy czy w trakcie hospitalizacji doszło do zakażenia. Nie uwzględniono wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego neurochirurga na okoliczność, czy do zakażenia powoda doszło u strony pozwanej, albowiem kwestie te w sposób dostateczny dla rozstrzygnięcia w sprawie wyjaśniła opinia biegłej J. Z. (2). Biegła stwierdziła bowiem brak możliwości wskazania placówki szpitalnej, w której mogło dojść do zakażenia, zaś opinia neurochirurga miała - według stwierdzenia biegłej podczas rozprawy w trybie pomocy sądowej - służyć ustaleniu, czy zakażenie mogło w ogóle nie mieć związku z zabiegami. Natomiast dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie wystarczającym było stwierdzenie, że wobec wykonania u powoda zabiegów wiążących się z podwyższonym ryzykiem zarówno u strony pozwanej, jak i w szpitalu w N., nie można powiązać zakażenia z działaniami podjętymi u strony pozwanej.

Sąd zważył, co następuje:

Powód domagał się w niniejszej sprawie zadośćuczynienia, renty i ustalenie odpowiedzialności strony pozwanej za szkody mogące pojawić się w przyszłości. Odpowiedzialność odszkodowawcza, zarówno obejmująca odszkodowanie w postaci renty, jak i zadośćuczynienie za doznaną krzywdę uzależniona jest od spełnienia przesłanek w postaci zdarzenia, z którym ustawa wiąże odpowiedzialność odszkodowawczą, powstania szkody oraz normalnego związku przyczynowego pomiędzy tym zdarzeniem a powstałą szkodą (art. 361 k.c.). Ustalenie na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialności za szkody mogące pojawić się w przyszłości wymaga stwierdzenia, że po stronie pozwanej zaszły zdarzenia, z którymi ustawa wiąże odpowiedzialność odszkodowawczą oraz, że istnieje możliwość, że w przyszłości zdarzenie to spowoduje powstanie dalszych szkód.

Powód jako zdarzenie, z którym wiąże odpowiedzialność strony pozwanej wskazał zakażenie, którego wskutek nieprawidłowości w działalności strony pozwanej doszło do zakażenia powoda bakterią gronkowca złocistego, co skutkowało zapaleniem kręgosłupa. W świetle postępowania dowodowego nie budzi wątpliwości, iż organizm powoda został zakażony bakterią gronkowca złocistego. Od dnia 18 listopada 2009 r. powód co najmniej pięciokrotnie korzystał z doraźnej pomocy medycznej (karetka pogotowia, (...), domowe wizyty) z powodu silnego bólu w odcinku lędźwiowym. Otrzymywał wówczas środki przeciwbólowe. W wyniku zakażenia bakterią gronkowca złocistego u powoda doszło do uszkodzenia tkanki kostnej. Powód wymagał kilkumiesięcznego leczenia antybiotykiem, unieruchomienia w gorsecie gipsowym, wyjazdów do O., co wydłużyło znacznie okres niezdolności do pracy po zawale serca, jego niezdolność do pracy przedłużona została o okres leczenia zapalenia trzonów L2/L3 a także o okres wymagający leczenia operacyjnego uciśniętego korzenia. Obecnie powód pozostaje w stanie ogólnym dobrym. Nadal jednak wymaga gorsetu stabilizującego kręgosłup. Porusza się za pomocą kuli, w poruszaniu się i przemieszczaniu na większe odległości korzysta z pomocy osób trzecich. Aktualnie nie przyjmuje leczenia przeciwbakteryjnego. Stan zapalny został wygojony, nie wymaga dalszego leczenia w tym zakresie. Nie budzi również wątpliwości, że wskutek zakażenia powstały po stronie powoda znaczne i długotrwałe dolegliwości bólowe. Sytuacja związana chorobą kręgosłupa negatywnie wpłynęła na psychikę powoda. Od kwietnia 2012 r. pozostaje pod opieką lekarza psychiatry, który zdiagnozował u niego ciężki epizod depresyjny. Powód załamał się z powodu silnych dolegliwości bólowych kręgosłupa. Stał się nerwowy, trudny w kontakcie, wymaga opieki osób bliskich, którą wykonują żona, syn i synowa. Powód wychodzi na zewnątrz tylko przy pomocy osób trzecich i używa kul. Pomoc dla powoda w związku z jego chorobą obejmowała sporządzanie mu posiłków, pomoc w czynnościach higienicznych, zmianie odzieży, robieniu zakupów (w tym zakup leków), podwożenie na wizyty lekarskie. Opieka intensywna trwała ponad pół roku przez ok. 8 godzin dziennie. Powód ponosi wydatki na leki i na dojazdy do O. gdzie się leczy na kręgosłup - ok. 200 zł miesięcznie. Okoliczności powyższe przemawiają za przyjęciem, że u powoda wskutek zakażenia powstała krzywda oraz szkody majątkowe.

To, czy odpowiedzialność za krzywdę i szkodę powoda ponosi strona pozwana zależy jednak od tego, czy po stronie pozwanej zaszły okoliczności uzasadniające taką odpowiedzialność oraz czy pomiędzy tymi okolicznościami a zakażeniem powoda i wynikłymi z niego szkodami i krzywdą powoda zachodzi normalny związek przyczynowy. Powód upatrywał podstawy odpowiedzialności strony pozwanej w naruszeniu przez obowiązków wynikających z uprzednio istniejącego stosunku zobowiązaniowego (tzw. odpowiedzialność kontraktowa), w szczególności nie powoływał się na uzasadnienie żądania pozwu na żadną umowę zawartą pomiędzy nim a stroną pozwaną. W związku z tym oceny naruszeniem powszechnie obowiązujących przepisów prawa bez związku z jakimkolwiek wcześniej istniejącym stosunkiem zobowiązaniowym (tzw. odpowiedzialność deliktowa).

Niespornym było w sprawie, że powód przebywał w pozwanym szpitalu w okresie od 9 do 12 listopada 2009 r. i podejmowano tam w stosunku do powoda czynności lecznicze, w szczególności wykonano u powoda zabieg przezskórnej interwencji wieńcowej. Przeprowadzone postępowanie dowodowe nie ujawnia jednakże aby podczas pobytu powoda u strony pozwanej zaistniały jakiegokolwiek nieprawidłowości uzasadniające przyjęcie, że do zakażenia powoda doszło u strony pozwanej. Nie zostało wykazane aby jakkolwiek procedura lecznicza została wykonana u powoda niezgodnie z zasadami wiedzy. W szczególności biegła wskazała, że w przypadku procedur zastosowanych u powoda nie zachodził wymóg zastosowania profilaktycznego antybiotyku. Okoliczność, że u powoda wykonano w pozwanym szpitalu zabieg przezskórnej interwencji wieńcowej, a zatem – jak wynika z opinii biegłej – zabieg wiążący

się z podwyższonym ryzykiem zakażenia, nie może w realiach niniejszej sprawy stanowić podstawy do domniemania, że do zakażenia powoda doszło podczas tego zabiegu. Zabieg wiążący się z takim samym ryzykiem – koronografię – wykonano bowiem w krytycznym okresie w szpitalu w N., a z opinii biegłej wynika, że nie sposób wskazać placówkę, w której doszło do wprowadzenia bakterii do krwioobiegu i bakteriemii S. (...). Stan zdrowia po dokonaniu u strony pozwanej zabiegu również nie mógł stanowić podstawy do domniemań o zakażeniu powoda u strony pozwanej. Jak bowiem wynika z ustnych wyjaśnień biegłej brak jest podstaw do przyjęcia, że powód gorączkował cały czas po zabiegu i został wypisany z gorączką ze szpitala, a nadto, gdyby gorączka u powoda rzeczywiście była skutkiem wprowadzenia bakterii, to by samoistnie nie ustąpiła. W końcu nie zostało wykazane aby stan sanitarny pozwanego szpitala był tego rodzaju, aby mógł stanowić postawę do konstruowania domniemań w przedmiocie zakażenia powoda w pozwanym Szpitalu. Jak wynika z postępowania dowodowego reżim higieniczno-sanitarny na II (...) był przestrzegany. Nie zostało również wykazane aby w okresie leczenia powoda pojawiły się w pozwanym Szpitalu jakiegokolwiek inne przypadki zakażenia pacjentów gronkowcem złocistym.

Mając powyższe na uwadze ocenić należy, że nie zachodzi w realiach niniejszej sprawy obiektywna bezprawność zachowań osób, za których działania ponosi odpowiedzialność strona pozwana. Nie ma podstaw do uznania, aby którakolwiek z osób zatrudnionych przez stronę pozwaną dopuściła się w związku z leczeniem powoda jakichkolwiek nieprawidłowości lub zaniedbań. Zarazem nie zostało wykazane aby w organizacji działalności strony pozwanej zachodziły nieprawidłowości mogące przyczynić się do zakażenia powoda. Powyższy stan rzeczy wyklucza odpowiedzialność strony pozwanej czy to na podstawie art. 430 k.c. (w wypadku gdyby osoby, które wykonywały czynności związane z leczeniem powoda były zatrudnione w ramach stosunku pracy) czy to na podstawie art. 429 k.c. (w wypadku gdyby pozwana powierzyła tym osobom wykonywanie czynności leczniczych w ramach innego stosunku prawnego), czy to na podstawie art. 416 k.c. (w wypadku gdyby ewentualne nieprawidłowości w działalności strony pozwanej zwiększające ryzyko zakażenia były skutkiem nieprawidłowego działania organów strony pozwanej). W pierwszym wypadku nie można byłoby bowiem przypisać tym osobom – jako podwładnym strony pozwanej – winy, gdyż konieczną składową winy jest obiektywna bezprawność zachowania, której w niniejszej sprawie brak. W drugim wypadku nie można przypisać stronie pozwanej winy w wyborze, skoro osoby, którym pozwana wykonała czynności zleciła, działały w sposób obiektywnie prawidłowy. W trzecim wypadku nie zachodzi wina osób fizycznych pełniących funkcję organów strony pozwanej, gdyż konieczną składową winy jest obiektywna bezprawność zachowań, której w niniejszej sprawie brak. Powyższe wyklucza odpowiedzialność strony pozwanej zarówno w zakresie żądania renty z art. 444 par. 2 k.c. jak i w zakresie zadośćuczynienia z art. 445 par. 1 k.c. Wyklucza również możliwość ustalenia na podstawie art. 189 k.p.c. odpowiedzialności strony pozwanej za szkody mogące pojawić się w przyszłości, przy brak jest nadto podstaw do przyjęcia aby powód – nawet gdyby odpowiedzialność strony pozwanej zachodziła – miał interes prawny w uzyskaniu orzeczenia ustalającego odpowiedzialność strony pozwanej. W szczególności brak interesu prawnego wynika z obowiązującego kształtu przepisów o przedawnieniu roszczeń o naprawienie szkody na osobie, ograniczającego możliwość podniesienia zarzutu przedawnienia takiej szkody ujawnionej w przyszłości (art. 442[1] § 3 k.c.). Powództwo podlegało zatem oddaleniu o czym orzeczono w pkt I sentencji na podstawie wyżej powołanych przepisów.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie II wyroku na zasadzie art. 102 k.p.c. albowiem aktualna sytuacja majątkowa i życiowa powoda w powiązaniu z okolicznościami, że powód wytaczając powództwo mógł mieć podstawy do przekonania o jego słuszności składają się na szczególnie uzasadniony wypadek przewidziany w w/w przepisie.