

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2015r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu Wydział XVIII Cywilny

w składzie: Przewodniczący: SSO Magda Inerowicz

Protokolant: prot. sąd. Emilia Staszkiwicz

po rozpoznaniu w dniu 3 grudnia 2015 r.,

na rozprawie

sprawy z powództwa: **Z. A.**

przeciwko: **Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej „Szpital w P. im. Prof. S. D.” Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w P.**

o zapłatę i ustalenie

1. powództwo oddała,
2. kosztami procesu obciąża powódkę częściowo i z tego tytułu:
 - a) zasądza od powódki na rzecz pozwanego kwotę 8.229,99 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 7.200 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego,
 - b) nakazuje ściągnąć od powódki na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu kwotę 7.201 zł tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych.

/-/ M. Inerowicz

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 23 kwietnia 2013 r. powódka Z. A. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od pozwanego Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Szpital w P. im. prof. S. D. Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w P. kwoty 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 22 września 2012 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną przez powódkę krzywdę, w związku z zakażeniem gronkowcem (*staphylococcus epidermidis*) i ustalenie odpowiedzialności pozwanego wobec powódki za mogące ujawnić się w przyszłości szkody będące skutkiem zakażenia. Powódka wniosła również o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powódka wskazała, iż po wypadku komunikacyjnym z dnia 31 lipca 2010 r., na skutek którego doznała poważnych obrażeń ciała była hospitalizowana w pozwanym szpitalu, gdzie przeprowadzono jej zabieg repozycji i stabilizacji złamania, a następnie w dniu 3 czerwca 2011 r. przeszła kolejne zabiegi usunięcia śrub ryglujących gwóźdź dystalnie, wprowadzenie drenu i płukania rany. Powódka podniosła, że w trakcie przeprowadzonych zabiegów w pozwanym szpitalu została zarażona bakterią gronkowca, która została wszczepiona do rany w trakcie wykonywanego zabiegu operacyjnego, podczas którego nie zachowano wymaganej ostrożności. W ocenie powódki, w następstwie nieprawidłowo prowadzonego leczenia doznała istotnych cierpień fizycznych i psychicznych.

W odpowiedzi na pozew z dnia 12 sierpnia 2013 r. pozwany wniosł o oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powódki na jego rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 zł, a w toku

procesu nadto kwoty 1.012,99 zł tytułem zwrotu dojazdów pełnomocnika pozwanego do Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi.

W uzasadnieniu pozwany zaprzeczył jakoby wina za zakażenie powódki gronkowcem spoczywała na pozwanym szpitalu podnosząc, iż już w dniu przyjęcia do szpitala, powódka została zakażona różnymi bakteriami gronkowca, a z badań krwi powódki wynikało, że w jej organizmie toczy się infekcja. W ocenie pozwanego, bakterie przedostały się nie przez cięcie chirurgiczne do wprowadzenia gwoźdźcia, a drogą krwiopochodną od krwiaka związanego ze złamaniem i dopiero usunięcie zespoleń uaktywniło proces zapalny.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 31 lipca 2010 r. powódka Z. A., jako pasażer samochodu osobowego, uległa wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku którego doznała obrażeń ciała w postaci złamania 1/3 bliższej trzonu kości udowej prawej z przemieszczeniem, złamania przezpanewkowego miednicy – stawu biodrowego prawego i potłuczeń ogólnych.

Z miejsca wypadku powódka została przewieziona na Oddział Intensywnej Terapii, a następnie na Oddział Urazowo – Ortopedyczny pozwanego Szpitala w P., gdzie była hospitalizowana w dniach od 31 lipca 2010 r. do 3 września 2010 r. W pierwszej dobie przyjęcia do szpitala powódce założono cewnik i unieruchomiono ją na wyciągu. W dniu przyjęcia do pozwanego szpitala powódka została zakwalifikowana do trzeciej grupy w czterostopniowej skali ryzyka wystąpienia zakażenia z uwagi na: unieruchomienie, uraz wielonarządowy i założenie cewnika moczowego.

W dniu 31 lipca 2010 r. powódce pobrano wymaz z nosa, z którego wyhodowano bakterie: staphylococcus epidermidis (wzrost obfity) oraz pobrano wymaz z fałdu skórniego, z którego wyhodowano staphylococcus saprophyticus (wzrost obfity) i staphylococcus aureus (wzrost skąpy) i laseczki tlenowe. W ankiecie wywiadu epidemiologicznego z dnia 31.07.2010r. ujęto, że powódka w okresie ostatnich 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala korzystała z gabinetu ginekologicznego w P. wykonując cytologię.

W dniu 31 lipca 2010 r. powódka wyraziła pisemną zgodę na leczenie operacyjne zabiegowe, a w dniu 4 sierpnia 2010 r. przebyła zabieg operacyjny zespoleń złamanej kości udowej prawej GSR Medgal interlocking proksymalnie za pomocą dwóch śrub i dystalnie statycznie za pomocą śruby 3,5. Zabieg przeprowadzono za pomocą wysterylizowanych narzędzi.

W dniu 10 sierpnia 2010 r. poddano powódkę badaniu na obecność bakterii w kale, w wyniku którego stwierdzono występowanie: candida albicans, enterococcus faecalis, escherichia coli.

W dniu 26 sierpnia 2010 r. powódka została skierowana na konsultację psychologiczną, w związku z zaburzeniami adaptacyjnymi po przebyciu wypadku komunikacyjnym.

W dniu 3 września 2010 r. została wypisana do domu z zaleceniem dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych i rehabilitacji, którą odbyła w okresie od 9 września 2010 r. do 22 października 2010 r. na Dziennym Oddziale Rehabilitacyjnym w (...) Ośrodku (...) w P..

W dniach 22 września 2010 r. i 29 września 2010 r. powódka korzystała z pomocy psychologicznej.

Z uwagi na narastające dolegliwości bólowe związane z przebyciem złamaniem i leczeniem kości udowej prawej i braku szybkiego gojenia się zmian, powódka ponownie w dniu 21 kwietnia 2011 r. zgłosiła się na Oddział Ortopedyczny pozwanego Szpitala, z rozpoznaniem pourazowego zapalenia kości udowej prawej, gdzie przebywała w dniach od 21 kwietnia 2011 r. do 29 kwietnia 2011 r. W dniu przyjęcia do szpitala powódka wypełniła formularz oceny ryzyka, na podstawie którego zakwalifikowano ją do I grupy ryzyka wskazując, że nie ma żadnych czynników ryzyka zakażeniem. U powódki rozpoznano wówczas podejrzenie infekcji kości udowej prawej. Zastosowano leczenie zachowawcze – antybiotykoterapię. Zalecono kontrolę w poradni ortopedycznej za 2 tygodnie. Wyznaczono termin przyjęcia do szpitala w celu wykonania zabiegu usunięcia gwoźdźcia na dzień 1 czerwca 2011r. W dniu 29 kwietnia 2011 r. powódkę

wypisano do domu, gdzie kontynuowała leczenie w warunkach ambulatoryjnych w ramach opieki lekarza rodzinnego POZ oraz poradni ortopedycznej, chirurgicznej i rehabilitacyjnej.

W dniu 12 maja 2011 r. powódka wykonała badanie scyntygrafii kośćca, które potwierdziło infekcję ograniczoną do miejsca złamania bez rozprzestrzenienia się na kość udową oraz zespolenie.

W dniu 1 czerwca 2011 r. powódka ponownie została przyjęta do pozwanego Szpitala w P. z podejrzeniem infekcji kości udowej prawej. W dniu przyjęcia do Szpitala powódka wypełniła formularz oceny ryzyka przy przyjęciu pacjenta do szpitala, na podstawie którego zakwalifikowano ją do III grupy ryzyka z liczbą punktów 3 wskazując na takie czynniki ryzyka jak: przeniesienie z innego szpitala lub hospitalizacja w ostatnich 6 miesiącach, antybiotykoterapia na 3 miesiące przed hospitalizacją i palenie tytoniu – powyżej 10 papierosów dziennie.

W dniu 3 czerwca 2011 r. powódka przeszła w pozwanym szpitalu zabieg operacyjny polegający na usunięciu materiału zespalającego i wykonaniu drenażu płuczącego kości udowej prawej. W dniu 9 czerwca 2011 r. z powodu utrzymującego się wycieku treści krwisto – ropnej otwarto ranę, wprowadzono prowadnicę do kanału śródszpikowego, rozszerzono tenże kanał, poszerzono otwór po śrubie, zastosowano dren i płukano rany zestawem Palavage. Wynik pobranego w dniu 3 czerwca 2011 r. śródoperacyjnego posiewu wykazał wzrost obfity staphylococcus epidermidis. Stosowano również antybiotykoterapię. Powódkę wypisano w dniu 22 czerwca 2011 r. z zaleceniem kontroli w poradni ortopedycznej, na oddziale ortopedycznym z koniecznością zmiany opatrunków.

Powódka przebywała w pozwanym szpitalu po raz czwarty również w dniach od 1 lipca 2011 r. do 8 lipca 2011 r. W dniu przyjęcia do szpitala powódkę zakwalifikowano do IV grupy ryzyka zakażeniem z uwagi na: zabiegi operacyjne/badania inwazyjne wykonywane poniżej 6 miesięcy przed hospitalizacją, wcześniej przebyte zakażenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi na rok przed hospitalizacją, uszkodzenia skóry/tatuaże/obszerne blizny/kolczykowanie, antybiotykoterapię na 3 miesiące przed hospitalizacją. W dniu 3 lipca 2011 r. powódka nie wyraziła zgody na założenie drenażu przepływowego.

Następnie powódka przebywała w Klinice (...) Medycznej (...) w Ł. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. z rozpoznaniem powikłania protez, wszczepów i przeszczepów ortopedycznych, mechaniczne powikłanie stabilizatorów wewnętrznych kości kończyny, zapalenie kości udowej prawej, gdzie w dniu 19 lipca 2011 r. powódka przeszła kolejny zabieg operacyjny usunięcia tkanek martwiczych i udrożnienia jamy szpikowej kości udowej z założeniem drenażu przepływowego. Powódkę wypisano z zaleceniem chodzenia o kulach, rehabilitacji i elewacji prawej kończyny dolnej.

W dniach 2 listopada 2011 r. do 23 listopada 2011 r. powódka przebywała w Klinice (...) Medycznej (...) w Ł. Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ł. z rozpoznaniem przykurczu wyprostnego stawu kolanowego prawego, gdzie nastąpiło uwolnienie przykurczu.

Dowód: karty informacyjne leczenia szpitalnego (k. 12, k. 15 – 17, k. 21 – 22, k. 26 – 27, k. 33 – 34, k. 39, k. 48 – 50, k. 189 – 190, k. 206 – 207), historie choroby powódki (k. 148 – 152, k. 186 - 188, k. 202-205, k. 324 – 330 i k. 403-438), badanie TK (k. 13 – 14), protokół operacyjny (k. 18), skierowanie do psychologa (k. 19), karta informacyjna oddziału rehabilitacyjnego (k. 20), wyniki badań (k. 23 – 25, k. 30 – 32), wynik badania usg dopplera (k. 215), skierowanie do szpitala (k. 28 o k. 155 – 156), zgoda powódki na leczenie operacyjne (k. 157, k. 192, k. 208), przedoperacyjna ankieta anestetyczna (k. 158 – 159 i k. 161 – 162, k. 209), protokół operacyjny (k. 160 i k. 163), indywidualna karta zleceń lekarskich (k. 164 – 169 i k. 200, k. 217 - 218), skierowania do poradni specjalistycznej (k. 29 i k. 35 – 37), zwolnienie z zajęć wf-u (k. 38), zaświadczenie psychoterapeuty (k. 51), zdjęcia(k. 55 – 57), wynik badania scyntygrafii trójfazowej kości (k. 171 – 173), formularze oceny ryzyka przy przyjęciu pacjenta do szpitala (k. 174 i k. 191, k. 219, k. 233 i k. 244), badania krwi powódki (k. 175 – 180, k. 193, k. 196 – 199, k. 210, k. 212 – 214, k. 216), wyniki badań bakteriologicznych (k. 181 - 183), raporty badań mikrobiologicznych k. 320 – 321, badanie histopatologiczne (k. 322), pisemne oświadczenie powódki (k. 211), wywiad epidemiologiczny (k. 245), zgoda powódki na zabieg (k. 245), przedoperacyjna ankieta anestetyczna (k. 246), monitor KTG (k. 247 – 248), protokół operacyjny (k. 249), wyniki badań (k. 251 – 252 i k. 254-256, k. 259-261), wynik badania bakteriologicznego (k. 253 i k. 263), badanie TK

(k. 258), wyniki badań i skierowania na konsultacje (k. 264 – 271), karty obserwacyjne i wyniki badań (k. 272 – 279), indywidualna karta procesu sterylizacji (k. 280 - 281), wyniki badań (k. 282 – 283), indywidualna karta zleceń (k. 284 – 288), raport z badania mikrobiologicznego (k. 320 – 321), badanie histopatologiczne (k. 322 -323), zeznania świadka A. W. (min. 7 – godz. 1 min. 13 e – protokołu z dnia 27 lutego 2014 r. k. 384 - 387, zeznania świadka W. G. (k. 472 – 474), zeznania świadka L. A. (min. 2 – min. 21 e – protokołu z dnia 8 maja 2014 r. k. 478 – 479), zeznania powódki Z. A. (min. 14 - godz. 1 min. 1 e – protokołu z dnia 22 sierpnia 2013 r. k. 292 – 296), zeznania świadka G. Ż. (min. 1 – min. 26 e – protokołu z dnia 24 czerwca 2014 r. k. 496 – 499), zeznania świadka K. Ż. (k. 80 akt sprawy III Cps 267/14), opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. F. (k. 356 – 359).

Przed wypadkiem z dnia 31 lipca 2010 r. powódka uczęszczała do klasy maturalnej LO w P. i w okresie trzech miesięcy w roku szkolnym 2010/2011 r. została objęta indywidualnym tokiem nauczania. Powódka zdała egzamin maturalny. Przed wypadkiem jeździła konno i uczęszczała na balet.

Dowód: orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania k. 52 – 53, zeznania powódki Z. A. (min. 14 - godz. 1 min. 1 e – protokołu z dnia 22 sierpnia 2013 r. k. 292 – 296), zeznania świadka L. A. (min. 2 – min. 21 e – protokołu z dnia 8 maja 2014 r. k. 478 – 479), zeznania świadka G. Ż. (min. 1 – min. 26 e – protokołu z dnia 24 czerwca 2014 r. k. 496 – 499).

Obecnie powódka okresowo odczuwa dolegliwości bólowe w okolicy miejsc urazu tj. uda prawego i stawu kolanowego prawego i ograniczenie zakresu ruchomości w stawie. Posiada blizny na nodze, przez co czuje dyskomfort. Obecnie powódka pracuje zarobkowo.

W związku ze złamaniem 1/3 bliższej trzonu kości udowej prawej z przemieszczeniem, powódka doznała 15% trwałego uszczerbku na zdrowiu, natomiast w związku z powikłanym zapaleniem kości i szpiku doznała ona 5% trwałego uszczerbku na zdrowiu. W

związku ze złamaniem przezpanewkowym miednicy – stawu biodrowego prawego nastąpił trwały uszczerbek na zdrowiu powódki w wysokości 10 %. Łącznie powódka doznała w związku z jej dolegliwościami sumarycznego uszczerbku na zdrowiu na poziomie 30%.

Proces diagnostyczny i terapeutyczny powódki w pozwanym Szpitalu przebiegał prawidłowo, personel pozwanego szpitala nie przyczynił się do zapalenia kości udowej powódki, a następstwa jakie u niej wystąpiły związane były z możliwymi powikłaniami, rodzajem i mnogością urazów, ich rozległością i wytrzymałością organizmu powódki.

Dowód: opinia biegłego sądowego z dziedziny chirurgii ogólnej, (...) (k. 543 – 559), przesłuchanie biegłego sądowego A. B. na rozprawie w dniu 3 grudnia 2015 r. (min. 3 – min. 31 e – protokołu z rozprawy z dnia 3 grudnia 2015 r. k. 585 – 586).

Przyczyną pierwotną zakażenia bakterią gronkowca było wieloodłamowe zapalenie kości stawu biodrowego i kości udowej. Rozwój zakażenia rany był wynikiem kompleksowej interakcji pomiędzy raną a liczbą i zjadliwością bakterii kolonizujących, a czynnikami predysponującymi są implantacja protezy (ciała obcego), stres pooperacyjny i niektóre choroby metaboliczne. Nie istnieje związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu pozwanego szpitala a zakażeniem powódki gronkowcem, jest ono bowiem ryzykiem długiego i poważnego leczenia powódki. Do zakażenia powódki z wysokim prawdopodobieństwem doszło poprzez drogi krwionośne z innych miejsc w organizmie powódki. Niemożliwe jest precyzyjne określenie kiedy u powódki doszło do zakażenia. Obecnie zakażenie gronkowcem u powódki zostało wyleczone, jednakże z uwagi na stosunki anatomiczne sprzed wypadku powódki możliwy jest, w małym procencie nawrót zakażenia.

Dowód: częściowo opinia biegłego z zakresu chorób zakaźnych J. F. (k. 356 – 359), opinia biegłego sądowego z dziedziny chirurgii ogólnej, (...) (k. 543 – 559), przesłuchanie biegłego sądowego A. B. na rozprawie w dniu 3 grudnia 2015 r. (min. 3 – min. 31 e – protokołu z rozprawy z dnia 3 grudnia 2015 r. k. 585 – 586).

Pismem z dnia 17 sierpnia 2012 r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 250.000 zł w terminie 7 dni tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę wskazując, że w trakcie przeprowadzonych zabiegów, w pozwanym szpitalu doszło do zakażenia powódki gronkowcem (*Staphylococcus epidermidis*) oraz że w wyniku zaistniałego zdarzenia powódka doznała 77% uszczerbku na zdrowiu. W odpowiedzi na wezwanie pozwany odmówił powódce wypłaty zadośćuczynienia wskazując, że szpital nie znajduje podstaw, aby uczynić zadość zgłoszonemu przez powódkę żądaniu.

Dowód: wezwanie do zapłaty z dnia 17 sierpnia 2012 r. wraz z potwierdzeniem odbioru k. 40 - 41, pismo pozwanego z dnia 17 września 2012 r. k. 44 – 46.

Powyższy stan faktyczny, Sąd ustalił na podstawie dokumentów zebranych w aktach sprawy w szczególności dokumentacji medycznej powódki na okoliczność jej pobytów w pozwanym szpitalu oraz jej sytuacji zdrowotnej, a także aktach sprawy III Cps 267/14, jak również na podstawie zeznań świadków oraz opinii biegłych i ich przesłuchania na rozprawie.

Autentyczność oraz treść dokumentów nie była pomiędzy stronami sporna, a Sąd nie dopatrył się podstaw, by wątpliwości takie powziąć z urzędu.

Zeznaniom powódki Sąd dał wiarę, w szczególności, co do sposobu życia powódki oraz co do zaistniałych zmian w jej zdrowiu fizycznym, odczuwanych przez nią dolegliwości fizycznych i psychicznych. Z jej zeznań wynika, że po wypisaniu powódki z pozwanego szpitala, we wrześniu 2010 r. i po przeprowadzonej rehabilitacji jej stan zdrowia poprawił się. Powódka zeznała, że „wszystko było stosunkowo ok”, a „cała choroba wróciła mniej więcej w kwietniu, bóle zaczęły się nasilać”. Powódka w dalszej części zeznań podkreśliła, że kwiecień 2011 r. był dla niej szczególnie trudny z uwagi na odczuwane dolegliwości i fakt, że w maju 2011 r. miała zdawać maturę.

W ocenie Sądu, zatem dopiero w kwietniu 2011 r. wystąpiły u powódki pierwsze objawy mogące świadczyć o rozwijającym się zakażeniu. Wcześniej bowiem, jak zeznała powódka, po wypisaniu jej z pozwanego szpitala, we wrześniu 2010 r. jej stan zdrowia poprawił się. O tym, iż stan zdrowia powódki w momencie przyjęcia jej do pozwanego szpitala ponownie w kwietniu 2011 r. był w miarę stabilny świadczy chociażby formularz oceny ryzyka z dnia przyjęcia, na podstawie którego zakwalifikowano powódkę do I grupy ryzyka zakażeniem wskazując, że nie ma żadnych czynników ryzyka zakażeniem, w szczególności na trzy miesiące przed przyjęciem powódka nie przyjmowała antybiotykoterapii, a na 6 miesięcy przed nie była hospitalizowana.

Zeznaniom świadka A. W. Sąd dał wiarę, gdyż były one zgodne z przedłożoną do akt sprawy dokumentacją medyczną powódki. Świadek A. W. wskazał, że pacjenci w pozwanym szpitalu wypełniają standardowy formularz zawierający szczegółowe dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta, co również miało miejsce w przypadku powódki. Na podstawie ww. protokołu oceniono ryzyko wystąpienia zakażenia u powódki, która została zakwalifikowana do trzeciej grupy ryzyka na cztery możliwe. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, że powódka czterokrotnie przebywała w pozwanym szpitalu i za każdym razem była kwalifikowana do innej grupy ryzyka. Powódka została zakwalifikowana do trzeciej grupy ryzyka przy przyjęciu jej po raz pierwszy do pozwanego szpitala w dniu 31.07.2010 r. i w dniu 1.06.2011 r. Świadek wskazał, że podwyższone ryzyko u powódki, wynikało z cewnikowania powódki oraz jej urazu wielonarządowego. Powyższe jest zgodne z dokumentem na k. 227, z którego wynika, że w pierwszej dobie pobytu powódki w pozwanym szpitalu założono jej cewnik naczyniowy obwodowy, jak również z formularzem oceny ryzyka wypełnionym w dniu przyjęcia powódki do pozwanego szpitala na k. 244. Świadek wskazał, że w wywiadzie epidemiologicznym powódki w dniu przyjęcia do szpitala ujęto, że powódka korzystała w okresie 6 miesięcy przed przyjęciem do szpitala z usług ginekologa, co jest zgodnie z treścią dokumentu na k. 245 oraz zeznaniami powódki. Świadek podkreślił przy tym, że w dacie wypadku powódka miała w wynikach krwi podwyższoną leukocytozę krwi, co mogło sugerować infekcję. Nadto wskazał również, że infekcja przebiegała w miejscu złamania i że gdyby bakterie zostały wprowadzone przez gwóźdź to wystąpiłaby infekcja całego uda, a tymczasem była ona ograniczona jedynie do miejsca złamania, co wskazuje, że najprawdopodobniej była to infekcja krwiopochodna. Na powyższe wskazywał również świadek K. Ż., lekarz ze szpitala w Ł., u którego powódka przechodziła konsultację medyczną. Świadek A.

W. wskazał nadto, że zapalenie kości było wskazaniem do usunięcia zespolenia, bo metal podtrzymywał infekcję. Oczywiście świadek zeznający w niniejszej sprawie nie występował w charakterze biegłego i Sąd jego spostrzeżenia miał na względzie jedynie pośrednio przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy, jednakże były one zgodne z opinią biegłego A. B.. Z zeznań świadka wynika nadto, że powódka dowiedziała się o zakażeniu gronkowcem, w czerwcu po badaniu scyntygrafii, która pozwoliła ustalić, że zakażenie jest związane z krwiakiem, czyli okolicą samego złamania.

Z zeznań świadka K. Ż. wynika również, że stan kliniczny powódki uległ stabilizacji i stwierdził on jako lekarz prowadzący powódkę brak procesu zapalnego. Ponadto wskazał on, że w złamaniach kości udowej bywa tak, że obecna w organizmie bakteria może się przenieść z krwią do miejsca złamania. W takich sytuacjach – jak zeznał – zakażenie jest niezależne od poczynań personelu medycznego; takie zakażenie zależy od stanu zdrowia pacjenta po ciężkim wypadku.

Zeznania świadka W. G. przed Sądem Rejonowym dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi, w drodze pomocy prawnej, Sąd uznał jako niewnoszące niczego istotnego do sprawy. Świadek nie pamiętał bowiem przebiegu operacji powódki, ani kiedy doszło do zakażenia i jakiego rodzaju zmiany były w wynikach badania krwi powódki.

Zeznaniom świadków: L. A. i G. Ż. (rodziców powódki), Sąd również dał wiarę, gdyż były one szczere. Świadców ci przedstawili okoliczności związane z pobytem powódki w pozwanym szpitalu, jakie dolegliwości jej towarzyszyły i na okoliczność samopoczucia powódki. Sąd natomiast odmówił wiary zeznaniom świadka L. A., iż powódka nie została pouczona o możliwych komplikacjach mogących powstać po operacji, co jest sprzeczne z treścią podpisanej przez Z. A. zgody na zabieg, który to dokument został przedłożony do akt sprawy.

Opinie biegłych: z dziedziny chorób zakaźnych - J. F. i z dziedziny chirurgii ogólnej, (...), w ocenie Sądu, zostały sporządzone stosownie do zakresu poddanego ocenie biegłych, są kompletne, nie zawierają błędów i luk, należycie prezentują podstawy wydania opinii, tok rozumowania biegłych i uzasadnienie ich wniosków. Wnioski biegłych, stanowiące ocenę okoliczności wymagających wiedzy specjalnej, Sąd uznał zatem za podstawę do dokonania ustaleń stanowiących przedmiot tez dowodowych dla biegłych, w szczególności Sąd ustalił na tej podstawie m.in. wysoce prawdopodobną przyczynę zakażenia powódki bakterią gronkowca – endogenną tj. drogą krwiopochodną oraz że nie da się precyzyjnie określić kiedy doszło do zakażenia u powódki.

Obaj biegli wskazali, że nie jest możliwe określenie kiedy doszło do zakażenia ze względu na biologię tego zdarzenia, tj. fakt, że bakterie są niewidoczne. Obserwuje się tylko skutki zakażenia. Zakażenie rozpoznaje się jednak – jak twierdziła powódka - nie na podstawie samego badania mikrobiologicznego i wykrycia bakterii, ale również – poprzez obserwację - na podstawie innych wykładników takich, jak: zropienie płynów wokół miejsca operowanego, wzrost bakterii co najmniej z dwóch pobrań materiału (najlepiej z trzech) z rany, obrazu ostrego stanu zapalnego lub obecności przetoki z miejsca operowanego. Takie objawy zaś – jak wyjaśnił biegły A. B. obserwowano u powódki dopiero w okresie od 21 kwietnia 2011r., kiedy to została przyjęta ponownie do szpitala. Zasadniczo zaś dopiero w przeprowadzonym w dniu 12 maja 2011r. badaniu scyntygrafii stwierdzono możliwy stan zapalny. W czasie zaś pobytu powódki w szpitalu w czerwcu 2011r., kiedy usunięto śruby, zaobserwowano utrzymujący się wyciek o treści krwisto – ropnej i stwierdzono obfity wzrost bakterii staphylococcus epidermis. Z tego też względu Sąd uznał, za nieprzekonujące stwierdzenie biegłego J. F., że w przybliżeniu można przyjąć, że u powódki do zakażenia doszło w czasie operacji lub w okresie bliskim tego czasu, albowiem w tym to czasie nie stwierdzono u powódki żadnych objawów zakażenia, o których była mowa powyżej. W tym zakresie przekonujące są wnioski pisemnej opinii biegłego A. B., poparte jego ustnymi wyjaśnieniami.

Obaj biegli zgodnie w swoich opiniach pisemnych opiniach wskazali, że następstwa, jakie wystąpiły u powódki związane były z rodzajem i charakterem doznanych urazów, ich możliwymi powikłaniami, rodzajem mnogością urazów, ich rozległością oraz wytrzymałością organizmu powódki. Rozwój zakażenia rany jest zaś wynikiem kompleksowej interakcji między gospodarzem raną a liczbą i zjadliwością bakterii kolonizujących organizm. Czynnikiem zaś predysponującym są implantacja protezy (ciała obcego), stres operacyjny i niektóre choroby metaboliczne.

Ww. stwierdzenia są zgodne również z treścią zeznań świadka K. Ż..

Sąd ustalił nadto, w oparciu o opinie ww. biegłych, iż zakażenie bakterią miało wpływ na dalsze powikłania stanu zdrowia powódki oraz że personel medyczny pozwanego szpitala zachował prawidłowe standardy leczenia powódki i świadczenia w stosunku do niej usług medycznych oraz że nie istnieje związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu pozwanego szpitala a zakażeniem powódki i że obecnie zakażenie to jest wyleczone. Sąd ustalił również na podstawie opinii biegłych stopień uszczerbku na zdrowiu powódki i doznanych przez nią cierpień fizycznych.

Biegli wskazali również możliwe mechanizmy zakażenia powódki gronkowcem: poprzez naturalne dostanie się bakterii (kontaminację) do rany w czasie zabiegu, jak i poprzez drogi krwionośne (drogą „przerzutu” bakteryjnego) z innych miejsc u powódki. U powódki bowiem jeszcze przed zabiegiem (nosicielstwo), wykryto bakterie („saprofityczne”, przebywające fizjologicznie i bezobjawowo w organizmie powódki), które następnie ujawniono w ranie. Nosicielstwo jest to stan biologiczny występowania bakterii bez efektu w postaci zapalenia. U zdrowych ludzi stanowi ona główny składnik mikroflory prawidłowej skóry i błon śluzowych, ale może także być przyczyną zakażeń endogennych lub egzogennych u osobników z predyspozycją do zakażenia. Z miejsca bytowania w sposób niejawny (u nosicieli) lub z ogniska zapalnych odległych, bakteria dostaje się do miejsca zmniejszonej odporności z powodu obecności ciał obcych, gorszego ukrwienia i może powodować zakażenie rany. Sam fakt transmisji jest niezauważalny i nie zawsze można określić źródło bakterii. Biegły A. B. w wyjaśnieniach ustnych wskazał, że u powódki najbardziej prawdopodobnym mechanizmem powstania zakażenia była droga krwiopochodna, a to przede wszystkim z uwagi na rozległy rodzaj urazu, którego doznała powódka, obecność ciała obcego (implantu), fakt stwierdzonego u powódki nosicielstwa bakterii, która była przyczyną zakażenia, a nadto z uwagi na czas ujawnienia się objawów zakażenia, tj. dopiero ok. 8 miesięcy od daty wypisania ze szpitala po dokonaniu pierwszego zabiegu operacyjnego. Biegły wskazał też (podobnie jak biegły J. F.), że do takiego zakażenia – drogą krwiopochodną – nie musi dojść poprzez uszkodzenie (przecięcie) powłok ciała człowieka.

Odnośnie możliwego mechanizmu, w którym doszło do zakażenia u powódki, biegły J. F. wskazał, że jedynie nie można wykluczyć, że omawiane zakażenie u powódki powstało poprzez pośrednie przeniesienie w czasie zabiegu u pozwanego (poprzez kontaminację). Niemniej, jak już wyżej wskazano, z przekonującej opinii pisemnej biegłego A. B., popartej jego ustnymi wyjaśnieniami wynikało, że wysoce prawdopodobnym mechanizmem zakażenia u powódki była droga krwiopochodna.

Odnośnie opinii biegłego A. B., to strona powodowa, pismem procesowym z dnia 25 września 2015 r., wniosła zarzuty, co do których biegły szczegółowo odniósł się na rozprawie w dniu 3 grudnia 2015 r., wykazując się przy tym fachową wiedzą z zakresu swojej dziedziny. Zdaniem Sądu, zarzuty kierowane pod adresem biegłego okazały się bezzasadne. Biegły bowiem w trakcie rozprawy szczegółowo wyjaśnił, dlaczego wysunął takie, a nie inne wnioski.

Biegły A. B., w szczególności wskazał, że zgodnie z zasadami (...) Towarzystwa (...) zakażenie uznawane jest za szpitalne, gdy wystąpiło w ciągu miesiąca od daty wypisania pacjenta, a gdy w organizmie pacjenta znajduje się ciało obce w postaci np. implantu, czy materiału zespalającego, jak to miało miejsce w przypadku powódki, to okres wystąpienia zakażenia ulega wydłużeniu do 6 miesięcy. Biegły z całą stanowczością podkreślił, że u powódki nie doszło do zakażenia szpitalnego, gdyż zakażenie to nastąpiło w okresie 8 miesięcy od czasu jej wypisania ze szpitala i że do zakażenia gronkowcem doszło z wysoką dozą prawdopodobieństwa drogą krwiopochodną, na skutek spadku odporności powódki związanej z rozległym urazem doznany na skutek wypadku komunikacyjnego. Biegły wytłumaczył, iż w takim przypadku bakterie bytujące w organizmie ludzkim omijają obronę immunologiczną organizmu, osadzając się najczęściej na implantach, częściach metalowych itp. Wówczas to dochodzi do zakażenia bakterią gronkowca bez uszkodzenia skóry i naruszenia ciągłości tkanek.

Wnioski obu pisemnych opinii biegłych były w dużej mierze zbieżne i wynikało z nich, że brak jest wystarczających podstaw do uznania, iż z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością doszło do zakażenia powódki w pozwanym szpitalu. Wprawdzie dla przyjęcia odpowiedzialności danej placówki służby zdrowia wystarczające było ustalenie

prawdopodobieństwa graniczącego z pewnością, ale okoliczności niniejszej sprawy nie dały jednak podstaw do poczynienia takiego ustalenia, a przyczyny tego stanu rzeczy zostały przedstawione we wnioskach opiniach biegłych.

Sąd zważył co następuje:

W niniejszej sprawie powódka dochodziła od pozwanego szpitala zasądzenia kwoty 200.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami oraz ustalenia odpowiedzialności na przyszłość w związku ze szkodą poniesioną w postaci zakażenia powódki bakterią gronkowca poprzez wprowadzenie bakterii do rany w trakcie wykonywanego zabiegu operacyjnego, podczas którego nie dochowano należytej staranności.

Pozwany Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Szpital w P. im. prof. S. D.” Sp. z o.o. z siedzibą w P. nie uznał co do zasady swojej odpowiedzialności względem powódki podnosząc, iż w dniu przyjęcia powódki do szpitala zakwalifikowano ją do III grupy ryzyka zakażeniem szpitalnym, z uwagi na doznany przez powódkę rozległy uraz, w wyniku wypadku komunikacyjnego, któremu uległa w dniu 31 lipca 2010 r., założenia powódce cewnika, jak również z uwagi na unieruchomienie powódki na wyciągu. Nadto pozwany wskazał, że w dniu przyjęcia powódki po raz pierwszy do pozwanego szpitala wykryto u niej bakterie gronkowca bytujące w nosie oraz w fałdzie skórny. W ocenie strony pozwanej do zakażenia powódki doszło wprawdzie w pozwanym szpitalu, jednakże nie nastąpiło to na skutek czynników egzogennych poprzez wprowadzenie z zewnątrz bakterii gronkowca do rany ciętej, a jedynie z uwagi na czynniki endogenne tj. obniżona odporność organizmu powódki, rozległy uraz, co zdaniem strony pozwanej nastąpiło w momencie usuwania zespolenia drogą krwiopochodną.

W niniejszej sprawie znajdują zastosowanie zarówno przepisy ogólne dotyczące odpowiedzialności za szkodę, jak i przepisy szczególne – przede wszystkim przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2008.123.849 z późn. zm.). Podstawę prawną roszczenia powódki stanowił przepis art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 415 k.c. Zgodnie z przepisem art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. W myśl zaś przepisu art. 415 k.c. ten kto z własnej winy wyrządził drugiemu szkodę obowiązany jest do jej naprawienia. Wynika z tego, że dana osoba może ponosić odpowiedzialność, gdy jej działaniu lub zaniechaniu można przypisać winę, a skutkiem zawinionego działania lub zaniechania będzie szkoda. Pierwszą przesłanką odpowiedzialności na podstawie art. 415 k.c. jest wina. Pojęcie to w rozumieniu art. 415 k.c. ujmowane bywa szeroko, jako kategoria obejmująca dwa elementy - obiektywny i subiektywny. Pierwszy z nich oznacza bezprawność działania lub zaniechania osoby odpowiedzialnej, a drugi związany jest z nastawieniem psychicznym sprawcy do czynu.

Podkreślić należy, że zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, w myśl art. 6 k.c. podlega udowodnieniu przez poszkodowanego. Granice wyznaczające możliwości dowodowe stron na płaszczyźnie art. 361 § 1 k.c. wyznacza aktualny stan wiedzy medycznej. W konsekwencji nie wymaga się, aby związek przyczynowy pomiędzy postępowaniem lekarza, a powstałą szkodą został ustalony w sposób pewny. W tzw. „procesach lekarskich” ustalenie w sposób pewny związku przyczynowego pomiędzy postępowaniem lekarza, 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 wyłączości przyczyny. Na powstanie szkody ma lub może mieć wpływ wiele czynników i należy tylko ustalić, w jakim stopniu prawdopodobieństwa wobec innych czynników pozostaje zaniedbanie lekarza. Podkreśla się również, że żądanie absolutnej pewności związku przyczynowego nie byłoby ani realne, ani uzasadnione. Dowód zatem, że jakieś inne przyczyny (oprócz niedbalstwa lekarza) mogły, lecz nie musiały spowodować u pacjenta szkody, nie zwolni lekarza od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko zabiegu (ze względu na stan zdrowia chorego) nie może wyłączyć odpowiedzialności lekarza, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn jest niedbalstwo (por. wyrok Sądu Najwyższego z 17 października 2007 r. II CSK 285/07, LEX nr 490418).

W niniejszej sprawie koniecznym było zbadanie czy lekarze z pozwanego szpitala dopuścili się jakichkolwiek zaniedbań przed operacją powódki lub w jej trakcie, które to działanie mogłoby być działaniem bezprawnym (stanowić błąd w sztuce medycznej) oraz działaniem przez nich zawinionym w postaci niedbalstwa.

Wzorcem, do którego należy sięgać w odniesieniu do lekarza jest wzorzec „dobrego fachowca”. Wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze lekarz zobowiązany jest prowadzić z należytą starannością poświęcając im niezbędny czas. Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Od lekarzy wymaga się staranności wyższej niż przeciętna, z uwagi na przedmiot ich zabiegów, którym jest człowiek i skutki wadliwego leczenia, które są często nieodwracalne, a na lekarzu o specjalności chirurga staranność ta powinna być jeszcze wyższa, niż w przypadku lekarza innej specjalności (por. wyrok SN z dnia 24 listopada 1976 r. w sprawie IV CRU 42/76 niepubl., wyrok i glosa do wyroku SN z dnia 1 grudnia 1998 r. w sprawie III CKN 741/98, PiM 2000 r. nr 6-7 s.163).

Odpowiedzialność pozwanego wynika również z treści 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. Zakład leczniczy odpowiada za lekarza jako za podwładnego nie tylko dlatego, że ma bardziej lub mniej rozległą kontrolę nad lekarzem, lecz dlatego, że lekarz jest pracownikiem zakładu i że działalność lekarza odnoszona jest do zakładu. Do przyjęcia winy osoby, o której mowa w art. 430 k.c., nie jest potrzebne wykazanie, że osoba ta naruszyła przepisy dotyczące bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego; wystarczy, jeżeli wina tej osoby polega na zaniechaniu zasad ostrożności i bezpieczeństwa, wynikających z doświadczenia życiowego i okoliczności danego wypadku (por. wyrok SN z 30 kwietnia 1975 r., II CR 140/75, Lex Polonica). Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych (por. wyrok SN z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116).

Ciężar dowodu wykazania przesłanek odpowiedzialności przewidzianej w przepisie art. 415 k.c. spoczywał na powódce tj. że działanie lub zaniechanie pozwanego było bezprawne, że spowodowało u powódki szkodę, która pozostaje z nim w adekwatnym związku przyczynowym oraz że ewentualne bezprawne działanie lub zaniechanie pozwanego było przez stronę pozwaną zawinione. W orzecznictwie SN podkreśla się przy tym, że nie można stawiać pacjentowi nierealnego wymogu ścisłego udowodnienia, w jakim momencie i jaką drogą jego organizm został zainfekowany (por. wyrok SN z 20.08.1968 r. II CR 310/68, OSNCP 1969, Nr 2 poz. 38, wyrok SN z dnia 17.06.1969 r. II CR 165/69, OSPiKA 1970, nr 7-8, poz. 155, wyrok SN z dnia 12.01.1977 r. II CR 571/76 niepubl.).

W pierwszej kolejności Sąd zajął się ustaleniem, czy personelowi pozwanego szpitala można przypisać winę tj. niedochowanie należytej staranności w trakcie leczenia powódki w pozwanym szpitalu.

Wskazać należy, że w obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postacie winy (w subiektywnym aspekcie), tj. winę umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego swojego zachowania się i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza lub co najmniej się na wystąpienie tych skutków godzi. Natomiast przy winie nieumyślnej sprawca wprawdzie przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewiduje możliwości nastąpienia tych skutków, choć powinien i może je przewidzieć. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Pojęcie niedbalstwa wiąże się w prawie cywilnym z niezachowaniem należytej staranności. Dla oceny, kiedy mamy do czynienia z winą w postaci niedbalstwa, decydujące znaczenie ma miernik staranności, jaki przyjmuje się za wzór prawidłowego postępowania. W tej kwestii podstawowe znaczenie ma przepis art. 355 k.c. Zgodnie z tym przepisem, dłużnik obowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta staranność). Ta formuła ma podstawowe znaczenie jako wzorzec wymaganego zachowania dla każdego, kto znajduje się w określonej sytuacji. Ten wzorzec – kreowany na podstawie reguł współżycia społecznego, przepisów prawnych, zwyczajów, swoistych „kodeksów zawodowych”, pragmatyk ma charakter obiektywny. Zarzut niedbalstwa będzie

więc uzasadniony wówczas, gdy sprawca szkody zachował się w sposób odbiegający od modelu wzorcowego, ujmowanego abstrakcyjnie. Ustalenie, że w konkretnych okolicznościach sprawca szkody mógł się zachować w sposób należyty, uzasadnia postawienie mu zarzutu nagannej decyzji. Niedbalstwo polega więc na niedołożeniu wymaganej w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Odnosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy wskazać należy, że Z. A. była hospitalizowana w pozwanym szpitalu w P. czterokrotnie w okresach: od 31.07.2010 r. do 3.09.2010 r., od 24.04.2011 r. do 29.04.2011 r., od 1.06.2011 r. do 22.06.2011 r. i od 1.07.2011 r. do 8.07.2011 r. W trakcie pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu, gdzie powódka została przewieziona zaraz po doznanym przez nią wypadku komunikacyjnym w dniu 31 lipca 2010 r., wykonano u niej w dniu 4 sierpnia 2010 r. zabieg repozyycji i stabilizacji złamania. Jak wynika z opinii biegłych, dokumentacji medycznej powódki (stan powódki po operacji określono jako dobry k. 236), jak i zeznań samej powódki, pierwsza operacja przeprowadzona w pozwanym szpitalu została wykonana prawidłowo, o czym świadczy fakt, że po tym zabiegu nastąpiła poprawa jej stanu zdrowia. Personel medyczny przy przyjęciu powódki do szpitala dołożył należytej staranności, bowiem przeprowadził szczegółowy wywiad z powódką odnośnie okoliczności przyjęcia jej do szpitala (k. 224), jak również wywiad epidemiologiczny (k. 245), odebrał od powódki zgodę na leczenie szpitalne (k. 223), dokonał jej wstępnego badania (k. 224), unieruchomił na wyciągu, podłączył cewnik naczyniowy obwodowy (k. 229), podał środki przeciwbólowe oraz ocenił ryzyko zakażenia powódki w skali czterostopniowej, przyznając powódce 3 punkty (k. 244) i kwalifikując ją do III grupy ryzyka zakażeniem. Nadto przed operacją powódka podpisała pisemną zgodę na zabieg (k. 245), wypełniła przedoperacyjną ankietę anestetyczną (k. 246), jak również poddano powódkę badaniu na obecność bakterii w nosie i fałdzie skórny (k. 253) oraz przeszła badanie krwi. Z przebiegu operacji sporządzono protokół operacyjny (k. 249), a przed operacją podano powódce cztery rodzaje antybiotyków, w tym jeden przeciwrzybiczy, które miały na celu wyjałowienie rany. Z dokumentacji medycznej wynika również, że w trakcie operacji posłużono się wysterylizowanymi narzędziami. Zgodnie z treścią art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2008.123.849 z późn. zm.), w brzmieniu w spornym okresie, lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. W ocenie Sądu – na podstawie dokumentacji medycznej w sprawie – Sąd uznał, że personel medyczny pozwanego szpitala udzielił pozwanej ww. informacji o stosowanych metodach diagnostycznych, ewentualnym ryzyku zakażeń szpitalnych, co wynika w szczególności z jej pisemnej zgody na leczenie i na wykonanie zabiegu. W dniu wypisania powódki ze szpitala jej stan zdrowia był dobry i stopniowo ulegał poprawie. Zarówno z dokumentacji medycznej powódki, jak i opinii biegłych wynika, że szpital dołożył wszelkich standardów medycznych w postępowaniu z powódką zarówno przed, jak i po jej operacji. Zarówno biegły J. F. jak i biegły A. B. nie stwierdzili w swoich opiniach, iż doszło do jakichkolwiek nieprawidłowości przy leczeniu powódki oraz nieprawidłowości udzielonych jej świadczeń medycznych. Jako prawidłowe, w szczególności było usunięcie śrub ryglujących, w związku z zaistnieniem podejrzenia zakażenia kości udowej prawej, a wcześniej zastosowanie antybiotykoterapii.

Z ustaleń Sądu wynika, że powódka w trakcie przyjęcia do pozwanego szpitala była w pełni sił i zdrowia, a po wyjściu z pozwanej placówki medycznej, jej stan był dobry.

Dopiero w kwietniu 2011 r. uległ znacznemu pogorszeniu. W kwietniu 2011 r. bowiem, po 8 miesiącach od wypisania powódki z pozwanego szpitala, zaczęła odczuwać ponownie nasilone dolegliwości bólowe, które były związane z wystąpieniem u powódki cech zapalenia w miejscu złamania. Sam ból, nawet jeśli towarzyszył powódce, po wypisaniu po pierwszym pobycie w szpitalu, nie był jeszcze wykładnikiem rozwijającego się u powódki zakażenia, albowiem ból ten był związany z doznanym przez powódkę rozległym urazem oraz leczeniem operacyjnym.

Powikłane gojenie zmian kostnych wymagało od powódki dalszych hospitalizacji w pozwanym szpitalu. W czerwcu 2011 r. powódka przeszła zabieg usunięcia materiału zespalającego i wykonano drenaż płuczący kości udowej prawej. Niewątpliwym jest, iż u powódki doszło do zakażenia bakterią gronkowca. Zarówno biegły z dziedziny chorób

zakaźnych – J. F., jak i biegły z dziedziny ortopedii A. B. uznali, że niemożliwym jest precyzyjne określenie kiedy doszło do tego zakażenia z uwagi na biologię tego zdarzenia - bakterie są niewidoczne.

Brak było dostatecznych podstaw do przyjęcia, że zakażenia doszło w czasie operacji lub w okresie bliskim tego czasu. Jak przekonująco wskazał bowiem biegły sądowy A. B. w opinii pisemnej oraz wyjaśnieniach, objawy infekcji i zapalenia kości udowej u powódki wystąpiły najwcześniej w kwietniu 2011 r., czyli po ponad 8 miesiącach od daty wypisania powódki ze szpitala. Zakażenie, które wystąpiło u powódki nie kwalifikowało się zatem jako zakażenie szpitalne (tj. takie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych), gdyż za takie uznaje się według standardów medycznych zakażenie, które wystąpiło - w przypadku pozostawienia w ciele pacjenta zespolenia - maksymalnie w okresie 6 miesięcy od wypisania ze szpitala. U powódki doszło do zakażenia bakterią gronkowca. Nie można jednak stwierdzić z dużą dozą prawdopodobieństwa, aby do zakażenia tego doszło w czasie operacji lub w okresie bliskim tego czasu. Objawy rozwijającego się zakażenia stwierdzono najwcześniej w kwietniu 2011r. Powódka – jak zeznała – odczuwała silne dolegliwości dopiero w kwietniu 2011 r., a wcześniej jej stan zdrowia po wypisaniu ze szpitala we wrześniu 2010 r. stopniowo ulegał poprawie. Fakt, że odczuwała ona praktycznie od początku wypadku, różnego rodzaju dolegliwości bólowe, nie świadczy jeszcze o tym, że występowały one u powódki z powodu zakażenia gronkowcem. Stan zdrowia powódki był bowiem wypadkową urazu i złamania, trudności gojenia i zakażenia rany. U powódki wprawdzie przed kwietniem 2011 r. występował jeden z czynników mogących świadczyć o zakażeniu tj. ograniczenie funkcji danej kończyny, jednakże ograniczenie to wynikało z przebytego urazu i złamania oraz panewki kości udowej. Inne objawy świadczące o zakażeniu, w ww. czasie nie wystąpiły u powódki.

W dalszej kolejności należało ustalić mechanizm, w jakim doszło do zakażenia, co było głównym ogniwem sporu pomiędzy stronami. W ocenie Sądu, do zakażenia gronkowcem u powódki, doszło z wysokim stopniem prawdopodobieństwa poprzez przedostanie się bakterii gronkowca z błon śluzowych powódki (przed przyjęciem powódki do pozwanego szpitala stwierdzono u niej nosicielstwo i kolonizację ww. bakterii w błonie śluzowej nosa) - poprzez układ krwionośny, który przetransportował bakterię - na ciało obce w organizmie powódki – zespolenie kości udowej i tam się osadził. Zespolenie to stanowiło bowiem element stały w organizmie Z. A., nie posiadający własnego ukrwienia, a zatem miejsce to było szczególnie podatne na zakażenie. Na powyższy sposób kolonizacji bakterii drogą krwiopochodną wskazywali obaj biegli wydający opinię w sprawie, W TYM BIEGŁY A. B. wskazywał na ten mechanizm jako najbardziej prawdopodobny. Z kolei biegły J. F. jedynie nie wykluczył możliwości zakażenia drogą kontaminacji, ale nie potwierdził, aby ten mechanizm był u powódki wysoce prawdopodobny.

Z ustaleń Sądu wynika, że to osłabienie układu immunologicznego powódki na skutek m.in. stosowanej u niej antybiotykoterapii, rozległego urazu i stresu pooperacyjnego, spowodowało uaktywnienie się bakterii gronkowca bytującej u powódki w błonie śluzowej nosa. Powyższe oznacza, że do zakażenia u powódki doszło drogą endogenną czyli zakażenie to zostało spowodowane przez własną, naturalną florę pacjenta z powodu obniżonej odporności. Nie budzi wątpliwości, że o zakażeniu bakterią gronkowca drogą endogenną nie można mówić z całą, 100%, pewnością, gdyż jest to niemożliwe zasadniczo do wykazania w toku niniejszego postępowania. Biegły A. B. w trakcie przesłuchania stwierdził, że dotarcie bakterii drogą egzogenną – poprzez dostanie się z zewnętrznego środowiska szpitalnego drobnoustrojów do organizmu powódki jest bardzo mało prawdopodobne, gdyż musiałyby wówczas dojść do kontaminacji pola powierzchni rany, co jest mało prawdopodobne w okolicznościach sprawy. O tym bowiem, że do zakażenia doszło za pomocą czynników endogennych świadczy przede wszystkim wynik badania scyntygrafii kości, przeprowadzonego u powódki w dniu 12 maja 2011 r., które potwierdziło infekcję ograniczoną do miejsca złamania, bez rozprzestrzenienia się na kość udową oraz zespolenie. O powyższym świadczy również fakt, że infekcja nie rozprzestrzeniła się na całą kość udową i zespolenie, a ograniczona była wyłącznie do miejsca złamania (przynajmniej do czasu usunięcia zespolenia, co było postępowaniem prawidłowym). W ocenie Sądu, powyższe argumenty przemawiają za przyjęciem, że bakterie gronkowca przedostały się nie przez cięcie chirurgiczne dokonane do wprowadzenia gwoźdźca, lecz drogą krwiopochodną, do miejsca złamania.

Reasumując, przede wszystkim zarówno z pisemnych opinii biegłych jak i wyjaśnień biegłego A. B. na rozprawie wynika, że zabiegi przeprowadzone u powódki w czasie jej pobytu w pozwanym szpitalu zostały wykonane w pełni profesjonalnie, nie można stwierdzić żadnych nieprawidłowości w trakcie przeprowadzania operacji, leczenia i innych

dalszych zabiegów, a do zakażenia bakterią gronkowca doszło poprzez drogi krwionośne na zasadzie przerzutu bakteryjnego z innych miejsc w organizmie powódki, a więc było to zakażenie endogenne.

Wobec stwierdzenia braku winy po stronie pozwanej, w dalszej kolejności Sąd zajął się ustaleniem czy po stronie pozwanej doszło do bezprawnego działania bądź też zaniechania w trakcie hospitalizacji powódki. Podstawową bowiem przesłanką cywilnej odpowiedzialności lekarza, obok winy w znaczeniu subiektywnym, jest bezprawność jego działania. Bezprawność obejmuje swoim zakresem naruszenie przepisu prawa oraz zasad współżycia społecznego, a bezprawność zaniechania występuje wówczas, gdy istniał nakaz działania (por. wyrok SN z dnia 19 lutego 2003 r., LEX nr 121742). Bezprawność działania w zakresie prowadzonej przez lekarza działalności medycznej może być związana z naruszeniem przepisu art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U z 2008 r. Nr 136 poz. 857 z późn. zm.), zgodnie z którym lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Przepis ten określa zatem podstawowe, obowiązujące każdego lekarza reguły postępowania, których naruszenie określa się mianem tzw. „błędu lekarskiego”. Wystąpienie takiego błędu oczywiście wyczerpuje jedynie obiektywny element winy (bezprawność zachowania) i samo w sobie nie jest wystarczające dla postawienia lekarzowi zarzutu winy.

W niniejszej sprawie, zarówno z dokumentacji medycznej powódki, jak i opinii biegłych, w tym wyjaśnień biegłego A. B. wynika, że personel medyczny pozwanego szpitala postępował zgodnie z wiedzą medyczną, a powyższe wyklucza bezprawność. O czym już była mowa, przy ustaleniach dotyczących kwestii winy, leczenie powódki w pozwanym szpitalu przebiegało jak najbardziej prawidłowo, zgodnie ze sztuką lekarską i obecnie obowiązującą wiedzą medyczną. Ze strony personelu medycznego nie było żadnego zaniedbania. Cały proces diagnostyczno – terapeutyczny powódki przebiegał zgodnie ze sztuką medyczną. Następstwa natomiast jakie wystąpiły u powódki były związane z rodzajem i charakterem doznanych przez nią urazów, możliwymi powikłaniami, rodzajem i mnogością urazów, ich rozległością oraz wytrzymałością organizmu powódki. W związku z wystąpieniem zakażenia dokonano u powódki zabiegu usunięcia zespolenia kości udowej, co uaktywniło u niej proces zapalny. Procedury medyczne przed przeprowadzeniem u powódki ww. zabiegu zostały dokonane w sposób standardowy, tak jak przy pierwszym przyjęciu powódki do szpitala tj. uzyskano od niej zgodę na zabieg, oceniono stopień ryzyka zakażenia. Również postępowanie lekarzy pozwanego szpitala było zgodne ze standardami leczenia pacjenta w przypadku zakażenia. W takim wypadku dokonuje się bowiem – tak jak to miało miejsce w przypadku powódki – usunięcia materiału zespalającego, co było koniecznością i obowiązkiem personelu pozwanego szpitala. Również w kwestii odnośnie nosicielstwa powódki, personel medyczny zachował się zgodnie ze sztuką medyczną. Fakt, że u powódki w trakcie pierwszego pobytu w pozwanym szpitalu stwierdzono nosicielstwo gronkowca w błonie śluzowej i pachwinach, nie implikowało aby personel medyczny pozwanego szpitala zastosował względem powódki jakieś szczególne środki ostrożności, ponad przyjętą w pozwanym szpitalu standardową procedurę. Wynikało to z faktu, że u powódki bakteria gronkowca złocistego stanowiła naturalną florę bakteryjną jej organizmu. Z przeprowadzonego wywiadu medycznego powódki nie wynikało, że bakteria ta z uwagi np. na osłabienie układu immunologicznego uległa uaktywnieniu przed przyjęciem jej do pozwanej placówki medycznej i tym samym istnieje ryzyko jej przedostania się do jej krwiobiegu. Powyższe wynika również jednoznacznie z zeznań powódki, która wskazała, że przed przyjęciem jej po raz pierwszy do pozwanego szpitala wcześniej w ogóle nie chorowała, nawet na żadne infekcje, co potwierdzili również zeznający w sprawie w charakterze świadków rodzice powódki. Stan ten dopiero uległ zmianie na skutek dużego obciążenia organizmu powódki spowodowanego rozległymi urazami, towarzyszącemu stresowi pooperacyjnemu, co uaktywniło bakterię gronkowca, powodując jej przedostanie się do krwiobiegu, a następnie do zespolenia kości udowej. Powódka przeżyła bowiem potężny uraz, bo doszło u niej do złamania nie tylko kości udowej, która jest najsilniejszą kością ustroju człowieka, ale przeszła również złamanie miednicy, co implikowało u niej różnego rodzaju dolegliwości, nie tylko związane z zakażeniem. Powyższe potwierdził zarówno w pisemnej opinii, jak i w trakcie przesłuchania na rozprawie biegły A. B., który stwierdził, że występujący u powódki, w dniu przyjęcia jej do pozwanego szpitala, szczep bakterii gronkowca stanowił jej saprofityczną florę bakteryjną, która występuje praktycznie u każdego pacjenta. W związku z tym powódka nie wymagała zastosowania szczególnych środków ostrożności, a zastosowane względem niej procedury medyczne zarówno przed jak i po zabiegach były prawidłowe i nie budzące wątpliwości Sądu

Przepis art. 445 § 1 k.c., stanowi, że sąd może przyznać poszkodowanemu w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Zadośćuczynienie pieniężne na podstawie przepisu art. 445 k.c. jest swoistą formą odszkodowania i stanowi rekompensatę za szkodę niemajątkową, doznaną przez poszkodowanego na skutek konkretnego zdarzenia, przy czym nie można tego traktować jako ekwiwalentu, charakterystycznego dla szkody majątkowej. Szkada niemajątkowa przejawia się w tym, że nie da się ocenić w pieniądzech poniesionego uszczerbku. Przepis art. 445 k.c. ma na celu złagodzenie doznanego krzywdy, która w rozumieniu tego przepisu oznacza cierpienie fizyczne, a więc ból i inne dolegliwości oraz cierpienia psychiczne, to jest ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi (por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 8 lutego 2006 r. w sprawie I ACa 1131/05, LEX nr 194522). W niniejszej sprawie do przyjęcia odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanego konieczne było ustalenie odpowiedzialności lekarzy, którzy leczyli powoda w pozwanym szpitalu. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej odpowiada za pracujących tam lekarzy, gdyż są oni pracownikami zakładu i ich działalność odnoszona jest do zakładu (M. Nestorowicz "Zakłady opieki zdrowotnej." PiP 1994, nr 4, s. 50; M. Filar, S. Krześ "Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej." Wydawnictwo Prawnicze Lewis Nexis Warszawa 2004 r. s. 52). Przesłankami odpowiedzialności cywilnej lekarza z tytułu czynu niedozwolonego są wina, szkoda oraz związek przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a powstałą szkodą.

Jak już wyżej zauważono, w judykaturze istnieje pogląd, że istnienie związku przyczynowego w przypadku, jeżeli chodzi o ludzkie zdrowie z reguły nie może być absolutnie pewne, dlatego do przyjęcia go wystarcza, gdy jest on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa por. (orzeczenie SA w P. z dnia 22 września 2005 r., w sprawie I A Ca 197/05, LEX 177016, orzeczenie SN z dnia 5 lipca 1967 r., OSNCP 1968, nr 2, poz.26, orzeczenie SN z dnia 17 czerwca 1969 r., OSPiKA 1969 r, nr 7-8, poz.155, orzeczenie SN z dnia 10.07.1998 r., w sprawie I CKN 232/2000, orzeczenie SA w P. z dnia 25.02.2001 r, w sprawie I A Ca 197/2005, orzeczenie SA w K., w sprawie I A Ca 192/2000). Na powódce zatem ciążył obowiązek co najmniej uprawdopodobnienia w znacznym stopniu związku przyczynowego między winą lekarza, a powstałą szkodą. Biegły J. F. wysunął w opinii wniosek, iż nie istnieje związek przyczynowy pomiędzy działaniem personelu a zakażeniem powódki gronkowcem, gdyż jest ono ryzykiem długiego i poważnego leczenia. Do powyższych wniosków doszedł również w swojej opinii biegły A. B..

Sąd, po analizie całokształtu materiału dowodowego sprawy, stwierdził zatem, w oparciu o opinię biegłych i ustne wyjaśnienia do opinii biegłego A. B., iż istniał związek przyczynowy pomiędzy urazem, którego doznała powódka a wystąpieniem niej powikłań w postaci stanu zapalnego kości. Nadto Sąd stwierdził, że istniał również związek przyczynowy pomiędzy zakażeniem powódki o charakterze endogennym w szkodą. Nie ma jednak w wysokim stopniu prawdopodobieństwa związku przyczynowego pomiędzy jakimkolwiek działaniem albo zaniechaniem personelu pozwanego szpitala a szkodą, której doznała powódka w postaci zakażenia jej bakterią gronkowca. Dalej stwierdzić należy, że z całokształtu materiału dowodowego zebranego w sprawie wynika, iż lekarze pozwanego szpitala dołożyli należytej staranności w leczeniu powódki, jak i działali zgodnie ze sztuką medyczną. Jak bowiem wynika z opinii biegłych bakteria gronkowca jest zagnieżdżona we florze bakteryjnej wielu ludzi i może ulec uaktywnieniu na skutek spadku odporności organizmu np. po przebytych zabiegach operacyjnych. Każdy bowiem zabieg operacyjny, nawet u zdrowego człowieka, prowadzi do tzw. okresu katabolizmu, z czym związane jest obniżenie naturalnej odporności organizmu i z tym faktem należy łączyć ewentualne uaktywnienie się bakterii. W ocenie Sądu, w przypadku powódki właśnie czynniki endogenne, a nie egzogenne doprowadziły do zakażenia jej bakterią gronkowca. Zarówno z zeznań świadka A. W., jak i dokumentów wynika, że pracownicy pozwanego szpitala zachowują standardowe środki ostrożności, jak i odpowiednie, obowiązujące procedury w przygotowaniu pacjenta do zabiegu i kontakcie z pacjentem. W ocenie Sądu, pozwany zatem wykazał, iż dochował wszelkich środków ostrożności, aby uniknąć zakażenia powódki. Pozwany, jak wynika z dokumentacji medycznej, stosował u powódki osłonowo, jak i terapeutycznie antybiotyki. Z dowodów zebranych w sprawie wynika zatem, iż pracownicy pozwanego szpitala dochowali wszelkich czynności aseptycznych i antyseptycznych, aby nie dopuścić do zakażenia u powódki.

Zważyć należy również, co istotne w sprawie, zakażenie bakterią gronkowca zostało u powódki wyleczone, co zostało potwierdzone w opinii obu biegłych.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że w procesach lekarskich Sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać za wystarczający wysoki stopień prawdopodobieństwa, nie wymagając od poszkodowanego ścisłego i pewnego udowodnienia, jaką drogą jego organizm został zainfekowany, taki bowiem dowód - ze względu na właściwości wchodzących w grę procesów biologicznych - często nie jest możliwy do przeprowadzenia. Przyjęcie takiej możliwości wyznacza zarazem „linię obrony” strony przeciwnej, która polega na osłabianiu wspomnianego prawdopodobieństwa - przede wszystkim przez dowodzenie, że zaistniały inne prawdopodobne przyczyny infekcji, względnie, że konkretne warunki, w jakich - według twierdzeń poszkodowanego - doszło do zarażenia, wykluczały taką możliwość (por. wyrok SN z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, (...)). W niniejszej sprawie z dokumentacji medycznej powódki, jak również z opinii biegłych jednoznacznie wynika, że w przypadku powódki zaistniały inne najbardziej prawdopodobne przyczyny zakażenia – pochodzenia endogennego tzn. szczepu kolonizujące skórę i błony śluzowe powódki.

Sąd uznał zatem, iż leczenie operacyjne, jak i pooperacyjne, który zastosowano u powódki w pozwanym szpitalu było prawidłowe i zgodne ze wskazaniami wiedzy medycznej. Zdaniem Sądu, na podstawie zebranego w sprawie materiału dowodowego, nie można uznać, że doszło do jakiegokolwiek błędu medycznego w trakcie diagnozowania oraz operacji powódki, nie miało też miejsce jakiegokolwiek niedbalstwo ze strony lekarzy, które mogłoby skutkować pogorszeniem jej stanu zdrowia.

Reasumując Sąd uznał, iż strona powodowa nie wykazała istnienia przesłanek winy lekarzy pozwanego szpitala (w znaczeniu subiektywnym, jak i bezprawności), szkody i związku przyczynowego, a zgodnie z art. 6 k.c. to na stronie inicjującej proces spoczywał ciężar wykazania ww. okoliczności. Powódka nie wykazała w szczególności, że pracownicy pozwanego naruszyli jakiegokolwiek obowiązujące przepisy, że ich działanie lub zaniechanie nosiło znamię bezprawności.

W ocenie Sądu diagnostyka i sposób leczenia powódki, w trakcie jej pobytu w pozwanym szpitalu były prawidłowe i adekwatne do jej stanu zdrowia.

Powódka żądała również ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za skutki zarażenia ją gronkowcem złocistym. Żądanie to powódka wywiodła z przepisu art. 189 kpc, zgodnie z którym powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny. Sąd doszedł do przekonania, na podstawie całokształtu materiału dowodowego zebranego w sprawie, uwzględniając wnioski opinii biegłych sądowych, że brak jest podstaw do ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej na przyszłość za skutki zakażenia powódki gronkowcem złocistym. Jak bowiem wynika z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy powódka obecnie już nie jest nosicielem bakterii, zakażenie zostało wyleczone. Biegły J. F. stwierdził wprawdzie w opinii, że stosunki anatomiczne sprzed wypadku powódki nie zostały idealnie przywrócone przez co możliwy jest w małym procencie nawrót zakażenia. Niezależnie jednak od powyższego, jak Sąd ustalił powyżej do zakażenia powódki doszło bez winy personelu pozwanego szpitala.

O kosztach postępowania orzeczono jak w punkcie 2 wyroku, mając na względzie dyspozycję art. 98 k.p.c. w zw. z art. 102 kpc. Na koszty niniejszego postępowania złożyło się: opłata od pozwu w kwocie 10.000 zł, opłata tymczasowa od roszczenia o ustalenie odpowiedzialności pozwanego wobec powódki za mogące ujawnić się w przyszłości szkody w kwocie 1.000 zł, wynagrodzenie za przesłanie dokumentacji medycznej w kwocie 25,20 zł, wynagrodzenie biegłego J. F. w kwocie 930,08 zł, wynagrodzenie biegłego A. B. w kwocie 1.573,73 zł za opinię w sprawie, kwota 873,73 zł za przygotowanie i złożenie opinii ustnej przez biegłego oraz jego dojazd do sądu w łącznej kwocie 2.447,46 zł. łącznie koszty związane z wynagrodzeniem biegłych wyniosły 3.377,54 zł i zostały poniesione tymczasowo ze Skarbu Państwa. Suma kosztów sądowych wynosi 14.402,74 zł.

Z uwagi na zwolnienie powódki w całości z kosztów sądowych i na jej trudną sytuację materialną, pomimo tego, że przegrała proces, Sąd na podstawie art. 102 kpc, obciążył ją jedynie częścią kosztów postępowania w niniejszej sprawie poniesionych przez pozwanego w kwocie 8.229,99 zł (na kwotę tę składają się koszty zastępstwa procesowego pełnomocnika pozwanego w kwocie 7.200 zł oraz kwota 1.029,99 zł tytułem zwrotu kosztów dojazdów pełnomocnika pozwanego do Sądu Rejonowego dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi pkt. 2 lit. a wyroku) oraz połową kosztów sądowych,

które należało nakazać ściągnąć od powódki na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Poznaniu (pkt. 2 lit. b wyroku).

Pełnomocnik pozwanego wniósł o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów zastępstwa procesowego w kwocie 14.400 zł. Sąd nie znalazł jednak podstaw, do przyznania pełnomocnikowi pozwanego wynagrodzenia w zwiększonej stawce. Nakład pracy pełnomocnika pozwanego w niniejszej sprawie uzasadniał bowiem przyznanie mu wynagrodzenia w minimalnej stawce tj. kwocie 7.200 zł.

SSO Magda Inerowicz