

Sygn. akt II Ca 60/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 kwietnia 2016 roku

Sąd Okręgowy w Piotrkowie Tryb. Wydział II Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący	SSA w SO Grzegorz Ślęzak (spr.)
Sędziowie	SSO Jarosław Gołębiowski SSA w SO Arkadiusz Lisiecki
Protokolant	Paulina Neyman

po rozpoznaniu w dniu 31 marca 2016 roku w Piotrkowie Trybunalskim

na rozprawie sprawy z powództwa M. B.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej w W.

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim

z dnia 17 lipca 2015 roku, sygn. akt I C 831/12

1. zmienia zaskarżony wyrok: w punkcie pierwszym sentencji w ten sposób, że zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz powódki M. B. tytułem zadośćuczynienia kwotę 10.000 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 21 kwietnia 2012 roku i tytułem odszkodowania kwotę 1.087 złotych z ustawowymi odsetkami od dnia 21 kwietnia 2012 roku oraz w punkcie drugim sentencji w ten sposób, że znosi wzajemnie koszty procesu między stronami i zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej w W. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego w Tomaszowie Mazowieckim kwotę 1.700 złotych tytułem częściowego zwrotu wydatków;

2. oddala apelację w pozostałej części;

3. znosi wzajemnie koszty procesu między stronami za instancję odwoławczą.

SSA w SO Grzegorz Ślęzak

SSO Jarosław Gołębiowski SSA w SO Arkadiusz Lisiecki

Sygn. akt II Ca 60/16

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 lipca 2015r. Sąd Rejonowy w Tomaszowie Mazowieckim po rozpoznaniu sprawy z powództwa M. B. przeciwko (...) S.A w W. o zadośćuczynienie i odszkodowanie

I. oddalił powództwo,

II. zasądził od powódki na rzecz pozwanego kwotę 2.417,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,

II. nie obciążył powódki kosztami opinii biegłych wyłożonymi przez Skarb Państwa - i opłatą od pozwu, od uiszczenia których powódka była zwolniona.

Podstawę powyższego rozstrzygnięcia stanowiły przytoczone poniżej ustalenia i rozważania Sądu Rejonowego.

Powódka M. B. wykonywała w (...) zabieg leczenia dentystrycznego. Zabieg został przez lekarza P. K. (1) rozplanowany na kilka wizyt lekarskich. Podczas pierwszej wizyty dnia 1 lutego 2012 r. dokonywana była u poszkodowanej wymiana starej plomby. Lekarz wykonał znieczulenie za pomocą zastrzyku. Pacjentka poczuła nagły ból po wkłuciu, o czym poinformowała lekarza.

Następnego dnia (2 lutego 2012 r.) powódka doznała niespodziewanego kilkuminutowego szczękościsku i paraliżu lewej strony żuchwy. Pojawiła się opuchlizna. Zjawisko takie powtórzyło się kilka razy w ciągu tego i kolejnego (3 lutego 2012 r.) dnia. Ponadto, narastała opuchlizna wewnątrz jamy ustnej. Powódka, zaniepokojona powyższymi dolegliwościami, zadzwoniła do lekarza P. K. (1), umawiając się na wizytę w gabinecie. Po zbadaniu pacjentki, lekarz stwierdził, że objawy mają charakter przemijający. Powódka postanowiła więc zastosować się do zaleceń lekarza i przeczekać dolegliwości. Dnia 7 lutego 2012 r. wyznaczona była kolejna planowa wizyta dentystryczna - kanałowe leczenie prawej strony uzębienia jamy ustnej. Z uwagi na to, że odczuwane wcześniej dolegliwości nie zmniejszyły się, a szczękościsk powtarzał się coraz częściej w ciągu dnia, pacjentka poprosiła o sprawdzenie tego problemu. Następnie w dniu (8 lutego 2012 r.) M. B. doznała pełnego szczękościsku oraz ogromnego bólu. Udała się zatem po raz kolejny do lekarza P. K. (1), który w dniu 9 lutego 2012 roku przepisał antybiotyk (...) oraz lek przeciwbólowy (...). Otrzymała zwolnienie lekarskie 9-13.02.2012. Powódka miała jednak zaplanowany od dawna wyjazd do N., zadzwoniła więc do doktora chcąc uzyskać informacje czy po tygodniu czasu od dnia zabiegu mogą utrzymywać się lak silne bóle i dolegliwości. Lekarz K. poinformował powódkę, że nie przyjmuje tego dnia a pacjentów w jego gabinecie przyjmuje inny lekarz, do którego powódka się udała. Podczas badania zostało wykonane panoramiczne zdjęcie szczęki, ponieważ szczękościsk był tak silny, że pacjentka nie mogła otwierać ust (w tym czasie zmuszona była przyjmować posiłki jedynie w formie płynnej, przez słomkę). W drodze do N. powódka odczuwała jednak bardzo silny ból. Przepisany lek przeciwbólowy można przyjmować co 12 godzin, ale uśmierzał ból tylko na około 5 godzin. Pozostały do przyjęcia kolejnej tabletki czas poszkodowana odczuwała dotkliwy ból. Natychmiast po powrocie, dnia 13 lutego 2012 r. rano, powódka odbyła wizytę w gabinecie u lekarza K.. Przy wizycie była obecna również lekarz A. K., żona i współnik P. K. (1), również lekarz dentysta. Wykonali 3 zastrzyki przeciwbólowe i cięcie nakostnej. Podali (...) i (...). Tego samego dnia, powódka poczuła jednak jeszcze silniejszy ból, wróciła więc do gabinetu stomatologicznego. Przyjęła ją lekarz A. K., która stwierdziła, że do następnego dnia ból powinien się zmniejszyć i należy zaczekać. Następnego dnia ból nie ustąpił, powódka pojawiła się zatem znów w gabinecie. Doktor K., który wspólnie z żoną stwierdzili, że nie zna przyczyny bólu - doradzili pacjentce prześwietlenie zatok. Prześwietlenie wykazało jednak, że zatoki są czyste i nie są źródłem problemu. Doktor P. K. (1) poradził, by powódka udała się do laryngologa, którego polecił powódce. Powódka przed wizytą u laryngologa udała się jednak do lekarza specjalisty chorób wewnętrznych J. K., który po wykonaniu zdjęcia węzłów chłonnych zasugerował pacjentce, że potrzebna jest wizyta w szpitalu i stwierdził, że dolegliwości nie mają podłoża laryngologicznego, zaniepokojona brakiem jakiegokolwiek poprawy w przebiegu leczenia pod kierunkiem lekarza K., postanowiła wcześniej skonsultować celowość odbywania kolejnej wizyty lekarskiej. Obaj badający ją lekarze - lekarz medycyny wewnętrznej i lekarz chirurg stomatolog P. C. stwierdzili, że po wkłuciu wykonanym 1 lutego 2012 r. u pacjentki zrobił się krwiak, który oblał się ropą, i konieczne będzie wykonanie zabiegu operacyjnego. Skierował pacjentkę do szpitala.

W dniu 16.02.2012 r. powódka została przyjęta do Oddziału (...), gdzie rozpoznano : Ropień przestrzeni skrzydłowo - żuchwowej lewej. Dnia 17.02.2012 nacięto ropień. Stwierdzono, że najprawdopodobniejszą przyczyną ropnia był krwiak powstały po podaniu znieczulenia przewodowego do otworu żuchwowego strony lewej. Powódka została wypisana do dalszego leczenia ambulatoryjnego dnia 22.02.2012 r. Dnia 11.03.2012 r. została przyjęta ponownie do Oddziału (...) gdzie stwierdzono: podczas otwierania ust żuchwa zbacza w prawą stronę z jednoczesnym przesunięciem głowy żuchwy do boku i przodu po stronie lewej. Dnia 14.03.2012 Powódka została wypisana do dalszego leczenia ambulatoryjnego ze skierowaniem do Poradni(...). Dnia 14.03.2012 M. B. zgłosiła się do Poradni (...). Stwierdzono odwodzenie na 23 - 24 mm. Zalecono ćwiczenia na odwodzenie. Dnia 27.04.2012 r. powódka otrzymała szynę zwarciową.

Aktualnie powódka zgłasza skargi na trudności w jedzeniu twardych pokarmów i trzaski w prawym stawie skroniowo - żuchwowy. Ujścia nerwów trójdzielnych niebolesne. Węzły chłonne podżuchwowe niebolesne. Zgryz prawidłowy. Podczas otwierania ust przeskakiwania w stawach skroniowo - żuchwowych i zbaczanie żuchwy w stronę prawą. Uzębienie: Korony na zębach 11, 14, 15, 21. Brak zębów: 17,18,27,28,36,37, 46,47.

Powódka obecnie przechodzi rehabilitację w formie laseroterapii i fizykoterapii, odbywa liczne wizyty w gabinetach lekarskich i leczenie w (...) w Ł..

Powódka zgłosiła szkodę i roszczenie do pozwanego ubezpieczyciela (...) - (...) S.A. w W.. Ubezpieczyciel jednak decyzją z dnia 15.05.2012 r. odmówił przyjęcia odpowiedzialności w przedmiotowej sprawie. Pozwany uznał, że nie można dopatrzeć się zdarzenia określonego jako postępowanie błędne, niezgodne z wiedzą medyczną lub wynikające „ z zaniedbania, nie dołożenia należytej staranności diagnostycznej lub terapeutycznej”. Pozwany uznał, że powikłania po znieczuleniu, których doświadczyła powódka tą niezawinionie przez lekarza. Ponadto stwierdził, że nie można zarzucić ubezpieczonemu braku staranności diagnostycznej lub terapeutycznej, ponieważ w dokumentacji medycznej ubezpieczonych odnotowano kolejne wizyty i „propozycję konsultacji laryngologicznej która mogła doprowadzić do skierowania całości procesu diagnostycznego we właściwym kierunku lub spowodować skierowanie do chirurga szczękowego bądź szpitala”.

Powódka obecnie ma 41 lat. Prowadziła działalność gospodarczą (...) z siedzibą w T. sklep z odzieżą, którą to działalność zawiesiła w 2014 roku. Zaistniałe u powódki komplikacje po leczeniu stomatologicznym wiązały się z dolegliwościami bólowymi, przebywaniem w Szpitalu a aktualnie rehabilitacją. Z uwagi na fakt, iż powódka nie mogła poświęcić czasu na prowadzenie działalności z tego powodu utraciła kwotę 2 910,21 zł. natomiast z (...) - z tytułu niezdolności do pracy uzyskała kwotę 3 592,32 zł.

Dokonując oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd przyznał walor wiarygodności załączonym do akt dokumentom opierając się również na aktach szkodowych strony pozwanej, dokumentacji medycznej a przede wszystkim na opiniach biegłych: dr n. med. K. K. (1) specjalisty chirurga stomatologii i dr n. med. M. S. - specjalisty chirurgii szczękowej. Opinie sporządzone przez biegłych są jasne, pełne i nie wymagają uzupełnienia mimo kwestionowania, stanowią pełnowartościowy dowód w sprawie.

Biegły dr n. med. K. K. (1) - specjalista chirurgii stomatologii uszerebek ocenił według Rozporządzenia Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 2002 r w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania / Dz. U. Nr 234, poz. 1974 / wg: poz. 19 a uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki) oszacowanie bez zaburzeń funkcji 3%.

Sąd Rejonowy zważył, iż powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie. Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych tzw. błędów medycznych określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodnie z brzmieniem art. 4 ust. 1 wskazanej ustawy, „ w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego ”. Ów przepis prawny

pozwała dochodzić zadośćuczynienia za krzywdę, powstałą w wyniku naruszenia praw pacjenta, które ustawodawca konkretyzuje w przepisach kodeksu cywilnego. Jednym ze zdarzeń, powodujących naruszenie praw pacjenta są niewątpliwie „błędy medyczne”, „błędy lekarskie” lub „błąd w sztuce lekarskiej”. Choć ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nie używa tego pojęcia, to konkretyzuje chociażby prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, czy prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Zatem każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ponosi odpowiedzialność za niedołożenie należytej staranności w świadczeniu usług zdrowotnych.

Zgodnie z dyspozycją art. 448 kodeksu cywilnego, sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na żądanie pacjenta zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Dla zasadności dochodzonego roszczenia z art. 448 kodeksu cywilnego musi istnieć związek przyczynowy między naruszeniem prawa pacjenta (w tym błędem medycznym), a szkodą niemajątkową (krzywdą). Równocześnie w sytuacji wystąpienia błędu lekarskiego skutkującego rozstrojem zdrowia poszkodowanemu przysługują roszczenia oparte na treści art. 444 i 445 kc. Nie ma żadnej wątpliwości, iż naruszeniem integralności fizycznej człowieka, jest również uszkodzenie tkanek oraz narządów wewnętrznych człowieka. Szkada na osobie opiera się na odpowiedzialności deliktowej.

Zatem dla zasadności roszczenia niezbędnym jawi się wykazanie winy sprawcy, chociażby nieumyślnej (art. 415 kodeksu cywilnego). Zamiennym również pozostaje, iż sama szkoda na osobie nie stanowi bezpośredniego uszczerbku w majątku poszkodowanego, lecz tylko pośrednio na jego prawach majątkowych. To rzeczywiście poniesione wydatki lub realnie utracone dochody stanowią szkodę w majątku poszkodowanego. Poszkodowany, dochodząc odszkodowania za szkodę majątkową na podstawie artykułu 444 kodeksu cywilnego, może żądać od sprawcy: zwrotu wydatków, pozostających w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, charakteryzujących się niezbędnością i celowością (np. wydatki poniesione na wizyty u specjalistów i koszty transportu, wydatki poniesione na leki, materiały opatrunkowe, przyrządy rehabilitacyjne itd.) oraz pokrycia kosztów leczenia.

Dla oceny zasadności podniesionego w pozwie żądania niezbędne było zatem ustalenie, czy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy wskazuje, że strona pozwana dopuściła się w sposób zawiniony naruszenia swoich obowiązków medycznych oraz czy fakt ten spowodował naruszenie dóbr osobistych powódki i powstanie szkody niemajątkowej (krzywdy). Na błąd medyczny muszą składać się następujące elementy: postępowanie niezgodne z powszechnie uznanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna (tzw. lekkomyślność lub niedbalstwo), ujemny skutek popełnionego błędu, związek przyczynowy między popełnionym błędem, a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego w postaci uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

W rozpoznawanej sprawie istota sporu sprowadzała się do ustalenia odpowiedzialności strony pozwanej poprzez wykazanie, że doszło do zaniedbania albo popełnienia błędu przez lekarza P. K. (1) który lecząc zęby powódki - stosując znieczuleni miejscowe - miał doprowadzić do powstania szkody.

To na osobie poszkodowanej (powódce) ciążył fakt udowodnienia naruszenia przez lekarza reguł postępowania zawodowego.

Opierając się na całokształcie zebranego w sprawie materiału dowodowego, w tym w szczególności dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia stomatologicznego powódki, opinii biegłych sądowych z zakresu stomatologii i chirurgii szczękowej oraz przesłuchania powódki M. B. oraz świadków: P. C., A. L., J. K., M. J. i P. K. (1) w ocenie Sądu brak jest podstaw do uznania, że działania podejmowane przez pozwanego lekarza były niezgodne ze sztuką lekarską.

Powódka po leczeniu stomatologicznym w dniu 01.02.2012 w znieczuleniu przewodowym doznała urazu naczynia krwionośnego. Doszło do krwiaka, który następnie zropiał i powstał ropień okolicy skrzydłowo - żuchwowej lewej. Przyczyną schorzenia jest powikłanie po znieczuleniu przy którym doszło do przypadkowego zranienia naczynia krwionośnego i powstania krwiaka. Diagnostyka i leczenie przez P. K. (1) i A. K. były prawidłowe. Po stwierdzeniu stanu zapalnego w dniu 9 lutego 2015 roku włączono antybiotyk (C. 2x600 mg), co było prawidłowym leczeniem,

oraz nacięto ropień, lecz nacięcie nie było skuteczne. Trudno mówić w tym przypadku o powikłaniach z powodu nie leczenia, skoro leczenia taki zostało podjęte. Aktualnie pacjentka cierpi na artropatię stawów skroniowo - żuchwowych. Choroba ta nie jest wynikiem powstania ropnia i szczękoscisku. Do artropatii dochodzi najczęściej w wyniku urazu stawów skroniowo - żuchwowych lub powikłań wynikających z zaburzeń zgryzowych. U powódki taką przyczyną mogą być braki skrzydłowe w uzębieniu. Dysfunkcja stawów skroniowo - żuchwowych jest leczona i nadal takie leczenie będzie konieczne.

Koszty leczenia dysfunkcji stawów skroniowo - żuchwowych pokrywają się z rachunkami przedstawionymi z (...). Nie wymagała pomocy osób trzecich.

Sąd nie miał wątpliwości co do tego, iż przeprowadzone u powódki leczenie stomatologiczne zostało wykonane zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. W tym konkretnym przypadku u Pani M. B., powstanie szczękoscisku było spowodowane stanem zapalnym. Szczękoscisk to niemożność otwarcia jamy ustnej, który powstaje w wyniku skurczu mięśni przywodzących żuchwę. Ich skurcz sprawia, że ruchy żuchwy są ograniczone. W razie braku skutecznego leczenia następuje sukcesywny wzrost objawów, czyli wzrost szczękoscisku, czyli zmniejszenie amplitudy odwodzenia żuchwy. Szczękoscisk nie oznacza całkowitego braku możliwości otwierania jamy ustnej, taki objaw powstaje dopiero w skrajnych przypadkach i wtedy z powodu braku mechanicznej możliwości odwodzenia żuchwy jest przeciwskazaniem do leczenia endodontycznego. Jednak wcześniejsze etapy powstawania szczękoscisku, kiedy to pacjentka odczuwała tylko nieznaczne ograniczenie, niewielkie dolegliwości bólowe przy odwodzeniu żuchwy nie były przeciwskazaniem do wykonywania leczenia stomatologicznego. Pozostałe objawy, typu obrzęk czy opuchlizna również nasilają się wraz z rozwojem jednostki chorobowej, jednak należy przyznać, iż te objawy również nie są przeciwskazaniem do zastosowania leczenia tj. leczenie endodontycznego.

W karcie leczenie stomatologicznego z dnia 2012-02-09 podpisanego przez lek. stom. A. L. zapisano „ Ponownie nie znaleziono przyczyny szczękoscisku. Węzły chłonne podżuchwowe powiększone po stronie lewej. „ Ten zapis bezsprzecznie świadczy o tym iż, objawy szczękoscisku były manifestowane wcześniej, niż w dniu 09.02. i jest to zgodne z naturalnym zachowaniem organizmu, w którym stan zapalny tworzy się zawsze w pierwszych 2-3 dniach od jego zainicjowania (w tym przypadku podania znieczulenia dopiero w 8 dobie.) Rzeczywiście, zapis w dokumentacji medycznej jest niewyraźnie wykonany, dodatkowo nie istnieje takie zdjęcie jak PANORAMA, istniało zdjęcie panoramiczne w chwili obecnej istnieje zdjęcie (...) lub (...), choć oczywiście biegły potwierdził, iż ewentualna nazwa zastosowana przez lekarza w dokumentacji medycznej jest dopuszczalna i stosowana w codziennej praktyce lekarskiej. Dodatkowo na następnej stronie historii choroby istnieje prawdopodobnie nazwa „panoramyczne". Z całą pewnością objawy szczękoscisku pojawiły się przed podaniem antybiotyku o czym świadczą wszystkie 3 zapisy, był to zresztą powód zaordynowania antybiotyku.

W świetle powyższych faktów istnieje rozbieżność czasowa w której pojawiły się rzeczywiście objawy rozwijającego się szczękoscisku. Bezsprzeczny jest, iż w chwili, w której objawy te zostały zgłoszone lekarzowi prowadzącemu powinien zostać zlecony antybiotyk.

Reasumując, jeśli lekarz o przyczynach rozwijającego się stanu zapalnego (w tym szczękoscisku) dowiedział się w dniu zlecenia antybiotyku - postąpił jak najbardziej prawidłowo i zgodnie ze sztuką lekarską, jednak jeśli o objawach tych wiedział wcześniej popełnił błąd.

W dniu 2014-08-19 pani M. B. zgłosiła się do (...) ul. (...) lok. 11 w M. celem przeprowadzenia obdukcji sądowo-lekarskiej.

Z dokumentacji medycznej zawartej w aktach oraz na podstawie badania pacjentki i przeprowadzonego wywiadu chorobowego z wysokim prawdopodobieństwem biegły potwierdził, iż do powstania ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej po stronie prawej doszło w wyniku krwaka powstałego po wykonaniu znieczulenia w dniu 01.02.2012 r.

W chwili zgłoszenia opuchnięcia w miejscu wkłucia oraz objawów szczękoscisku pacjent powinien natychmiast mieć zleconą antybiotykoterapię. Zgłaszane objawy bólowe powinny spowodować zalecenie stosowania leków p. bólowych.

Zabieg przeprowadzony przez lek. stom. A. K. miał cel diagnostyczny, natomiast szczękościsk był jednym ze wskazań do jego przeprowadzenia.

Funkcją kliniki wysokospecjalistycznych (akademickich) jest właśnie leczenie trudnych, rzadkich jednostek chorobowych, dlatego w przekonaniu biegłego w chwili, kiedy lekarz miał wątpliwości w postawieniu rozpoznania, przeprowadzeniu diagnostyki, czy leczenia powinien skierować pacjenta do kliniki specjalistycznej, sytuację taką można uznać za niezachowanie należytej staranności wymaganej od lekarza.

Ból jest odczuciem subiektywnym, dlatego nie ma obiektywnego narzędzia do oceny jego rzeczywistego poziomu. Ponadto, każdy pacjent ma inny próg bólu co powoduje, że ten sam bodziec może powodować różny poziom odczuwania bólu. Powołując się na ogólnodostępną 10 stopniową skalę bólu (...) w przekonaniu biegłego dr. n med. K. K. (1) ból był w okolicy punktu 5/6.

Po zabiegu nacięcia ropnia w krótkim znieczuleniu ogólnym pacjentka przez 1 dzień potrzebowała opieki.

Jedynym sposobem leczenia powstałego ropnia przestrzeni skrzydłowo - żuchwowej jest jego nacięcie i drenaż. Jego niewykonanie powodowałoby rozprzestrzenianie się stanu zapalnego na dalsze przestrzenie i jamy ciała pogarszając zarówno stan miejscowy jak i ogólny pacjentki. Tępo rozwoju stanów zapalnych jest różne i uzależnione od zjadliwości bakterii oraz poziomu odporności człowieka. Zaistnienie zagrożenia życia bądź zdrowia jest odległym stanem od tego, który zaistniał u powódki.

Opierając się na Rozporządzeniu MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 18 grudnia 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania biegły stwierdził: „ Z powodu blizny skóry długości 15 mm w okolicy zażuchwowej po stronie lewej powstałej w wyniku wykonania nacięcia obarczającego ropnia i dalszego jego drenażu, biorąc pod uwagę młody wiek kobiety oraz położenie blizny w widocznym miejscu, trudnym do zakrycia w codziennym życiu biegły stwierdza 3% trwałego uszczerbku na zdrowiu”.

Artropatia stawów skroniowo żuchwowych (s.s.ż.) stwierdzona u M. B., objawiająca się dolegliwościami bólowymi jest subiektywnym odczuciem pacjentki, dlatego nie da się obiektywnymi badaniami (w dniu 11.03.2012 wykonano co s.s.ż. w którym nie uwidoczono zmian patologicznych) potwierdzić powyższych dolegliwości. Jest wiele powodów powstania artropatii stawów skroniowo żuchwowych, ale nie ma wśród nich mechanoterapii żuchwy (otwierania buzi na siłę celem założenia rurki intubacyjnej, wykonania badania stomatologicznego, czy wykonania innych procedur medycznych zastosowanych u powódki). Także proces zapalny, który stwierdzono u powódki nie był powodem powstania artropatii s.s.ż. Stąd biegły z wysokim prawdopodobieństwem może stwierdzić, iż dysfunkcja stawów skroniowo- żuchwowych nie jest konsekwencją powstania /diagnostyki/ leczenia ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej po stronie lewej.

Objawy typu trzaski i przeskakiwania mogą wystąpić okresowo. Należy także stwierdzić, iż choroby stawów skroniowo żuchwowych w obecnej rzeczywistości społecznej jest traktowane jako choroba cywilizacyjna, powszechnie występująca u wielu pacjentów.

Na stronie 30 akt zamieszczone jest skierowanie do szpitala wystawione przez lekarza stomatologa P. C. datowane na 2012.02.15. W rubryce rozpoznania napisano: „ Szczękościsk. Obrzęk policzka, po stronie lewej. Proszę o konsultację i leczenie. Powódka w dniu 06.02.2012 w prywatnym gabinecie miała wykonane znieczulenie przewodowe do leczenia kanałowego zęba -6. Po znieczuleniu powstał szczękościsk.

Brak postawienia rozpoznania bezwzględnie świadczy o znacznej trudności w postawieniu ostatecznego rozpoznania, ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej po stronie lewej, czego doktor P. C. nie stwierdził.

W historii choroby Oddziału (...) na stronie pierwszej istnieje zapis „ Rozpoznanie wstępne, ropień skóry, czyrak i czyrak gromadny twarzy”.- Należy podkreślić, iż postawione rozpoznania mają zupełnie inną charakterystykę i są dalece odmienne od ostatecznego rozpoznania „ ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej”.

Dalej z obserwacji lekarza oddziałowego pacjentka przyjęta do oddziału z podejrzeniem ropnia, przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej będącego następstwem zropiałego krwaka." Zapis ten z całą pewnością sugeruje, iż zespół medyczny nadal nie ma pewności, co do ostatecznego rozpoznania.

Ostatecznie należy stwierdzić, iż zarówno lekarz kierujący do szpitala, lekarz przyjmujący pacjentkę jak i oddział oraz lekarz oddziałowy mieli trudności w rozpoznaniu ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej, jednostka chorobowa, którą ostatecznie postawiono jest rzadkim stanem. Oczywistym jest, iż wraz z upływem czasu objawy stawały się co raz ostrzejsze, wyraźniejsze i bardziej charakterystyczne, co i tak zawsze stanowi problem dla lekarza. Najtrudniej ma lekarz pierwszy, przy którym powstaje i rozpoczyna się rozwój tej jednostki chorobowej, kiedy to objawy są niewielkie, nie wszystkie i niecharakterystyczne.

Brak właściwej higieny jamy ustnej - może prowadzić do powstania próchnicy zęba, która nieleczona może prowadzić do powstania zapalenia miazgi, która nieleczona może prowadzić do zapalenia tkanek okołowierzchołkowych zęba, która nieleczona może doprowadzić do powstania ropnia podokostnowego, który nieleczony może doprowadzić do powstania ropnia podśluzówkowego, który nieleczony może prowadzić do powstania ropnia przestrzeni anatomicznej, który nieleczony może prowadzić do zajęcia kolejnych wielu przestrzeni anatomicznych, które nieleczone mogą prowadzić do sepsy, która może prowadzić do śmierci pacjenta. Na tej zasadzie można stwierdzić, iż brak higieny jamy ustnej i powstanie ogniska próchnicowego może powodować śmierć pacjenta. Wiadomym jest, że większość, jeśli nie wszystkie, choroby człowieka rozwijają się i mogą w ostateczności prowadzić do śmierci pacjenta.

Zgodnie z wiedzą i doświadczeniem biegłego, piśmiennictwem i naukami chirurgicznymi rozpoznany u powódki ropień przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej nie może spowodować „zgonu pacjentki”, nawet jeżeli byłby nieleczony może powodować rozprzestrzenienie się na sąsiednie przestrzenie anatomiczne przygardłową, podżuchwową lub podskroniową. W tym miejscu, należy także dodać iż nawet dalszy brak leczenia powoduje zajęcie tych kolejnych przestrzeni nadal jednak nie może doprowadzić do „zgonu pacjentki”. Należy podkreślić, iż opinie lekarskie biegłego wystawiane są w oparciu o wiedzę i doświadczenie osobiste lekarza. Zakres, przedział procentowy poszczególnych uszczerbków na zdrowiu umożliwi biegłemu orzeczenie stopnia uszkodzenia narządów czy organów zgodnie z doświadczeniem zawodowym oraz danych zawartych w piśmiennictwie medycznym.

W skierowaniu wystawionym przez dr n. med. A. P. (2) specjalistę chirurgii szczękowej (pieczętka niewyraźna) datowanym na dzień 2012-03-11 napisano. „Proszę przyjąć p. M. B. 1 38. Rozp. Ropień podskroniowy - podejrzenie” .

Rozpoznanie napisane przez lekarza kierującego świadczy o tym, iż pacjentkę przyjęto z powodu podejrzenia dalszych problemów (rozprzestrzeniania się) związanych z niedawno przeżytym stanem zapalnym, a nie z powodu artropatii s.s.ż.

Wykonane badania co nie potwierdziło zmian. W opisie z dn. 2012-03-13 stwierdzono. „Brak cech obecności masy patologicznej lub nacieku zapalnego w okolicy obu stawów skroniowo-żuchwowych. Powierzchnie stawowe obu stawów typowo ukształtowane, symetryczne, szpary stawowe typowej szerokości. Brak cech destrukcji kostnych”. W karcie leczenia szpitalnego widnieje także zapis; „bez uchwytnych zmian zaburzeń czynnościowych” i dalej, „pacjentkę wypisano do domu bez skarg w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. Powódka podczas 4 dniowej hospitalizacji była leczona jedynie farmakologicznie - (...) i (p. bólowo) oraz A. (przeciwbakteryjnie). co poddaje wątpliwość w rzeczywiste dolegliwości.

Podczas pobytu w Klinice (...) zastosowano leczenie niespecyficzne dla chorób s.s.ż, a raczej zastosowano wczesną profilaktykę ewentualnych nawrotów stanów zapalnych. Ponadto w rzeczywistej artropatii s.s.ż. nie da się w ten sposób po tak krótkim czasie uzyskać poprawy co poddaje w wątpliwości w rzeczywiste dolegliwości.

Ponadto we wspomnianej klinice (...)miesiło się centrum leczenia stawów w którym to byli konsultowani i leczeni pacjenci z całej Polski, pomimo tak znacznej grupy chorych biegły nie spotkał się z takim przypadkiem jak u p. M. B.. Biegły-również nie przypomina sobie takiego przypadku opisanego w żadnym ze studiowanych czasopismach medycznych.

A. s.s.ż mogą mieć różne podłoże: protetyczne, ortodontyczne, wady postawy ciała, zaciskanie mięśni żwaczowych, liczne braki zębowe, rozchwiane i przemieszczone zęby, nieprawidłowo wykonane lub przestarzałe protezy, starcie zębów spowodowane zgrzytaniem zębów - bruksizm itp.

Należy podkreślić, iż lekarz J. K. - lekarz medycyny rodzinnej stwierdził, iż przed 14.02.2012 r. pacjentka nie miała dolegliwości bólowych, ani żadnego urazu głowy, natomiast dr n. med. - stomatolog Ł. P. (bez specjalizacji), stwierdza, trzask w prawym s.s.ż przy ruchu bocznym w stronę lewą oraz bolesność okolicznych mięśni, podaje, że każdorazowa próba zaprzestania użytkowania szyny stabilizującej powoduje zwiększenie dolegliwości bólowych i dalej każda z przyczyn tego stanu podawana przez pacjentkę mogły doprowadzić do zaburzeń czynnościowych narządu żucia.

Oczywiście zostało to podane na podstawie tego co stwierdziła pacjentka, zarówno dolegliwości bólowe głowy, dolegliwości bólowe przyczepów mięśni stwierdza się na podstawie wywiadu podmiotowego, czyli uzyskanego od pacjentki. Są one oparte na subiektywnych odczuciach pacjentki, biegły opiera się na dowodach obiektywnych: własnym badaniu, wyniku badania ct wykonanego w dniu 2012-03-13 oraz stwierdzeniu zapisanym w karcie przez niezależnego lekarza z Oddziału (...), „bez uchwytnych zmian zaburzeń czynnościowych” i dalej, „pacjentkę wypisano do domu bez skarg w stanie ogólnym i miejscowym dobrym”.

Powstanie ropnia było spowodowane albo zropieniem krwiaka powstałego w wyniku znieczulenia, albo bezpośrednim wprowadzeniem zakażenia do tej okolicy. Na żadne z nich lek. stom. P. K. nie miał wpływu, jak i oczywiście samo podanie znieczulenia nie jest błędnym działaniem, nie zastosowanie antybiotyku we wczesnej fazie powstania obrzmienia i szczękościsku można uznać za zaniechanie, ale taka sytuacja nie zachodzi w przedmiotowej sprawie bowiem podkreślić należy, że w dniu 9 lutego 2012 roku lekarz wdrożył leczenie antybiotykowe co było właściwe przy tym leczeniu.

Dokumentacja medyczna i praktyka medyczna biegłego potwierdziła, iż bezpośrednią przyczyną było powikłanie wykonanego znieczulenia. Innymi przyczynami może być rozszerzenie procesów ropnych z innymi przestrzeniami - jednak tego nie stwierdzono (ropień dotyczył tylko omawianej przestrzeni anatomicznej), wyrzynający się dolny żąb mądrości (którego pacjentka nie posiada) lub stan zapalny szerzący się ze ślinianki (co także nie wystąpiło).

Objawy (szczękościsk i obrzmienie) i ich przyczyna jest na tyle niecharakterystyczna, iż mogło to sugerować rozwijający się zębopochodny stan zapalny. Tym bardziej iż przyczyna taka jest znacznie powszechniejsza i bardziej prawdopodobna, dlatego w tym stanie należało prowadzić dalsze leczenie zachowawcze.

Podanie antybiotyku było jak najbardziej prawidłowe, wręcz konieczne, jednak powinno się to już wykonać w dniu stwierdzenia bólu szczękościsku i obrzmienia czyli zgodnie z informacją zawartą na 5 stronie akt w dniu 02.02. 2012.

Leczenie chirurgiczne ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej wykonuje się także z nacięcia zewnętrznego w okolicy w której zlokalizowana jest blizna. Oczywiście jej powstanie i rozmiar jest uzależnione od osobniczych predyspozycji pacjenta do tworzenia bliznowców.

Lekarze specjaliści z zakresu laryngologii również zajmują się leczeniem ropni tej okolicy, dlatego takie skierowanie pacjenta było prawidłowe, szczególnie, iż mogło pomóc w szybszym skontaktowaniu się ze specjalistą. Formalne napisanie skierowania w ramach prywatnej praktyki nie-jest potrzebne, szczególnie, jeśli lekarze mogą skontaktować się telefonicznie. System taki jest dopuszczalny i powszechnie praktykowany w zakresie prywatnej służby zdrowia i przyspiesza kontakt z kolejnym lekarzem, bez zbędnych oczekiwań co byłoby istotne w omawianym przypadku.

Rozpoznanie ropnia przestrzeni skrzydłowo-żuchwowej jest stosunkowo trudne, co potwierdza załączona dokumentacja medyczna opisana przez kilku lekarzy. Każde badanie zlecone przez lekarza ma istotne znaczenie, nawet jeśli w jego wyniku brak jest stwierdzonych patologii, jest to cenna informacja mogąca skierować lekarza na inny, właściwy „trop”. Wiadomym jest, iż pacjent, który nie jest medykiem, nie ma wiedzy wystarczającej, aby odtworzyć treść opisu badania na które zostać skierowany, natomiast lekarz nie ma prawa uwierzyć tylko w ustny przekaz pacjenta, dlatego nie pokazując go lekarzowi prowadzącemu popełnia błąd.

Nie zgłoszenie się M. B. do lekarza laryngologa było błędem, bowiem leczenie powstałej jednostki chorobowej było w zakresie tej specjalizacji i mogło przyspieszyć postawienie ostatecznego rozpoznania i doprowadzić do wcześniejszego wdrożenia leczenia. Stąd też biegły potwierdził, iż to zalecenie podane pacjentowi przez lekarza prowadzącego było jak najbardziej zasadne i źle się stało, że pacjentka go nie wykonała.

Zgodnie z ogólnymi regułami rozkładu ciężaru dowodu, ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne (art. 6 k.c.). W związku z tym to pacjent, a nie lekarz czy zakład opieki zdrowotnej, obowiązany jest do udowodnienia wszystkich przesłanek odpowiedzialności deliktowej (zdarzenia, z którym ustawa wiąże odpowiedzialność, szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego między zdarzeniem a szkodą).

Sąd nie zaprzecza, że powódka doznała wszystkich powyżej wskazanych dolegliwości, że z uwagi na bliźnę doznała 3% uszczerbku na zdrowiu, że musiała przebywać w Szpitalu, że nie mogła prowadzić działalności gospodarczej, że poniosła wydatki związane z leczeniem, ale w konsekwencji, na podstawie całokształtu materiału dowodowego leczenia powódki nie można stwierdzić, że podczas leczenia w gabinecie lekarza P. K. doszło do popełnienia błędu medycznego lub nie dołożono należytej staranności w leczeniu. Lekarz P. K. nie ponosi absolutnej odpowiedzialności za wszystkie powikłania występujące przy leczeniu. Jednym z warunków odpowiedzialności jest wina, która musi być wykazana. Sam fakt, że przy leczeniu stomatologicznym powódki doszło do powikłania nie przesądza automatycznie o winie lekarza, a zatem o odpowiedzialności pozwanego. Pozwany nie ponosiłby też z tego powodu odpowiedzialności za braki finansowe w sferze prowadzonej przez powódkę działalności gospodarczej, które w świetle opinii biegłego z zakresu Finansów i Rachunkowości - (...) też nie nastąpiły.

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się w głównej mierze na dokumentacji medycznej dotyczącej procesu leczenia powódki, a w szczególności na opiniach biegłych lekarzy, które w sposób rzetelny, fachowy i logiczny przedstawiają stanowisko w sprawie. W oparciu zatem o analizę tych dokumentów, uznać należało, że leczenie stomatologiczne przeprowadzone przez lekarza stomatologii P. K. (1) zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Biegły dr.n med. K. K. (1) w sposób jednoznaczny potwierdził prawidłowość leczenia przez lekarza stomatologii P. K. (1) według zasad sztuki lekarskiej. W sposób merytoryczny uzasadnił też treść swoich opinii. Kwestionując opinie sądowe powódka nie wskazuje dlaczego przedstawione stanowisko jest niezgodne ze stanem faktycznym, Sąd doszedł więc do przekonania, że brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że doszło do zaniedbania albo popełnienia błędu przez lekarza. W związku z tym nie można przyjąć, że działanie lekarza było w jakikolwiek sposób zawinione i dlatego żądanie zasądzenia zadośćuczynienia i odszkodowania podlegało oddaleniu.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. i zasądził od powódki na rzecz pozwanego (...) S.A. w W. kwotę 2 417,00 zł. tytułem zwrotu kosztów procesu i nie obciążył powódki kosztami opinii biegłych i opłatą od pozwu mając na uwadze sam charakter sprawy, jej stan zdrowia i trudną sytuację majątkową - od uiszczenia których powódka była zwolniona.

Apelację od powyższego wyroku wniósł pełnomocnik powódki zaskarżając go w całości. Apelacja zaskarżonemu wyrokowi zarzuca:

1. Obrazę art. 233 § 1 kpc poprzez dokonanie niewszechstronnego rozważania zebranego materiału dowodowego oraz wyciągnięcie wniosków z niego nie wynikających, a także dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny, sprzeczny z zasadami logiki i doświadczenia życiowego i w konsekwencji błędne ustalenie stanu faktycznego poprzez:

- uznanie, że ubezpieczony w pozwanej (...) S.A. lek. dent. P. K. (1) nie popełnił błędu medycznego i dołożył należytej staranności w leczeniu powódki, podczas gdy biegły sądowy K. K. (2) stwierdził w opinii niezachowanie należytej staranności wymaganej od lekarza poprzez nieskierowanie powódki do kliniki specjalistycznej w sytuacji niemożności postawienia prawidłowej diagnozy oraz zbyt późne a przez to nieskuteczne podanie powódce antybiotyku;

- uznanie, że podanie powódce jako pacjentce przez doktora K. wizytówki z danymi jego znajomego lekarza laryngologa celem odbycia prywatnej wizyty lekarskiej zamiast wypisania skierowania do szpitala lub przynajmniej skierowania do lekarza laryngologa, było działaniem prawidłowym;

- uznanie, że przed operacją powódki nie wystąpiło u niej zagrożenie zdrowia i życia z powodu ropnia, podczas gdy biegły sądowy K. K. (2) w uzupełniającej opinii ustnej potwierdził że takie zagrożenie istniało;

- błędne i dowolne ustalenie rozmiaru bólu fizycznego powódki związanego z powstaniem i rozwojem ropnia na jedynie 5/6 w 10-stopniowej skali bólu, podczas gdy takiemu ustaleniu przeczyła treść uzupełniającej opinii ustnej biegłego sądowego K. K. (2) i zeznania powódki;

- dowolne ustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu powódki w związku z pozostałą po operacyjnym nacięciu ropnia blizną (z uwagi na to, że biegły M. Ś. poda! wielkość 5%. zaś biegły K. K. (2) 3%, zaś Sąd nie rozstrzygając w żaden sposób tej rozbieżności i nie uzasadniając swojego stanowiska ustalił ten stopień na 3% - be/, jakiegokolwiek uzasadnienia);

- błędne i niewynikające z materiału dowodowego uznanie, że powódka nie utraciła zarobków w związku ze zdarzeniem, podczas gdy biegły sądowy z zakresu rachunkowości wyliczył, że utracenie zarobków miało miejsce (zarówno w wariancie, iż działalność powódki miała charakter sezonowy jak twierdziła powódka, jak i w wariancie braku sezonowości).

2. Naruszenie art. 355 § 1 i 2 kc poprzez nieuwzględnienie przy ocenie winy ubezpieczonego miernika staranności dla działalności lekarskiej ubezpieczonego w związku z którą wystąpiła szkoda - tzw. „wzorca dobrego lekarza”, od którego odstępstwo stanowi winę lekarza.

3. Naruszenie art. 231 kpc poprzez jego niezastosowanie przez niezastosowanie domniemania winy lekarza w sytuacji, gdy wniosek o istnieniu tej winy można było wyprowadzić z ustalonych w procesie faktów (w szczególności braku skierowania powódki do szpitala i podaniu antybiotyku dopiero 9 dni po wkluciu), a przyjęcie takiego domniemania w procesach związanych z błędem medycznym jest w orzecznictwie przyjęte.

4. Naruszenie art. 471 kc poprzez jego niezastosowanie w sytuacji, gdy odpowiedzialność lekarza oparta była nie tylko o art. 415 kc, a również o art. 471 kc, gdyż między powódką a ubezpieczonym istniał stosunek zobowiązaniowy i doszło do nienależytego wykonania zobowiązania do udzielenia pomocy medycznej przez ubezpieczonego, i oddalenie powództwa z powodu nie wykazania winy, która nie jest przesłanką odpowiedzialności kontraktowej z art. 471 kc.

5. Naruszenie art. 328 § 2 kpc poprzez nieodniesienie się w treści uzasadnienia w żaden sposób do części dowodów zgromadzonych w sprawie, m.in.:

- dowodu z opinii biegłego sądowego K. K. (2) w zakresie w jakim uznał on za nienależyte wykonanie obowiązków lekarza nieskierowanie powódki do szpitala.

- dowodu z opinii biegłego sądowego M. Ś. w zakresie stopnia uszczerbku na zdrowiu powódki, zagrożenia życia i zdrowia, stopnia bólu w związku ze zdarzeniem,

- dowodów z zeznań świadków P. C., A. L. i J. K. w zakresie stanu powódki uzasadniającego skierowanie jej do leczenia szpitalnego, czego zaniechał ubezpieczony P. K. (1).

Biorąc pod uwagę powyższe apelujący wnosili o zmianę w całości zaskarżonego wyroku i uwzględnienie apelacji powoda wraz z zasądzeniem kosztów postępowania z uwzględnieniem spisu kosztów złożonego w sprawie, a także kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych; względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Rejonowemu z zasądzeniem kosztów postępowania za obie instancje.

W odpowiedzi na apelację pełnomocnik pozwanego wnosili o jej oddalenie o zasądzenie kosztów procesu za drugą instancję.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest uzasadniona w znacznej części, albowiem trafnie zarzuca, iż Sąd Rejonowy z uchybieniem przepisom art. 233 § 1, art. 231 i art. 328 § 2 kpc nie dokonał wszechstronnej oceny zgromadzonych w sprawie dowodów, co doprowadziło do nieprawidłowych ustaleń wskazujących na brak błędu w sztuce lekarskiej i należytą staranność lekarza stomatologa P. K. (1) – za którego odpowiedzialność ponosić ma pozwany zakład ubezpieczeń na podstawie zawartej z nim umowy o odpowiedzialności cywilnej - w leczeniu powódki i w konsekwencji tego do wydania zaskarżonego wyroku oddalającego powództwo w całości z obrazą prawa materialnego, tj. przepisów art. 415 i art. 355 § 1 i § 2 kc.

Aczkolwiek nie można do końca podzielić słuszności przywołanego w skardze apelacyjnej zarzutu naruszenia art. 233 § 1 kpc przez dokonanie nieprawidłowej oceny materiału dowodowego, bo lektura tegoż materiału aktowego prowadzi do wniosku, iż Sąd Rejonowy dokonał trafnych i wystarczających dla rozstrzygnięcia sprawy ustaleń faktycznych odnoszących się przede wszystkim do przebiegu leczenia powódki w gabinecie dentystycznym lekarza P. K. (1) i w kolejnych placówkach medycznych, to jednak nie sposób nie dostrzec, że z ustaleń tych wyprowadził nieprawidłowe bądź sprzeczne ze sobą wnioski końcowe składające się na ocenę prawną żądania pozwu co do jego zasady, czym doprowadził do obrazu wskazanego w apelacji prawa materialnego.

Sąd Okręgowy podziela stanowisko apelującej, iż w sprawie istniały podstawy do uznania, że zasada odpowiedzialności pozwanego – odpowiadającego w granicach odpowiedzialności cywilnej lekarza P. K. (1) – została wykazana przez powódkę i powództwo powinno być uwzględnione, choć nie w takim rozmiarze jak żądanie pozwu. Słuszne jest bowiem w świetle całokształtu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego powództwo w części dotyczącej żądania zasądzenia zadośćuczynienia na podstawie art. 415 i art. 445 § 1 kc oraz zwrotu kosztów leczenia na podstawie art. 415 i art. 444 § 1 kc. Nie została natomiast udowodniona przez powódkę szkoda majątkowa, która podlegałaby rekompensacie na podstawie przepisów art. 415 i 361 kc.

Poza sporem w sprawie jest, że do powikłań u powódki doszło na skutek dokonanego – podczas leczenia zęba – w gabinecie lekarza (...) znieczulenia, w wyniku którego doszło do powstania krwiaka i następnie jego zropienia, co wywołało u powódki ból i szczykościsk oraz dalsze opisane przez biegłych powikłania, które już niekoniecznie musiały pozostawać w normalnym związku przyczynowym z niewątpliwie powstałym w wyniku iniekcji ropniem.

Znieczulenia, o którym mowa powyżej, lekarz P. K. (1) dokonał niewątpliwie w dniu 1 lutego 2012 r i – jak wynika z opinii obu biegłych lekarzy sądowych, tj. M. Ś. i K. K. (2) – sam fakt wykonania takiego znieczulenia nie rodzi sam przez się odpowiedzialności lekarza wobec powódki za następstwa tegoż znieczulenia. Zgodzić należy się ze stanowiskiem Sądu I instancji opartym na wynikających z obu opinii biegłych ogólnych wnioskach, że odpowiedzialność lekarza zachodziłaby wtedy gdyby dopuścił się tzw. błędu w sztuce lekarskiej, nie dochował należytej staranności w leczeniu powódki, a więc gdyby zachował się niezgodnie z obowiązującym wzorcem postępowania lekarza w tej konkretnej sytuacji. O zaniedbaniach lekarza rodzących jego odpowiedzialność mówi: gdy nie uprzedzi pacjenta o ewentualnych ubocznych skutkach zabiegu, nie kieruje pacjenta w odpowiednim czasie do specjalistycznej placówki medycznej w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych ubocznych skutków leczenia wymagających takiej specjalistycznej interwencji, czy też – co ma szczególne znaczenie w sprawie niniejszej – nie podaje pacjentowi w odpowiednim czasie antybiotyku.

Trafnie podnosi apelująca, że lekarz P. K. (1) nie wypisał w odpowiednim czasie powódce skierowania do specjalisty a jedynie dopiero 14 lutego 2012 r dał jej wizytówkę znajomego laryngologa polecając jej udać się do niego na prywatną wizytę. Pomimo uznania przez obu biegłych sądowych takiej praktyki za dopuszczalną i przyjętą zwyczajowo, zgodzić należy się ze stanowiskiem apelacji, że w sytuacji gdy powódka korzystała z prywatnego odpłatnego leczenia stomatologicznego należy od lekarza stomatologa wymagać podwyższonej staranności, która - w sytuacji wystąpienia przedmiotowych powikłań – nakazywała wydanie stosownego skierowania do odpowiedniej placówki medycznej specjalizującej się w leczeniu tego rodzaju powikłań. Już takie postępowanie lekarza uzasadnia przypisanie mu braku należytej staranności w wykonaniu usługi medycznej na rzecz powódki.

Nie to jest jednak w sprawie najważniejsze. Najistotniejsze bowiem jest jednak to, że obaj biegli nie upatrują zaniedbania u lekarza P. K. (1) uznając, że podjął prawidłowe leczenie w ramach którego podany został też antybiotyk, który w tym wypadku był konieczny. Z opinii biegłego K. K. (2) jednoznacznie wynika, że w tym przedmiotowym wypadku antybiotyk powinien być podany następnego dnia po iniekcji znieczulającej, która miała miejsce 1 lutego 2012 r, a więc antybiotyk powinien być podany 2 lutego 2012 r.

Nie ulega wątpliwości natomiast, że antybiotyk podano powódce dopiero 9 lutego 2012 r.

Z opinii biegłego K. K. (2) wynika także, że lekarz nie popełnia błędu jeśli pacjent nie zgłasza mu bólu lub szczękociscu. Z kolei sytuacji gdy pacjent takie dolegliwości zgłosi podanie antybiotyku powinno nastąpić natychmiast.

Jak wynika z zeznań powódki, co do której nie ma powodów by nie dać jej wiary, już następnego dnia, tj. 2 lutego 2012 r, powódka była w gabinecie lekarza P. K. (1) i zgłosiła mu dolegliwości w postaci z bólu i szczękociscu ale ten przyjął ją na korytarzu i nie stwierdzając nic nieprawidłowego nie zalecił antybiotyku. Podanie antybiotyku nastąpiło dopiero 9 lutego 2012 r pomimo kilkakrotnego wcześniejszego zgłaszania dolegliwości przez powódkę.

Także uzupełniająca opinia biegłego sądowego lekarza K. K. (2) z dnia 26 grudnia 2014 r, oparta m. in. na analizie karty leczenia stomatologa A. L. a szczególnie wpisu w tej karcie z dnia 9 lutego 2012 r, wskazuje, że objawy szczękociscu były sygnalizowane wcześniej niż 9 lutego 2012 r i jest to zgodne z naturalnym zachowaniem organizmu, w którym stan zapalny tworzy się zawsze w pierwszych 2 – 3 dniach od jego zainicjowania (w tym przypadku znieczulenia), a nie dopiero w 8-ej dobie.

W kontekście powyższej opinii za wiarygodne uznać należy zeznania powódki, że zgasiła dolegliwości, o których tu mowa, lekarzowi P. K. (1) już następnego dnia po znieczuleniu, tj. dnia 2 lutego 2012 r, i wtedy powinien być już podany antybiotyk, co jednak nie nastąpiło. Jak wynika z kolei z opinii tegoż biegłego na karcie 344-347 odwr. akt sprawy, jeżeli lekarz nie podaje antybiotyku natychmiast po zgłoszeniu dolegliwości przez pacjenta nie dochowuje należytej staranności w leczeniu pacjenta, co oznacza, że Sąd winien ustalić winę i odpowiedzialność lekarza w świetle przepisu art. 415 kc.

Powyższe okoliczności dostrzega wprawdzie Sąd Rejonowy, jednakże dochodzi do wewnętrznie sprzecznej konstatacji, że „podanie antybiotyku było jak najbardziej prawidłowe, wręcz konieczne, jednak powinno się to już wykonać w dniu stwierdzenia bólu, szczękociscu i obrzmienia, czyli zgodnie z informacją zawartą na 5 stronie akt w dniu 2 lutego 2012 r, ”a ostatecznie pomimo tego stwierdza, że powódka zgodnie z art. 6 kc nie udowodniła winy lekarza P. K. (1), którego leczenie uznaje za prawidłowe i zgodne z zasadami sztuki lekarskiej.

Abstrahując już od słusznych wywodów apelacji wskazujących, iż ocena materiału w sprawach tego rodzaju jak niniejsza powinna odbywać się zgodnie ze tezami zawartymi w powołanym w apelacji orzecznictwie Sądu Najwyższego i Sądów Apelacyjnych, tj. przy uznaniu za wystarczający wysokiego stopnia prawdopodobieństwa powstania szkody bez konieczności przeprowadzania przez poszkodowanego tzw. dowodu bez reszty, stwierdzić należy, że powódka wykazała – co powyżej zostało podniesione – słuszność powództwa co do zasady tak w zakresie zadośćuczynienia jak i kosztów leczenia.

Przechodząc do oceny wysokości żadanego przez powódkę zadośćuczynienia wskazać należy, iż doznane przez nią cierpienia fizyczne i psychiczne, czasokres odczuwania bólu i trudności w spożywaniu pokarmów a także prawidłowo – wbrew odmiennemu stanowisku apelacji – ustalony w oparciu o opinię biegłego K. K. (2) uszczerbek na zdrowiu wynoszący 3 %, uzasadniają – w ocenie Sądu Okręgowego - wskazaną w pozwie i apelacji kwotę 10.000 zł jest w pełni odpowiadającą należnemu powódce zadośćuczynieniu w rozumieniu przepisu art. 445 § 1 kc.

Za w pełni uzasadnione w świetle przepisu art.444 § 1 kc Sąd II instancji uznał też żądanie zapłaty kwoty 1.087 zł tytułem kosztów leczenia powódki, która to kwota znajduje pełne oparcie w rachunkach znajdujących się na kartach 23-25, 27-29, 137-142, 153-156 i 156-166 akt sprawy.

Dlatego też, mając na względzie wszystkie powyższe rozważania, wskazujące na zasadność apelacji w tej omawianej części, należało na podstawie art. 386 § 1 kpc zmienić zaskarżone orzeczenie i orzec jak w sentencji wyroku, przy czym w konsekwencji rozstrzygnięcia co do istoty sprawy orzeczono o kosztach procesu za I instancję na zasadzie art. 100 kpc przez wzajemne ich zniesienie między stronami i obciążenie pozwanego zwrotem wydatków na rzecz Skarbu Państwa w części w jakiej przegrał on proces.

Apelacja w pozostałej części, tj. w zakresie, w jakim skarży oddalenie żądania zasądzenia odszkodowania w kwocie 16.983 zł z tytułu utraconych przez powódkę korzyści z działalności gospodarczej podczas zwolnienia lekarskiego, nie jest słuszna.

Prawidłowo bowiem w tym zakresie Sąd – w oparciu o opinię biegłego ds. rachunkowości – ustalił, że powódka nie udowodniła, że poniosła szkodę majątkową w postaci utraconych dochodów. Wyliczenia w tym zakresie biegły przedstawił w dwóch wariantach: przy założeniu, że dochody powódki uzależnione były od sezonów oraz przy założeniu, że sezonowość nie miała wpływu na jej dochodowość.

Wprawdzie powódka przesłuchana w trybie art. 299 kpc zeznała, że sezonowość ma wpływ na jej dochody, to jednak w sytuacji, gdy – co trafnie zauważa Sąd Rejonowy – w wyjaśnieniach informacyjnych wskazywała, że sezonowość pozostaje bez wpływu na uzyskiwane przez nią dochody, nie można dać wiary jej późniejszym twierdzeniom podczas przesłuchania w charakterze strony.

Zgodnie zaś z opinią biegłego przy wariancie, że sezonowość nie ma wpływu na dochody powódki, trafnie Sąd ustalił, że powódka nie poniosła z tego tytułu żadnej szkody, gdyż utracony dochód był niższy niż zasiłek chorobowy, jaki otrzymała z ZUS-u.

Dlatego też, apelacja w tej części podlegała oddaleniu jako nieuzasadniona na podstawie art. 385 kpc.

O kosztach procesu między stronami za instancję odwoławczą orzeczono na zasadzie art. 100 kpc, mając na względzie wynik postępowania oraz charakter dochodzonych roszczeń.

SSA w SO Grzegorz Ślęzak

SSO Jarosław Gołębiowski SSA w SO Arkadiusz Lisiecki