

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lipca 2016 r.

Sąd Rejonowy we Włocławku Wydział I Cywilny

Przewodniczący : SSR Tatiana Czajkowska

Protokolant : sekr. sądowy Katarzyna Czerwińska

po rozpoznaniu w dniu 30 czerwca 2016 r.

sprawy z powództwa : O. L.

przeciwko : (...) S.A. w W.

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda O. L. kwotę 40.000 zł (czterdzieści tysięcy złotych) wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 3 czerwca 2011 roku do dnia zapłaty;
2. w pozostałym zakresie powództwo oddala;
3. zasądza od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz powoda O. L. kwotę 1.933,60 zł (jeden tysiąc dziewięćset trzydzieści trzy złote sześćdziesiąt groszy) tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. nakazuje pobrać od pozwanego (...) S.A. w W. na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Rejonowego we Włocławku kwotę 2.000 zł (dwa tysiące złotych) tytułem części opłaty od pozwu od uiszczenia której zwolniony był powód;
5. nakazuje pobrać z zasądownego w pkt 1 wyroku na rzecz powoda O. L. roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego we Włocławku kwotę 500 zł (pięćset złotych) tytułem części opłaty od pozwu od uiszczenia której zwolniony był powód.

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 30 sierpnia 2012r. powódka O. L. wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. z s. w W. kwoty 50.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 3 czerwca 2011r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

W uzasadnieniu podniosła, że w dniu 21 października 2008r. doznała skręcenia kolana lewego oraz uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej, w wyniku czego powstała u niej przewlekła niestabilność przednio – przyśrodkowa kolana lewego. Od dnia 2 grudnia 2008r. prowadzący ją lekarz zalecił jej stosowanie ortezy. Od dnia 16 do 19 lutego 2009r. powódka przebywała na Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej Szpitala Wojewódzkiego we W., gdzie rozpoznano u niej niestabilność przednią lewego stawu kolanowego (przewlekłą) oraz pęknięcie rogu tylnego łąkotki bocznej lewego stawu kolanowego. W dniu 17 lutego 2009r. zastosowano u powódki leczenie operacyjne polegające na artroskopii diagnostyczno – leczniczej stawu kolanowego. Następnie skierowano ją do (...), zapisano leki, zalecono opatrunki, noszenie ortezy i stosowanie kuli łokciowej. W okresie od dnia 18 do 25 maja 2009r. powódka ponownie przebywała w w/w Szpitalu z rozpoznaniem przewlekłej niestabilności przednio - przyśrodkowej stawu kolanowego lewego po zerwaniu więzadła krzyżowego przedniego i ten sam lekarz w dniu 20 maja 2009r. przeprowadził rekonstrukcję więzadła krzyżowego przedniego poprzez pobranie ścięgien mięśnia półścięgnistego i smukłego do przeszczepu i ich wprowadzenie do kanału piszczelowego pod kątem 55 %, następnie zespolił go z kością przy pomocy śrub interferencyjnych biowchłaniających typu I.. Ponownie zalecono powódce noszenie ortezy,

kontynuację ćwiczeń wyuczonych w Oddziale, kontrolę w Poradni, farmakoterapię, rehabilitację zabiegami laserem i krio. Zarówno zabieg operacyjny (artroskopia), leczenie pooperacyjne jak i rehabilitacja nie doprowadziły do usprawnienia kończyny, kolano „wyskakiwało”, wzmógł się ból w obrębie podudzia i kolana, pojawiło się zapalenie kaletki, zaniki mięśniowe czworogłowego mięśnia uda lewego. Wówczas ten sam lekarz wpisał w rozpoznaniu: „chondropatię kolana” i postanowił ją leczyć poprzez artroskopię w Centrum (...) Sp. z o.o. Szpitala (...) we W.. Do zaplanowanego zabiegu doszło w w/w szpitalu w dniu 12 maja 2010r., gdzie w/w lekarz wykonał debridement, shaving, usunięcia fragmentów śruby interferencyjnej z kanału udowego na skutek jej rozpadu. Mimo tego zabiegu stan kolana powódki nie poprawił się aż do dnia wniesienia pozwu.

W ocenie powódki jej szkoda powstała w dniu 20 maja 2009r. w momencie nieprawidłowo wykonanej operacji (...) rekonstrukcji (...) metodą ST, I. na Oddziale Szpitala Wojewódzkiego we W.. Źródłem komplikacji powstałych w leczeniu powódki mogła być nieprawidłowa lokalizacja kanału piszczelowego (kąt 55%), w wyniku której przebieg przeszczepu nie dał stabilności z uwagi na zbyt pionowy przebieg. Ponadto nie zastosowano wzmocnienia śrub biochłaniających dodatkowym szwem na mostku kostnym lub kotwicą tytanową. Na skutek działań Szpitala doszło do wtórnej niestabilności kolana oraz do rozpadu śruby interferencyjnej, której fragmenty należało usunąć. Rozpad śruby, a tym samym zerwanie przeszczepu musiał nastąpić już w 3 miesiące po operacji z dnia 20 maja 2009r., skoro w karcie pacjenta w Poradni Szpitala mowa jest o „uskakiwaniu” kolana. Właśnie ten fakt dowodzi zdaniem powódki błędem w sztuce przy wykonywaniu zabiegu operacyjnego w szpitalu w dniu 20 maja 2009r. Nie można jej zdaniem mówić o samoistnym rozpadzie śruby na skutek wadliwości materiału, z którego została zrobiona, skoro implanty (śruby) typu I. H. są produktami najwyższej jakości o bardzo dużej wytrzymałości, a swoją siłę tracą dopiero po zrośnięciu przeszczepu z kością, więc pomiędzy 18 a 36 miesiącem od zaimplantowania przez hydrolizę i wydalenie z organizmu. Śruba w nodze powódki nie zdążyła się zatem wchłonąć i spełnić swojej roli najprawdopodobniej na skutek nieprawidłowego jej umiejscowienia w kanale kości piszczelowej. Na skutek jej rozpadu powódka została narażona na dodatkowe cierpienia, bowiem po zabiegu od razu odczuwała dolegliwości bólowe i niestabilność kolana, aż do kolejnej operacji w dniu 12 maja 2010r. w Szpitalu (...), gdzie usunięto jej fragmenty śruby. Z logiki zdarzeń wynika, że zabieg w Szpitalu (...) był tylko usunięciem skutków nieudanej operacji w Szpitalu Wojewódzkim we W.. Rehabilitacja powódki także nie odniosła sukcesów, bowiem obecnie występuje u niej zanik mięśnia czworogłowego uda a bóle nie ustępują. Czekają ją co najmniej dwie kolejne operacje mające na celu prawidłowe zrośnięcie przeszczepu z tkanką kostną w lewym kolanie. Zamiast zatem jednej operacji i rehabilitacji trwającej do 2 lub 3 lat, powódka nie ma sprawnego i wygojonego do tej pory kolana. Będzie ono po raz kolejny otwierane i leczone operacyjnie ze wszystkimi tego konsekwencjami w postaci bólu, stresu, ran i blizn. Zadośćuczynienie, którego się domaga winno zatem objąć zarówno cierpienia fizyczne, jak i psychiczne związane z utratą możliwości normalnego funkcjonowania związanego z szybszym wyleczeniem tj. we właściwym czasie. Pozwanym zaś jest ubezpieczyciel Szpitala Wojewódzkiego we W., który nie zgodził się z argumentacją powódki uznając, iż nie ma związku przyczynowego między operacją powódki z dnia 20 maja 2009r., a stanem zdrowia powódki.

Postanowieniem z dnia 11 października 2012r. Sąd zwolnił powódkę od kosztów sądowych w całości.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu. W uzasadnieniu wskazał, że niesporne jest między stronami przeprowadzenie przez ubezpieczony u niego Szpital zabiegów u powódki, jednak w jego ocenie z dokumentacji medycznej nie wynika, aby personel szpitala popełnił jakikolwiek błąd lub nie dołożył należytej staranności podczas leczenia powódki. Świadczenia medyczne były udzielane powódce zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej. Po rekonstrukcji więzadła staw ponownie był stabilny, a jego ruchomość prawidłowa. Zaprzeczył jednocześnie, aby doszło do pęknięcia śruby interferencyjnej, gdyż Szpital używa śrub biochłaniających, które powinny ulec rozpadowi i wchłonięciu. Twierdzenie zatem, jakoby konieczność przeprowadzenia operacji w 2010r. była następstwem nieprawidłowego umiejscowienia śruby w kanale kości piszczelowej podczas operacji w 2009r. nie jest udowodnione. Pozwany oświadczył także, że wyklucza związek przyczynowo – skutkowy między zastosowanym u powódki leczeniem a aktualnym stanem zdrowia powódki. Zgłosił także zastrzeżenia do wysokości żądania pozwu.

Pismem przygotowawczym z dnia 5 lutego 2016r. powódka zmieniła żądanie pozwu przez wskazanie nowej podstawy faktycznej swojego roszczenia obok pierwotnej i wniosła o zasądzenie od pozwanego kwoty dochodzonej pozwem z tej przyczyny, że szkoda powódki została wywołana:

1. błędami terapeutycznymi polegającymi na:

- nieprawidłowym przeprowadzeniu zabiegu w dniu 20 maja 2009r.

- nieprawidłowym leczeniu powódki, w tym niepodjęciu leczenia istniejących u niej schorzeń oraz nieuzasadnionym z punktu widzenia wiedzy medycznej przeprowadzeniu zabiegu,

2. błędami diagnostycznymi polegającymi na:

- błędnym rozpoznaniu jednostki chorobowej zarówno podczas pierwszego (w okresie od 16 do 19 lutego 2009r.) jak i drugiego (w okresie od 18 do 25 maja 2009r.) pobytu powódki w Szpitalu, skutkującym nieprawidłowym leczeniem i znacznym wydłużeniem się okresu rekonwalescencji powódki.

W uzasadnieniu podniosła, iż ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, iż leczenie powódki było obarczone wieloma błędami medycznymi natury diagnostycznej i terapeutycznej, a zabieg z dnia 20 maja 2009r. prawdopodobnie był zbędny. Ponieważ powódka nie posiada wiedzy medycznej i dopiero z opinii biegłego dowiedziała się o innych błędach medycznych popełnionych w trakcie jej leczenia, skutkujących przedłużeniem się czasu jej leczenia i mających wpływ na rozmiar jej szkody, za uzasadnione uznała rozszerzenie podstawy faktycznej pozwu.

Do zakończenia postępowania strony pozostały przy swoich stanowiskach.

Sąd ustalił, co następuje

W dniu 30 grudnia 2008r. pomiędzy pozwanym (...) S.A. z s. w W. a Szpitalem Wojewódzkim we W. została zawarta umowa ubezpieczenia na okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2009r. Do umowy znajdują zastosowanie przepisy Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej. (bezsporne)

W październiku 2008r. powódka O. L. doznała skrętnego urazu kolana lewego. W dniu 24 października 2008r., po około dwóch tygodniach dolegliwości bólowych oraz opuchlizny kolana, powódka O. L. zgłosiła się do (...) Pogotowia (...), gdzie uzyskała skierowanie do (...) Szpitala Wojewódzkiego we W. z rozpoznaniem: „skręcenie kolana lewego, podejrzenie uszkodzenia łąkotki przyśrodkowej”, „zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadła kolana”.

(dowód: skierowanie – k. 19

zaświadczenie – k. 20

okoliczności bezsporne)

W dniu 28 października 2008r. powódka zgłosiła się do w/w poradni, gdzie lek. A. K. – specjalista ortopeda – traumatolog w wywiadzie ustalił, że w dniu 21 października 2008r. powódka doznała urazu skrętnego kolana lewego oraz, że utrzymuje się u niej ból kolana, uczucie „uciekania” kolana podczas chodzenia. W wyniku przeprowadzonego badania stwierdził: „niestabilność przednia lewego kolana, ruchomość prawidłowa”. W rozpoznaniu zaś wpisał: „S83, zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana, skręcenie lewego kolana z podejrzeniem uszkodzenia (...). Podczas wizyty w dniu 2 grudnia 2008r. lekarz zalecił powódce ortezę oraz wpisał, że oczekuje na badanie (...) (rezonans magnetyczny). W dniu 15 stycznia 2009r. wykonano badanie (...) i w badaniu **podejrzenie zerwania (...) nie potwierdziło się**. Badanie natomiast wykazało uszkodzenie rogu tylnego łąkotki przyśrodkowej. Podczas wizyty w Poradni w dniu 20 stycznia 2009r. w/w lekarz stwierdził, że nadal występuje u powódki niestabilność,

nosi stabilizator, oczekuje na wynik badania (...). W badaniu ponownie stwierdził niestabilność przednią stawu kolanowego lewego.

(dowód: zaświadczenie o wizycie – k. 21 – 23

opinia biegłego – k. 172)

W dniach 16 – 19 lutego 2009r. powódka przebywała na Oddziale (...) Urazowo – Ortopedycznej Szpitala Wojewódzkiego we W., gdzie rozpoznano u niej: „niestabilność przednią lewego stawu kolanowego, przewlekłą. Pęknięcie rogu tylnego łąkotki bocznej lewego stawu kolanowego”. W dniu 17 lutego 2009r. na Oddziale wykonano u powódki operację metodą artroskopową (...) artroskopię diagnostyczno – leczniczą stawu kolanowego. W dniu 19 lutego 2009r. wypisano ją z Oddziału i zalecono wizytę w Poradni w dniu 3 marca 2009r. Skierowano także powódkę do neurologa celem ustalenia, czy bóle nie mają związku ze złamaniem kręgosłupa szyjnego, którego doznała powódka w wieku 18 lat. Badanie powódki przeprowadził lekarz z T., który nie potwierdził, aby bóle kolana miały podłoże neurologiczne.

Powódka ponownie została przyjęta na w/w Oddział w dniu 18 maja 2009r., gdzie przebywała do dnia 25 maja 2009r. Podczas pobytu w dniu 20 maja 2009r. wykonano u powódki ponowny zabieg operacyjny, podczas którego dokonano rekonstrukcji (...) (więzadła krzyżowego przedniego) metodą ST. I. Zabieg ten polegał na pobraniu przeszczepu ścięgna z mięśni udowo – goleniowych tej samej kończyny pacjenta i przeszczepieniu ich do stawu kolanowego. Ścięgno po odpowiedniej obróbce umieszczane jest w stawie kolanowym i mocowane przy użyciu śrub interferencyjnych. Powódkę wypisano ze Szpitala z rozpoznaniem przewlekłej niestabilności przednio – przyśrodkowej stawu kolanowego lewego po zerwaniu (...), zalecono badanie RTG, noszenie ortezy, kontynuację ćwiczeń wyuczonych w Oddziale oraz kontrolę w (...) w dniu 1 czerwca 2009r. skierowano ją także na zabiegi rehabilitacyjne kolana lewego oraz ćwiczenia stymulujące mięsień czworogłowy uda. Po zabiegu powódka nosiła ortezę przez ok. 3 miesiące. W tym czasie miała ciągle poczucie dyskomfortu, uczucie „przeskakiwania” i niestabilności. Od środka kolana wyczuwała zgrubienie.

(dowód: rozpoznanie – k. 25, 26

karta operacji – k. 27

karta zabiegów – k 28 – 29

zeznania świadka A. K. – k. 89 – 90v

opinia biegłego – k. 172)

Konsekwencją zabiegu operacyjnego z dnia 20 maja 2009r., podczas którego dokonano rekonstrukcji więzadła, jest to, że powódka ma jedno zamiast dwóch ścięgien z tyłu kolana (jedno pobrano do przeszczepu), ma problemy ze zginaniem nogi. Ponieważ – mimo rehabilitacji – stan nogi się nie poprawiał, powódka mimowolnie zaczęła odczuwać tę nogę, co spowodowało bóle kręgosłupa i biodra. Ponadto pojawiły się zaniki mięśnia czworogłowego uda lewego oraz coś zaczęło jej „chrupać” w kolanie.

(dowód: zeznania powódki – k. 284 – 286

okoliczności bezsporne)

Ponieważ stan kolana powódki nie poprawiał się, nadal „uskakiwało” i bolało, było niestabilne, podczas wizyty w Poradni lek. A. K. zaproponował powódce kolejny zabieg – tym razem w innym szpitalu, gdzie kolejki były krótsze – polegający na usunięciu fragmentów śruby interferencyjnej a także debridement i shaving. W dniu 1 marca 2010r. w/w lekarz wystawił powódce skierowanie do szpitala (...) na Oddział Ortopedyczny z rozpoznaniem: „chondropatia kolana”. Powódka w Szpitalu (...) przebywała w dniach 12 – 13 maja 2010r. z rozpoznaniem: „stan po rekonstrukcji

(...) lewego stawu kolanowego”. Zastosowano u niej leczenie operacyjne – artroskopię leczniczą stawu kolanowego lewego (debridement, shaving, usunięcie fragmentów śruby interferencyjnej). Przy wypisie zalecono powódce chodzenie z odciążaniem operowanej kończyny przez 5 dni, leki, w tym ketonal, oraz kontrolę w Poradni w dniu 25 maja 2010r. po tym zabiegu powódce nadal towarzyszyły bóle, poczucie dyskomfortu, niestabilność, a ponadto pojawiły się obrzęki i wysięki.

(dowód: opinia biegłego – k. 172

skierowanie do szpitala – k. 37

karta informacyjna – k. 38)

Pismem z dnia 2 czerwca 2011r. pozwany odmówił powódce wypłaty świadczenia uznając, iż ubezpieczony u niego szpital nie ponosi odpowiedzialności za szkodę powódki. Wskazał, że dla przyjęcia jego i szpitala odpowiedzialności niezbędne jest wykazanie: szkody, zawinonego działania lub zaniechania personelu szpitala oraz łączący je związek przyczynowy.

(dowód: pismo – k. 47)

W maju 2012r. lekarz pracujący w W. wystawił powódce skierowanie do szpitala, w którym wpisał, iż ma ono na celu artroskopię i ocenę kolana. **Badając powódkę stwierdził, że są zbyt duże luzy w więzadle, chrupie jej coś w kolanie i jako pierwszy wykonał badanie porównawcze obu kolan.** Zabieg operacyjny miał miejsce w dniu 4 października 2012r. w W. w Centrum (...), gdzie wykonano u powódki artroskopię operacyjną lewego stawu kolanowego z częściowym usunięciem fragmentu uszkodzonej łąkotki przyśrodkowej, termoablacji włókien (...) i częściowej synoviectomii oraz płukania stawu. Rozpoznano u powódki uszkodzenie łąkotki przyśrodkowej typu rączki od wiadra, stan po rekonstrukcji (...), rozciągnięcie przeszczepu o zachowanej ciągłości.

(dowód: skierowanie – k. 46

zeznania powódki – k. 284 – 286)

Podczas całego leczenia i diagnostyki powódki w ubezpieczonym u pozwanego szpitalu nie rozpoznano u niej obustronnej choroby kolan w postaci chondromalacji rzepek. Jest to schorzenie dotyczące chrząstki stawowej, w czasie którego dochodzić może do obrzęku błony maziowej, czasem też wysięku i wytwarzania się tzw. fałdów błony maziowej, co przez pacjentów odczuwane jest jak ból w specyficznych sytuacjach. Najczęściej pacjenci odczuwają ból podczas dłuższego siedzenia ze zgiętym kolanem i podczas jego prostowania, przy schodzeniu po schodach oraz nagle uczucie niestabilności – uciekania podudzia., powstające, gdy „źle” stanie, często z odczuciem ostrego, punktowego bólu. Dzieje się tak dlatego, że wówczas dochodzi do zgniatania przez dwie powierzchnie stawowe (uda i piszczeli, uda i rzepki) fałdu błony maziowej będącego wynikiem obrzęku błony maziowej, który powstaje z powodu nadmiernego ścierania i złuszczenia się do płynu stawowego chorej chrząstki. Z reguły pacjenci zgłaszają się do lekarza po niewielkim skręceniu z twierdzeniem, że mają niestabilne kolano i wówczas **zawsze** obowiązuje **staranne badanie porównawcze w obrębie symetrycznego stawu lub całej kończyny, która nie uległa urazowi.** Tym samym zabieg w Szpitalu Wojewódzkim we W. był niepotrzebny, bowiem nie było wskazań do rekonstrukcji więzadła. Wynika to nie tylko z choroby podstawowej powódki (chondromalacja), ale i z faktu, iż będący podstawą zabiegu operacyjnego **wynik badania MR nie wskazywał na uszkodzenie ani zerwanie (...).** Także artroskopia z dnia 17 lutego 2009r. nie zawiera w swoim opisie uszkodzenia (...), a jest to badanie najlepsze i najdokładniejsze dla diagnostyki. Wynik tego badania potwierdził to, co można było ustalić badaniem ręcznym i w oparciu o wywiad tj. **niestabilność przewlekłą.** Nie jest to jednostka tożsama z uszkodzeniem (...). Gdyby w badaniu artroskopowym zostało stwierdzone uszkodzenie (...), w dokumentacji winien się znaleźć zapis o jego rodzaju tj. czy uszkodzenie jest całkowite, czy tylko naderwanie, rozciągnięcie, czy są kikuty rozerwanego (...), co ma duże znaczenia dla planowania dalszego leczenia. **Brak w badaniu artroskopowym, następnie w badaniu rezonansem magnetycznym oraz w badaniu przedmiotowym przed operacją z dnia 20 maja 2009r.**

objawu tzw. szuflady w opisie (wysuwanie się piszczele spod uda przy zgiętym kolanie) nie pozwala na wykonanie dużego zabiegu na kolanie, a także zwiększa ryzyko powikłań. Wprawdzie pacjent wyraża zgodę na zabieg przed jego wykonaniem, ale przy założeniu prawidłowej diagnostyki. ***Kolejne zabiegi wykonane u powódki były skutkiem powikłań po zabiegu z dnia 20 maja 2009r., a także skutkiem podstawowej choroby powódki jaką jest chondromalacja, która nie została rozpoznana. Choroba ta z pewnością winna być stwierdzona podczas badania artroskopowego.*** Zabieg przeprowadzony u powódki w W. w dniu 4 października 2012r. miał na celu leczenie choroby podstawowej powódki, a nie zniwelowanie skutków zabiegu z dnia 20 maja 2009r. Szkodą bezpośrednią, którą odniosła powódka na skutek zabiegu z dnia 20 maja 2009r. była szkoda związana ze śrubą biochłaniającą. ***Długi proces leczenia powódki był skutkiem braku prawidłowego rozpoznania jej właściwej choroby – chondromalacji,*** która obecnie na szczęście jest już leczona.

Skutkiem leczenia powódki we (...) szpitalu wojewódzkim jest brak ścięgien mięśnia półścięgnistego i smukłego ((...)) pobranych do zabiegu rekonstrukcji (...), co powoduje minimalne osłabienie funkcji kolana i związane jest z mniejszą wytrzymałością zrekonstruowanego, poddanego termoablacji (...). Odbudowa mięśnia czworogłowego uda jest możliwa przy intensywnych zabiegach rehabilitacyjnych z uwzględnieniem doboru odpowiednich technik ze względu na chorobę chrząstki rzepki.

Obecnie stan zdrowia powódki odpowiada zmianom chorobowym w przebiegu choroby chondromalacji rzepki i nie ma związków z pierwszym urazem. W obu kolanach powódki występuje rozmiękanie rzepki, z dodatnim testem kompresji rzepki w kolanie lewym o większym zaawansowaniu II/II stopnia, a w kolanie prawym II stopnia. Obustronna, identyczna wiotkość stawów objawiająca się nadmierną ruchomością rzepki oraz zaznaczonym objawem rozciągnięcia (...) i LCL (więzadła krzyżowego przedniego i pobocznego bocznego) w granicach normy. Występuje też ***niewielki zanik mięśnia czworogłowego uda lewego*** (1,5 – 2 cm), a objawy łątkowe obustronnie są ujemne. Kolana nie mają wysięków i obrzęków. Zakres ruchomości kolan jest prawidłowy. Powódka stosuje leki chondroprotektory – leczące na chrząstkę stawową.

(dowód: opinia biegłego- k. 172 – 173)

W czasie całego procesu leczenia tj. od października 2008r. do operacji wykonanej w W. w dniu 4 października 2012r. (a właściwie do czasu zakończenia rekonwalescencji po niej), powódka cały czas odczuwała dolegliwości bólowe, zwłaszcza podczas chodzenia po schodach, „uskakiwanie” kolana, niestabilność kolana, „chrupanie”, blokowanie kolana, nie zginała nogi lewej tak jak prawej, pojawiły się bóle kręgosłupa i biodra. Zdarzało się – tak jak przed pierwszym zabiegiem – że kolano „blokowało” jej się podczas chodzenia i musiała wówczas sobie pomóc, aby ruszyć z miejsca. Musiała wolniej chodzić, przez długi czas o kulach i w ortezie (do pół roku po każdej operacji). Musiała zatem zrezygnować ze spotkań towarzyskich, do których wróciła niedawno, wraz z poprawą stanu zdrowia. Zrezygnowała z gry w tenisa, piłkę nożną siatkówkę, i jazdy na rowerze, nadal nie uprawia tych dyscyplin sportu. Źle znosiła psychicznie swoje ograniczenia ruchowe, wycofanie się z życia towarzyskiego i uprawiania sportu oraz fakt, że lekarz prowadzący ją mówił jej, że wszystko jest w porządku, podczas gdy ona miała inne odczucia. Obecnie musi unikać zbytniego wysiłku, gdyż wówczas dolegliwości wracają. Nadal nie może chodzić po nierównym terenie, więc musiała przestać udzielać się w wolontariacie.

(dowód: zeznania świadka D. L. – k. 73 – 73v

zeznania powódki – k. 283 – 285)

Sąd zważył, co następuje

Stan faktyczny sprawy był całkowicie sporny tak przed, jak i po zmianie podstawy faktycznej powództwa.

Po zmianie - rozszerzeniu faktycznej podstawy powództwa przez powódkę, podstawowym, spornym zagadnieniem w sprawie niniejszej było wyjaśnienie, czy lekarze ubezpieczonego u pozwanego Szpitala postawili właściwą diagnozę i czy w konsekwencji prawidłowa była decyzja o przeprowadzeniu u powódki poważnego zabiegu operacyjnego oraz – jak to wynikało z pierwotnej podstawy faktycznej żądania pozwu – czy zabieg z dnia 20 maja 2009r. został przeprowadzony w sposób prawidłowy uwzględniający aktualną wówczas wiedzę medyczną.

Dla oceny odpowiedzialności szpitala ubezpieczonego u pozwanego (co było bezsporne między stronami) w niniejszej sprawie powódka musiała wykazać, iż zostały spełnione wszelkie przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej, tj. błąd w sztuce medycznej, uszkodzenie jej ciała lub rozstrój zdrowia, zawinione działanie lub zaniechanie lekarza oraz adekwatny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem (zaniechaniem) a jej szkodą.

Poszukując definicji błędu medycznego, w ocenie Sądu należy sięgnąć do przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r, poz. 159 z późn. zm.). W przepisie art. 67a ustawa ta definiuje pojęcie zdarzenia medycznego, za które uważa się zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: diagnozą, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby; leczeniem, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego; zastosowaniem produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Ustawa ta wprowadziła nie używa sformułowania „błąd medyczny”, jednakże treść tego przepisu w sposób jednoznaczny wskazuje, jakie zdarzenia muszą wystąpić, aby uznać, iż doszło do powstania zdarzenia medycznego, w ocenie Sądu tożsamego z pojęciem błędu medycznego.

Zdaniem Sądu powódka wykazała w niniejszym postępowaniu, iż miał miejsce błąd w sztuce medycznej w postaci błędu diagnostycznego, który spowodował dwie szkody: po pierwsze opóźnił właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju jej choroby oraz po drugie spowodował wykonanie u powódki niepotrzebnych zabiegów operacyjnych, których kolejnym skutkiem jest także pozbawienie powódki jednego ze ścięgien i częściowy zanik mięśnia czworogłowego uda. Nie wykazała natomiast, iż pracownik ubezpieczonego u pozwanego Szpitala w sposób nieprawidłowy, niezgodny z poziomem wiedzy medycznej wykonał u powódki w dniu 20 maja 2009r. zabieg medyczny.

Błąd diagnostyczny polega na niewłaściwym rozpoznaniu schorzenia u pacjenta. Niewłaściwe rozpoznanie polega m.in. na błędnym stwierdzeniu, że pacjent choruje, jednakże następnie stawiana jest błędna diagnoza. W chwili postawienia błędnej diagnozy stosowana jest nieodpowiednia terapia leczenia, a więc rzeczywista przyczyna nie jest leczona. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r. (IV CSK 64/13) słusznie zostało stwierdzone, że pojęcie „błąd w sztuce lekarskiej” odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W razie konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami, błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym, lub o zakresie takiego zabiegu.

Aby można było w sposób jednoznaczny stwierdzić, iż wystąpił błąd medyczny, należy ponadto zbadać, czy lekarz bądź inny członek personelu medycznego dopuścił się zawinionego działania bądź zaniechania. Odpowiedzialność cywilna za błędy medyczne opiera się bowiem – jak już wyżej wskazano - na zasadzie winy. Wystarczające zatem jest ustalenie w procesie choćby winy nieumyślnej (zaniedbania, rażącego niedbalstwa), aby można było danej osobie przypisać odpowiedzialność cywilną. Nie należy także pomijać faktu, iż lekarzy obowiązuje co najmniej taki (jak nie wyższy) stopień staranności jak ten określony w przepisie art. 355 § 1 k.c. Zachowanie lekarzy powinno być zatem oceniane przez pryzmat profesjonalizmu oraz zachowania staranności obowiązującej w danym zawodzie. Od lekarza wymaga się zatem staranności podwyższonej, dalej idącej niż przeciętna z uwagi na profesjonalny charakter jego działań i ich przedmiot - zdrowie i życie ludzkie (w polskiej i obcej literaturze przedmiotu wskazuje się na professional standard, tj. standard fachowca). W oparciu o tak ustalone kryteria, na potrzeby oceny subiektywnej winy lekarza i powstania odpowiedzialności za wyrządzone szkody (błąd medyczny), w literaturze i orzecznictwie konstruuje się

„**wzorzec dobrego lekarza**”. Wzorzec ten jest **obiektywny i abstrakcyjny**, a więc całkowicie niezależny od indywidualnych właściwości sprawcy (jego niedoświadczenia, skłonności, itp.).

Wyznaczenie zakresu powinnych działań lekarza i stawianych mu wymagań pozwala zbadać, czy **lekarzowi można postawić zarzut, że gdyby zachował należytą staranność i wykorzystał wszelkie dostępne w danych okolicznościach metody i środki, mógł błędu uniknąć i tym samym nie dopuścić do wyrządzenia szkody**. W tym celu należy umieścić model wzorcowy w okolicznościach, w jakich działał sprawca, biorąc pod uwagę wszelkie okoliczności i konkretne warunki udzielenia świadczeń zdrowotnych. Jeżeli porównanie postępowania określonego lekarza z przyjętym dla niego standardem działania wypadnie na niekorzyść sprawcy (gdyż **wzorcowy dobry lekarz w identycznych okolicznościach uniknąłby popełnienia błędu medycznego** i wyrządzenia pacjentowi szkody), można przyjąć, że określone działanie ma charakter zawiniony.

Właściwie określił to Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 września 1973 r. (I KR 116/72) wskazując, że ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Opierając się na opiniach biegłego niewątpliwie należy uznać, iż lekarz prowadzący powódkę w ubezpieczonym u pozwanego szpitalu nie dochował należytej staranności, bowiem po pierwsze nie wykonał podstawowego podania porównawczego obu kolan, co powinno doprowadzić do właściwej diagnozy, ale także nie mając wskazań medycznych w badaniu artroskopowym i Rezonansem Magnetycznym podjął decyzję o przeprowadzeniu dużego zabiegu w postaci rekonstrukcji więzadła.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 lutego 2010 r. (V CSK 287/09) wskazał, że dla ustalenia winy lekarza oraz oceny niedołożenia należytej staranności (art. 355 § 1 k.c.) sąd korzysta z wiadomości specjalnych przedstawionych przez biegłych. Opinią biegłych nie jest jednak związany w zakresie, który jest zastrzeżony do wyłącznej kompetencji sądu, to znaczy do oceny, czy spełniona jest przesłanka obiektywna i przesłanki subiektywne winy. W ocenie Sądu, jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec taki budowany jest według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje (takie jak: specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, jak to formuluje się w niektórych wypowiedziach, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Dalej Sąd skonstatował, że do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia.

W dalszej kolejności należy podnieść, iż nieodłącznym elementem winy jest bezprawność. Za bezprawność uważa się sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego. Wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny.

Kolejnym warunkiem przypisania odpowiedzialności cywilnej za błąd medyczny jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy powstałą szkodą a zdarzeniem (polegającym na zawinionym działaniu bądź zaniechaniu przez lekarza czy innego członka personelu medycznego). Zasada adekwatnego związku przyczynowego przewidziana jest w art. 361 § 1 k.c., który stanowi, że zobowiązany do odszkodowania ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Z bogatego orzecznictwa w tym zakresie wynika, że ocena, czy skutek jest normalny, powinna być oparta na całokształcie okoliczności sprawy oraz wynikać z zasad doświadczenia życiowego, zasad wiedzy naukowej i specjalnej. Wskazuje się także, że w przypadku tzw. procesów lekarskich ustalenie istnienia związku przyczynowego w przypadku powstania szkód osobowych nie musi graniczyć z pewnością. Do przyjęcia, iż pomiędzy zdarzeniem, a szkodą istnieje związek przyczynowy wystarczy, iż zostanie on ustalony z dostateczną dozą prawdopodobieństwa.

W ocenie Sądu zgromadzony w sprawie materiał dowodowy poparty zasadami doświadczenia życiowego daje podstawy do przyjęcia, iż pomiędzy zaniechaniem lekarza pracującego w ubezpieczonym u pozwanego szpitalu, postawioną przez niego błędną diagnozą a długotrwałym leczeniem powódki, jej złym stanem zdrowia, ograniczeniami, którym musiała się poddać, złym stanem psychicznym, a także faktem przeprowadzenia u niej zbędnego zabiegu operacyjnego, pozbawieniem jej jednego ze ścięgien operowanej nogi oraz częściowymi zanikami mięśnia czworogłowego uda istnieje normalny adekwatny związek przyczynowy warunkujący odpowiedzialność szpitala, a w konsekwencji zawarcia przez niego umowy z pozwanym pozwanego ubezpieczyciela.

Niewątpliwie gdyby lekarz badający powódkę w dniu 2 grudnia 2008r. czy w dniu 16 lutego 2009r. postąpił zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej i zbadałby porównawczo oba kolana powódki, to nie tylko dostrzegłby przyczynę dolegliwości powódki w postaci chondromalacji rzepek, ale i opierając się na wynikach badań, którymi dysponował tj. rezonansie magnetycznym a także badaniu artroskopowym, nie zakwalifikowałby powódki do zabiegu operacyjnego.

Materiał dowodowy przedstawiony przez powódkę nie daje natomiast podstaw do twierdzenia, iż zabieg rekonstrukcji więzadła krzyżowego został przeprowadzony w sposób nieprawidłowy. Jak wynika z opinii biegłego zabieg operacyjny nie był przeprowadzony wadliwie, nie miał negatywnego wpływu na stan kolana powódki, a obluzowanie śruby nie było wynikiem żadnego błędu, lecz wynikało z biologii tkanek. Zabieg ten nie stanowił zatem podstawy ustalenia odpowiedzialności za błąd medyczny.

Kolejnym warunkiem odpowiedzialności pozwanego jest szkoda.

Szkoda wyrządzona przy leczeniu co do zasady polega na uszkodzeniu ciała bądź/ i rozstroju zdrowia (jest więc **szkodą na osobie**) i przyjmuje postać szkody majątkowej oraz/lub niemajątkowej, tzw. **krzywdy** (szkody moralnej, wyrażającej się w bólu fizycznym i cierpieniach psychicznych wywołanych zdarzeniem sprawczym). Szkodą w rozumieniu prawa cywilnego jest jedynie uszczerbek doznany wbrew woli poszkodowanego.

W ocenie Sądu powódka w niniejszym procesie dowiodła, że na skutek zawinionego zaniechania (wadliwa diagnoza) i działania (operacja) lekarza ubezpieczonego u pozwanego szpitala poniosła szkodę w postaci krzywdy, na którą składały się: ból fizyczny i psychiczny, przedłużający się i znacznie opóźniony proces leczenia choroby w postaci chondromalacji rzepek, konieczność przeprowadzenia dwóch kolejnych zabiegów operacyjnych, długotrwałość rehabilitacji po każdym zabiegu, konieczność poruszania się o kulach, w ortezie, konieczność zrezygnowania z pasji w postaci ćwiczeń fizycznych, wolontariatu itp. Kolejnym skutkiem niewłaściwej diagnozy, niewłaściwego leczenia powódki jest także brak ścięgna i osłabienie mięśnia czworogłowego uda.

Wnioski takie nie wypływają wprost z opinii biegłego, jednak należy wskazać iż biegły w swojej opinii koncentrował się jedynie na części dyspozycji art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, bowiem ocenił, iż nie mamy do czynienia z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia pacjenta będącym następstwem leczenia, w tym wykonaniem zabiegu operacyjnego, nie biorąc pod uwagę, że powyższe szkody mogą być także następstwem niezgodnej z aktualną wiedzą medyczną diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe

leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby. W ocenie Sądu właśnie z taką sytuacją mamy do czynienia w przypadku powódki.

Niewątpliwie prawidłowa diagnoza ma kluczowe znaczenie dla wdrożenia właściwego leczenia, w tym szybkiego powrotu do zdrowia chorego. Błędy popełnione podczas badań diagnostycznych mogą wyrządzić pacjentowi szkodę i krzywdę, np. przedłużać cierpienie i leczenie, uniemożliwić mu korzystanie z pełni życia. W ocenie Sądu to już stanowi podstawę dla żądania odszkodowania i zadośćuczynienia.

W takich okolicznościach trzeba jednoznacznie stwierdzić, że nierozpoznanie chondromalacji rzepek obu kolan powódki miało wpływ na przebieg leczenia i miało ono na skutek tego przebieg nieprawidłowy. Fakt, że ostatecznie wdrożono leczenie prawidłowe i uzyskano poprawę stanu zdrowia pacjenta nie może przekreślać tego, że przez pewien czas było ono wadliwe i naraziło powódkę na cierpienie (właściwe leczenie wdrożono po niemal 3 latach od zgłoszenia się powódki do lekarza pracującego we (...) szpitalu).

Szkoda powódki polegała więc także na przedłużeniu procesu leczenia o niemal 3 lata - czyli pacjentka o ponad 3 lata dłużej cierpiała na skutek okoliczności, za które odpowiedzialność ponosi szpital.

Za nieudowodnione uznał natomiast Sąd twierdzenia powódki o doznanej przez nią szkodzie w postaci cierpień wywołanych wadliwie przeprowadzonym zabiegiem ortopedycznym z dnia 20 maja 2009r., którego wadliwość polegała na nieprawidłowej lokalizacji kanału piszczelowego, brak stabilności przeszczepu, niezastosowanie szwu na mostku kostnym lub kotwicy tytanowej, a także rozpadzie śruby interferencyjnej.

W ocenie Sądu – mimo nie wskazania przez powódkę w sposób wyraźny – podstawą odpowiedzialności pozwanego, jako ubezpieczyciela szpitala był przepis art. 430 k.c., bowiem w toku całego procesu badana była – na wniosek stron – wina lekarza, a nie wina własna szpitala. Tym samym odpowiedzialność ubezpieczonego szpitala jest odpowiedzialnością na zasadzie ryzyka. Wykazanie zatem przez powódkę, iż lekarz ją prowadzący, pracujący w szpitalu, nie dołożył należytej staranności podczas przebiegu leczenia, zaniechał prawidłowej diagnostyki powoduje, iż tak szpital, jak i jego ubezpieczyciel nie mogą się uwolnić od odpowiedzialności względem powódki. Jak to słusznie stwierdził Sąd Apelacyjny w Szczecinie w wyroku z dnia 29 czerwca 2015 r. (I ACa 221/15): „Sama placówka medyczna ponosi odpowiedzialność w przypadku winy podwładnego, rozumianej zgodnie z treścią art. 415 k.c. i nie jest wymagane wykazanie przez poszkodowanego winy po stronie placówki medycznej, gdyż odpowiada ona za zasadzie ryzyka w sposób bezwzględny, wyłączający możliwość ekskulpacji. Przyjęcie odpowiedzialności podmiotu leczniczego na podstawie powyższego przepisu wymaga więc uprzedniego stwierdzenia, iż jego pracownik wyrządził szkodę w sposób zawiniony i odpowiada z tego tytułu na zasadach ogólnych. Podwładnym w rozumieniu art. 430 k.c. jest członek personelu medycznego jednostki, w tym także lekarz, który mimo dalece posuniętej samodzielności w zakresie wyboru sposobów leczenia pacjenta jest podmiotem podlegającym kierownictwu organizacyjnemu zakładu opieki zdrowotnej, a także ma obowiązek stosowania się do jego wskazówek w zakresie organizacji pracy. Wina podwładnego jest natomiast przesłanką odpowiedzialności pozwanego na podstawie art. 430 k.c. przy czym ustawa nie uzależnia tej odpowiedzialności od konkretnego stopnia winy lub jej przypisania poszczególnym członkom personelu pozwanego (wina bezimienna).”

Jak wynika z dotychczasowych rozważań, Sąd rozstrzygnięcie swoje oparł na opinii biegłego L. G.. Należy podkreślić, że wprawdzie Sąd nie jest związany opinią biegłych i ocenia ją na podstawie art. 233 k.p.c., jednakże swoistość tej oceny polega na tym, że nie chodzi tu o kwestię wiarygodności, lecz o pozytywne lub negatywne uznanie wartości rozumowania zawartego w opinii i uzasadnieniu (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 12 maja 2009 r., sygn. akt III AUa 270/09, OSAB 2010/1/58-64). Z jednej więc strony, konieczna jest kontrola z punktu widzenia zasad logicznego rozumowania i źródeł poznania, z drugiej - istotną rolę odgrywa stopień zaufania do wiedzy reprezentowanej przez biegłego. Sąd może oceniać opinię biegłego pod względem fachowości, rzetelności czy logiczności. Może pomijać oczywiste pomyłki czy błędy rachunkowe. Opinia biegłego podlega także ocenie z uwzględnieniem kryteriów oceny tego rodzaju dowodu, takich jak poziom wiedzy biegłego, podstawy teoretyczne opinii sposób motywowania sformułowanego stanowiska, stopień stanowczości wyrażonych w niej ocen, zgodność z

zasadami logiki i wiedzy powszechnej (vide: wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 maja 2009 r., sygn. akt II CSK 642/08, LEX nr 511998). Jak to już wcześniej zaakcentowano, Sąd podzielił wnioski opinii za wyjątkiem jednego – braku winy po stronie lekarza pracującego w ubezpieczonym szpitalu, bowiem jak to już wyżej wskazano, biegły w sposób nieuprawniony dokonywał tej oceny opierając się na dyspozycji części przepisu art. 67a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie biorąc pod uwagę jej pozostałej części. Poza tym to do Sądu należy ocena, czy zaniechanie lekarza można ocenić jako błąd w sztuce medycznej, a wiedza fachowa, jaką dysponuje biegły, ma mu w tym jedynie pomóc.

Biorąc pod uwagę powyższe, Sąd uznał, że odpowiedzialność pozwanego została dowiedziona przez powódkę w niniejszym procesie i uznał jej roszczenie za zasadne. Nie uwzględnił jednak Sąd jej żądania w całości, zasądzając na jej rzecz kwotę 40.000 zł z żądanych 50.000 zł, bowiem w ocenie Sądu nie wszystkie ograniczenia, na które się powoływała były skutkiem nieprawidłowej diagnozy i niepotrzebnie przeprowadzonego zabiegu operacyjnego rekonstrukcji więzadła, gdyż wynikały one także z jej choroby podstawowej jaka jest chondromalacja rzepek. To samo odnosi się do ograniczeń, jakim musiała się poddać, zwłaszcza jeśli chodzi o uprawianie sportów, bowiem niewątpliwie część z nich nadal nie jest dla niej dostępna z powodu w/w choroby.

Podstawę orzeczenia w pkt 1 wyroku z dnia 12 lipca 2016r. stanowił zatem przepis art. 430 k.c. w zw. z art. 448 k.c. i w zw. z art. 822 k.c.

W/w przepisy a contrario stanowiły podstawę orzeczenia w pkt 2 wyroku.

Zasądzając odsetki od roszczenia głównego, Sąd oparł się na dyspozycji art. 455 § 1 k.c.

Podstawę orzeczenia o kosztach stanowił przepis art.100 k.p.c., bowiem powódka wygrała proces w 80%. I tak w pkt 3 wyroku Sąd zasądził na rzecz powódki 80% poniesionych przez nią kosztów procesu, na które składało się jedynie wynagrodzenie pełnomocnika procesowego.

W pkt 4 wyroku w oparciu o dyspozycję art. 113 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych nakazał pobrać od pozwanego część opłaty, która stanowiła 80% całej opłaty od pozwu. Natomiast w pkt 5 wyroku Sąd w oparciu o przepis art. 113 ust. 2 pkt 1 w/w ustawy nakazał pobrać z zasądzonego na rzecz powódki roszczenia pozostałą część należnej Skarbowi Państwa opłaty od pozwu (tj. w części, w której powódka przegrała proces).