

Sygn. akt VI ACa 934/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 lutego 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Agata Zając (spr.)

Sędzia SA – Ewa Stefańska

Sędzia SO (del.) – Marcin Strobel

Protokolant: – st. sekr. sąd. Ewelina Murawska

po rozpoznaniu w dniu 12 lutego 2014 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa J. K.

przeciwko Centrum (...) sp. z o.o. w K.

o zadośćuczynienie i odszkodowanie

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 21 listopada 2012 r.

sygn. akt III C 110/09

I oddala apelację,

II zasądza od J. K. na rzecz Centrum (...) sp. z o.o. w K. kwotę 2.700 zł (dwa tysiące siedemset złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt VI A Ca 934/13

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 28 stycznia 2009 r. J. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego Centrum (...) sp. z o.o. w K. (obecnie: Centrum (...) sp. z o.o.):

- kwoty 100 000 zł z odsetkami od 17 grudnia 2008 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia

- kwoty 19 871,36 zł z odsetkami od 17 grudnia 2008 r. do dnia tytułem odszkodowania wskazując na krzywdę i szkody jakich doznał w wyniku nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia, nieprawidłowego zdiagnozowania powikłań pooperacyjnych oraz spowodowania zagrażającego życiu powoda zapalenia tkanek twardych i miękkich.

Jako okoliczności faktyczne będące podstawą roszczeń powód wskazał na wadliwość w diagnozowaniu przedoperacyjnym, wadliwość operacji, brak badań po operacji i rozpoznania powikłań, zainfekowanie powoda

podczas operacji (zapalenie tkanek twardych i miękkich), a także brak poinformowania w sposób właściwy o ewentualnym ryzyku wynikającym z poddania się operacji i o tym, że zostaną mu wszczepione tytanowe elementy.

Powód wskazał, że skutkiem powyższych zaniedbań był rozstrój zdrowia, cierpienia fizyczne i psychiczne powoda, powód doświadczył długotrwałego i ostrego bólu, pozostawał w stanie niepewności i stresu, został pozbawiony możliwości wykonywania zawodu na dłużej niż było to konieczne przy właściwej opiece medycznej.

Powód wskazał, że na poniesioną szkodę składają się: koszt wykonania operacji u pozwanego (17 686,36 zł), koszty wizyt i konsultacji (685 zł), a także koszty rehabilitacji i terapii (ok. 1500 zł).

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów.

Wyrokiem z dnia 21 listopada 2012 r. Sąd Okręgowy w Warszawie oddalił powództwo, kosztami procesu obciążył powoda utrzymując przyznane dotychczas powodowi zwolnienie od kosztów sądowych w zakresie opłaty od pozwu i pozostawił szczegółowe rozliczenie kosztów referendarzowi sądowemu.

Sąd Okręgowy oparł swoje rozstrzygnięcie o następujących ustaleniach faktycznych:

Powód J. K. w dniach od 30 kwietnia 2008 r. do dnia 5 maja 2008 r. był hospitalizowany w Klinice (...) w W. z powodu silnego bólu kręgosłupa L/S z promieniowaniem do prawej kończyny dolnej. Powód w przeszłości często cierpiał z powodu lędźwiobóli o niewielkim nasileniu, ustępujących po zażyciu środków przeciwbólowych, w połowie kwietnia 2008 r. także wystąpiły u niego dolegliwości, które po tygodniu nasiliły się w stopniu uniemożliwiającym powodowi chodzenie.

W dniu 30 kwietnia 2008 r. w Zakładzie (...) wykonano zdjęcie rtg kręgosłupa L/S powoda, które wykazało cechy zaawansowanej dyskopatii na poziomie L4/L5 i L5/S1, a także anomalię rozwojową na poziomie pogranicza lędźwiowi – krzyżowego, pod postacią szerokiego, łopatkowego wyrostka poprzecznego kręgu L5 po stronie lewej z wytworzeniem pseudostawu, z masą boczną krzyżową po tej stronie, a także wykryto zmniejszoną lordozę. Po zastosowaniu leczenia powód został wypisany z Wojskowego Instytutu Medycznego z poprawą stanu zdrowia i rozpoznaniem: rwa kulszowa prawostronna, dyskopatia L4/L5 i L5/S1, anomalia rozwojowa kręgu L5, zaburzenia lipidowe.

Wobec nawrotu dolegliwości bólowych powód w dniach od 17 do 19 czerwca 2008 r. był hospitalizowany w Klinice (...) w W. z powodu rwy kulszowej prawostronnej, w dniu 18 czerwca 2008 r. wykonano u powoda badania MR kręgosłupa L/S, które wykazały cechy dehydratacji i obniżenie krążka międzykręgowego L4/L5, dokanałową centralną przepuklinę jądra miazdżystego krążka międzykręgowego L4/L5, powodującą ucisk i modelowanie worka opony twardej, zwyrodnienie zaostrenia przednio – bocznych krawędzi trzonów L4/L5 oraz zwyrodnieniową przebudowę podchrzęstną w trzonach L4/L5. Powód został wypisany ze szpitala w dniu 19 czerwca 2008 r. z rozpoznaniem rwy kulszowej prawostronnej, w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem konsultacji neurochirurgicznej i rehabilitacji.

Na początku sierpnia 2008 r. nasiliły się dolegliwości bólowe powoda wynikające z przepukliny jądra miazdżystego, powód postanowił poddać się operacji, jeden ze znajomych zarekomendował mu dr nauk medycznych P. L. pracującego jako (...) w Niepublicznym Zespole (...) w Centrum (...) sp. z o.o. w K..

Podczas rozmowy w dniu 13 sierpnia 2008 r. dr P. L. omawiał z powodem możliwe sposoby przeprowadzenia zabiegu. Powód prosił o wykonanie operacji dyskopatii lędźwiowej metodą endoskopową, a ponieważ ze względu na silne bóle zależało mu na jak najszybszym terminie operacji, dr P. L. polecił aby powód zgłosił się do Niepublicznego Zespołu (...) w Centrum (...) sp. z o.o. w K. w dniu 17 sierpnia 2008 r., informując, że przeprowadzenie operacji będzie możliwe w dniu 18 sierpnia.

W dniu 17 sierpnia 2008 r. powód został przyjęty do szpitala, z powodu silnych dolegliwości bólowych nie mógł chodzić i został przywieziony przez zonę, a na oddział przewieziono go na wózku inwalidzkim. Tego samego dnia została przeprowadzona konsultacja anestetyczna do znieczulenia ogólnego powoda.

W dniu 18 sierpnia 2008 r., w godzinach porannych dr P. L. przeprowadził konsultację medyczną powoda, w czasie której obejrzał zdjęcia rtg. kręgosłupa z 30 kwietnia 2008 r. oraz badania MR kręgosłupa z 18 czerwca 2008 r. i potwierdził kwalifikacje powoda do operacji. Ponieważ powód jest instruktorem nurkowym, co wiąże się z noszeniem ciężkich butli z tlenem i obciążeniem kręgosłupa lekarz zaproponował powodowi dodatkowe założenie implantu międzywyrostkowego kręgosłupa pełniącego funkcję motoryzującą i zmniejszającą prawdopodobieństwo wystąpienia dyskopatii.

Za namową lekarza powód uznał, że najlepszą metodą przeprowadzenia zbiegu będzie usunięcie przepukliny dysku metoda klasyczną i założenie implantu międzywyrostkowego silikonowego z małymi elementami tytanowymi.

Dr P. L. poinformował wówczas powoda jak będzie wyglądał zabieg, jakie są co do niego wskazania i przeciwwskazania oraz z jakimi powikłaniami może się on wiązać. Ostatecznie cena operacji wyniosła 17 000 zł, a wraz z kosztem pobytu powoda w (...) w K. 17 686,36 zł.

W dniu 18 sierpnia 2008 r. powód podpisał „Oświadczenie pacjenta dotyczące świadomej zgody na zabieg” treść którego stwierdzała, że powód został poinformowany przez dr P. L. o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych do zastosowania metodach leczenia oraz dających i nie dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, związanych z tymi przewidywaniami wątpliwościami, o zakresie proponowanego powodowi zabiegu operacyjnego usunięcia dysku L4 i L5 po stronie prawej ze stabilizacją międzywyrostkową D., o przypuszczeniach lekarza dotyczących jego przebiegu i związanym z tym podwyższonym stopniu ryzyka dla zdrowia i życia, a także warunkach, w jakich zabieg będzie przeprowadzany i innych uwarunkowaniach, mających wpływ na końcowy rezultat medyczny, związanych ze stanem zdrowia fizycznym i psychicznym. W, któw pełni świadomy wszystkich okoliczności i uwarunkowań związanych z planowanym zabiegiem medycznym, wyraził zgodę na proponowany mu zabieg u pozwanego oraz na przeprowadzenie tego zabiegu w znieczuleniu ogólnym – był to typowy dokument, podpisywany przez każdego pacjenta, podejmującego leczenie u pozwanego.

Powód został zoperowany w dniu 18 sierpnia 2008 r. w godzinach popołudniowych z wynikiem dobrym, bez powikłań śródoperacyjnych. Operacja została przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym i polegała na fenestracji L4/L5, tj. usunięciu przepukliny dysku, czyli części jądra miażdżystego, która uległa zwyrodnieniu. Po żmudnej operacji udało się wytoczyć dysk spod korzenia, usuwając sekwestr w kilku kawałkach. Następnie usunięto resztki przestrzeni dysku L4/L5 i założono stabilizację (...) między L4 a L5, przywrócono homeostazę, założono szwy warstwowe i opatrunek. U powoda zastosowano leczenie zachowawcze.

Przebieg około i wczesno pooperacyjny nastąpił bez powikłań. Rzadko zdarza się, aby w kilka godzin po wykonaniu operacji usunięcia przepukliny pacjent nie odczuwał żadnych dolegliwości bólowych.

W dniu 19 sierpnia 2008 r. powód znajdował się w stanie ogólnym dobrym, bez niedowładów kończyn. Dolegliwości bólowe o typie rwy kulszowej ustąpiły u powoda w następnych dobach po operacji, powód skarżył się natomiast na typowe bóle pooperacyjne, tj. bóle miejsc po operacji.

Powód został poddany rehabilitacji, podczas której był pionizowany, dolegliwości bólowe zmniejszyły się wówczas do tego stopnia, że mógł się samodzielnie poruszać. Rehabilitant przekazał powodowi wskazówki co do dalszej rehabilitacji wyraźnie wskazując, że niewskazany jest jakikolwiek większy wysiłek, a w szczególności powód nie powinien w okresie następującym po operacji dźwigać butki z tlenem.

Zarówno rehabilitant, jak i prowadzący lekarz poinformowali powoda o konieczności oszczędnego trybu życia w okresie rekonwalescencji, a także odradzali powodowi wyjazd nad Jezioro (...) do bazy nurkowej.

Powód stwierdził jednak, że musi tam pojechać z uwagi na odbywające się na terenie bazy zdjęcia do filmu. Powód został przewieziony do bazy nurkowej przez żonę, zeznał, że pojechał tam, gdyż czuł się zdrowy.

Przed wypisaniem ze szpitala powód dostał od lekarza prowadzącego operację zalecenia pooperacyjne, w tym wskazanie, że w pierwszym tygodniu po operacji w ciągu doby może spędzić w sumie godzinę w pozycji innej niż leżąca, przy czym nie może to być godzina jednorazowo; pacjent może wstać do toalety, zjeść krótki posiłek. W kolejnych tygodniach czas przebywania pacjenta poza łóżkiem zwiększa się o godzinę na dobę, przez 6 tygodni po operacji zalecany jest oszczędny tryb życia.

Powód został wypisany ze szpitala w dniu 20 sierpnia 2008 r. w stanie ogólnym dobrym.

W dniach 30 i 31 sierpnia 2008 r. u powoda ponownie wystąpiły silne dolegliwości bólowe, powód upadł i przez dłuższą chwilę nie mógł wstać, jego żona zadzwoniła do dr L., który polecił ponowne zgłoszenie się do szpitala.

Powód został ponownie przyjęty do pozwanego Szpitala w dniu 1 września 2008 r., chodził wówczas pochylony z obawy przed pojawieniem się bolesnego skurczu. Po wykonaniu podstawowych badań powód został poddany leczeniu zachowawczemu, polegającemu na podaniu leków przeciwbólowych, rozluźniających i fizykoterapii, u powoda stwierdzono lekką depresję co spowodowało przeprowadzenie konsultacji psychologicznej. W dniu 2 września 2008 r. powód otrzymał iniekcję placebo, stwierdzono, że bóle powoda mają podłoże psychiczne. Próba pionizacji powoda zakończyła się bolesnym skurczem odcinka L – S kręgosłupa, próba manipulacji zakończyła się niepowodzeniem – pacjent bronił się.

Powodowi zaproponowano także wykonanie „blokady”, mającej zadziałać przeciwbólowo i przeciwobrzękowo, powód w dniu 3 września 2008 r. odmówił wykonania zabiegu mówiąc, że czuje się dużo lepiej.

Powód został poddany terapii laserowej, która przyniosła szybkie ustąpienie dolegliwości bólowych, postawa powoda została skorygowana, tak aby mógł stać i chodzić prosto. Powód był zadowolony z postępów rehabilitacji, dobrze reagował na leczenie zachowawcze, wobec czego nie była przeprowadzana dalsza diagnostyka.

W dniu 3 września 2008 r. powód nie miał już dolegliwości bólowych i skurczów, w dniu 4 września 2008 r. czuł się dobrze, miał jedynie niewielki dyskomfort w miejscu operacji, chodził samodzielnie. Tego dnia o godz. 19.40 powód opuścił szpital bez dolegliwości, powód nie ponosił kosztów związanych z drugą hospitalizacją.

Po opuszczeniu pozwanego Szpitala powód, z powodu silnych bólów, kurczów mięśni grzbietu i brzucha, które nasilały się przy wykonywaniu ruchu, kichaniu i kaszlu, zgłosił się do Kliniki (...) w W..

W dniu 9 września 2009 r. u powoda wykonano badanie MR kręgosłupa L/S, które wykazało stan po operacji dyskopatii na poziomie L4/L5 i implantacji stabilizatora (...) pomiędzy wyrostkami koleczastymi, masywną podwiązadłową, nawrotową przepuklinę krążka międzykręgowego na poziomie L4/L5, przepuklinę tylną centralno – prawo – boczną, wypełnioną zachyłkiem bocznym z uciskiem na korzeń boczny 15, obniżenie wysokości krążka L4 – L5, zmiany przeciążeniowe na krawędziach trzonów w sąsiedztwie przestrzeni L4 – L5. Powód został wypisany z (...) 10 września 2008 r. z zaleceniem dalszego leczenia zabiegowego.

Powód skontaktował się z dr P. L., który po obejrzeniu rezonansu magnetycznego stwierdził nawrotową przepuklinę dysku i zaproponował operację usunięcia tej przepukliny oraz ewentualną stabilizację kręgosłupa z użyciem tytanowych implantów, koszt tej operacji został oszacowany na 24 000 zł. Od tej pory powód nie kontaktował się więcej z dr P. L..

W dniu 19 września 2008 r. powód został przyjęty w trybie pilnym do Oddziału (...) Szpitala (...) w W. z powodu dolegliwości bólowych w kręgosłupie L/S po operacji dysku L4/L5 drogą fenestracji prawostronnej.

W dniu 23 września 2008 r. przeprowadzono zabieg, podczas którego z dojścia w starej bliźnie dotarto do kręgosłupa na poziomie L4/L5, po zidentyfikowaniu miejsca rozszerzono fenestrację na tym poziomie. Stwierdzono obrzęknięty korzeń L5, który był siny, matowy i uciśnięty przez bardzo duży sekwestr dysku. Po odsłonięciu korzenia usunięto masywny sekwestr dysku, następnie dokonano rewizji przestrzeni międzytrzonowej, usuwając resztki materiału dyskowego, uzyskano dobre odbarczenie korzenia, stabilizacja międzywyrostkowa (...) pozostała sprawna, założono drenaż ssący, szwy warstwowe i skórne, przebieg pooperacyjny bez powikłań, uzyskano całkowitą reemisję dolegliwości bólowych.

W dniu 1 października 2008 r. powód, w stanie bardzo dobrym, chodzący samodzielnie i bez dolegliwości bólowych, został wypisany z zaleceniem oszczędzającego trybu życia.

Wobec wystąpienia u powoda nawrotowych dolegliwości bólowych kręgosłupa powód został przyjęty do (...), gdzie w dniu 6 listopada 2008 r. wykonano kontrolne badanie MR kręgosłupa L/S, które wykazało, iż na operowanym odcinku kręgosłupa wystąpiło zapalenie kości i krążka międzykręgowego.

Powód został przyjęty w dniu 8 listopada 2008 r. na Oddział (...) Szpitala (...) w W., gdzie zastosowano antybiotykoterapię, kontrolę ON, CRP. Dwutygodniowa terapia spowodowała wyciszenie dolegliwości bólowych, normalizację temperatury. Zalecono ścisłe leżenie i zakaz rehabilitacji w dniu 25 listopada 2008 r. wypisano pacjenta do domu.

W dniu 28 maja 2009 r., po leczeniu zachowawczym, wykonano u powoda kolejne badanie kontrolne MR kręgosłupa L/S, stwierdzono ustąpienie zmian zapalnych w segmencie operowanym oraz obecność zmian bliznowatych w kanale kręgowym na wysokości zabiegu.

W toku postępowania Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii biegłych z zakresu radiologii, neurochirurgii i neurotraumatologii.

Biegły z zakresu radiologii P. T. stwierdził, że zdjęcia z rezonansu magnetycznego, na podstawie których dokonana została kwalifikacja powoda do zabiegu w dniu 18 sierpnia 2008 r. są bardzo niedoskonałe diagnostycznie i odległe czasowo, a badania MR mogły być nieadekwatne do stanu faktycznego powoda w dniu zabiegu, tym niemniej zabieg został wykonany na wysokości istniejącej dyskopatii i przepukliny jądra miażdżystego. Ponadto w ocenie biegłego doświadczenie nakazuje wykonać kontrolne badania MR po przeprowadzonym zabiegu, jednak jeśli po zabiegu dolegliwości ustąpiły, przeprowadzenie takiego badania kontrolnego nie jest konieczne. Biegły stwierdził też, że tzw. przepuklina powrotna powstająca na wysokości operowanej nie jest rzadkim zjawiskiem, dolegliwość taka może wystąpić nawet po kilku godzinach po zabiegu, a czasami po wielu latach i objawia się przez odczuwanie silniejszego bólu niż przed zabiegiem. Stan zapalny jak wskazał biegły został rozpoznany dopiero podczas badania rezonansem magnetycznym w dniu 6 listopada 2008 r., zaś badania z 9 września 2008 r. nie wskazują na wystąpienie u powoda stanu zapalnego.

Biegły z zakresu neurochirurgii E. R. ocenił, że postępowanie zastosowane wobec powoda w pozwanym Szpitalu było właściwe, postawiono prawidłową diagnozę, zaproponowane i zastosowane przez pozwanego procedury medyczne oraz podjęte leczenie było właściwe i zostało przeprowadzone prawidłowo, wszystkie operacje, w tym operacja z 18 sierpnia 2008 r. były wykonane na właściwym poziomie, tzn. na poziomie przepukliny dyskowej, a wykonanie badań w przeddzień operacji nie zmieniłoby diagnostyki dokonanej u powoda i nie miałyby wpływu na doszczętność usunięcia zwyrodniałych mas dyskowych, gdyż w trakcie operacji lekarz nie widzi, a tylko wyczuwa dające się usunąć zwyrodniałe fragmenty jądra miażdżystego, nie może zaś usunąć zwyrodniałych fragmentów jądra, które są zrosnięte. Nawrót przepukliny dyskowej jest najprawdopodobniej następstwem oderwania się fragmentu zwyrodniałego jądra miażdżystego i przemieszczenia się go przynajmniej w kierunku korzeni nerwowych. Biegły wskazał też, że nawrót

dolegliwości bólowych po przeprowadzeniu operacji przepukliny dyskowej jest zjawiskiem typowym, występującym w kilku do dwudziestu kilku przypadków i nie zawsze konieczne jest po ich ujawnieniu natychmiastowe wykonanie badania obrazowego, zdaniem biegłego podczas drugiej hospitalizacji powoda wykonanie takich badań nie było konieczne, a ich brak nie oznaczał braku należytej staranności w postępowaniu lekarza. Samo występowanie dolegliwości bólowych nie oznacza jeszcze nieprawidłowości w przeprowadzeniu zabiegu. Biegły nie znalazł też podstaw do uznania, że operacja powoda przeprowadzana była w pośpiechu. Także wykonanie wypisu drugiego lub trzeciego dnia po zabiegu jest powszechną praktyką i postępowanie pozwanego w tym zakresie nie nosi znamion niedbalstwa. Także działania pozwanego w czasie drugiej hospitalizacji powoda były zdaniem biegłego prawidłowe.

Biegły stwierdził też, że we wrześniu 2008 r. żaden z lekarzy mających kontakt z powodem nie rozpoznał u niego zapalenia kości i krążka międzykręgowego.

Wobec zgłaszanych przez powoda zastrzeżeń do opinii tego biegłego Sąd Okręgowy dopuścił dowód z opinii innego biegłego neurochirurga J. Ł., który uznał, iż mimo nie dysponowania aktualnymi badaniami powoda lekarz kwalifikujący powoda do operacji u pozwanego adekwatnie ocenił poziom miejsca patologii i nie popełnił błędu kwalifikując chorego do zabiegu, gdyż badanie MR z 30 kwietnia 2008 r. było w pełni miarodajne dla ustalenia wskazań i miejsca operacji, czas operacji powoda był adekwatny, zaś po operacji w wypadku powoda nie było wskazań do specjalnych badań diagnostycznych, jedynie dalsza i dłuższa hospitalizacja. W ocenie biegłego, mimo iż pacjent został wypisany w dobrym stanie, było to zbyt wcześnie, aby ocenić adekwatnie jego stan po operacji. Jednocześnie biegły wskazał, że powód nie zastosował się do zaleceń oszczędnego trybu życia i wyjazd tuż po operacji na (...), który odradzali zarówno lekarz, jak i rehabilitant, mógł przyczynić się i najprawdopodobniej się przyczynił do powstania nawrotowej przepukliny, zatem przebieg okresu pooperacyjnego został fatalnie zaburzony przez chorego, który zlekceważył zalecenia lekarskie i nie dostosował się do nich.

Biegły wskazał, że nawrotowa przepuklina nie jest powikłaniem, ale dość często naturalnym przebiegiem występującej u powoda choroby, takiego typu powikłania przy niezastosowaniu się pacjentów do zaleceń lekarskich mają miejsce i występują statystycznie w do 20% przypadków. Oceniając drugi pobyt powoda u pozwanego biegły uznał, że nie zbagatelizowano przedłużających się dolegliwości w okresie pooperacyjnym, powód był leczony właściwie, ze skutkiem pozytywnym, nie było konieczności dalszych badań diagnostycznych i dalszej hospitalizacji. Także konsultacja psychologiczna zdaniem biegłego była zaordynowana właściwie i celowo. Biegły wskazał też, że zapalenie tkanek miękkich i kości kręgosłupa rozpoznano u powoda już po zakończeniu opieki nad powodem przez pozwanego, nie może więc to być problem sporny w postępowaniu, w którym ocenie poddawana jest jakość opieki medycznej świadczonej na rzecz powoda przez (...).

Sąd Okręgowy na wniosek powoda dopuścił też dowód z opinii zespołu biegłych z Centrum (...) w G., w wykonaniu postanowienia Sądu została sporządzona ekspertyza specjalisty neurochirurga – neurotraumatologa, której Sąd Okręgowy nie uznał za opinię instytutu, a która została też zakwestionowana przez powoda. Powód ostatecznie cofnął wszystkie wnioski w zakresie kolejnych opinii biegłych czy opinii uzupełniających,

Dokonane ustalenia faktyczne Sąd Okręgowy oparł na zgromadzonych w aktach dokumentach, opiniach biegłych P. T., E. R. i J. Ł. oraz zeznaniach świadków P. L., J. B., K. G., J. P., D. T. i W. S., a także zeznaniom powoda co do zakresu występujących u powoda dolegliwości i ich uciążliwości, podjętych przez niego działań w kierunku zdiagnozowania jego stanu zdrowia i poddania się leczeniu, a następnie przebiegu samego leczenia i rehabilitacji.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Okręgowy uznał, że dla powstania odpowiedzialności pozwanego konieczne jest powstanie łącznie następujących przesłanek: winy, w tym wypadku lekarza prowadzącego leczenie powoda, szkody jakiej miałby doznać powód wskutek działania lub zaniechania pozwanego oraz istnienie normalnego (adekwatnego) związku przyczynowego między winą a szkodą.

Wskazując na wszystkie sporządzone w toku postępowania opinie biegłych Sąd Okręgowy uznał, że postawiona przez dr P. L. diagnoza dotycząca dolegliwości powoda była trafna, a zabieg został wykonany na prawidłowej wysokości i przeprowadzony został prawidłowo.

Z uwagi na dolegliwości bólowe powód dążył do szybkiego przeprowadzenia zabiegu, zaś badania, wykonane na 2 – 3 miesiące przed zabiegiem zachowały swoją aktualność, postępowanie lekarza było prawidłowe, odpowiednie do stanu zdrowia powoda i zgodne ze sztuką medyczną.

Opierając się na zeznaniach świadka P. L. Sąd Okręgowy uznał, że powód został zapoznany z możliwymi metodami leczenia, ich skutkami i możliwościami wystąpienia powikłań i dysponując tą wiedzą powód podjął świadomą decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg. W ocenie Sądu Okręgowego powód wyraził tę zgodę zarówno poprzez podejmowanie czynności faktycznych, jak i przez podpisanie przed operacją stosownego formularza, o treści ogólnie przyjętej w jednostce pozwanego, przy czym, jak wskazał Sąd Okręgowy, pacjent z uwagi na ból jakiego doświadczał, był zdeterminowany aby poddać się operacji być może treść podpisywanego oświadczenia nie odgrywała dla niego w tym momencie istotnej roli. Tym niemniej powód nie został pozbawiony możliwości zadawania pytań co do treści podpisywanego oświadczenia.

Jak wskazali biegli zaproponowana powodowi metoda leczenia była jedną z ogólnie przyjętych metod, a w przypadku powoda, będącego instruktorem nurkowania, była metodą najlepszą z możliwych.

W ocenie Sądu Okręgowego działanie pozwanego było zgodne z zasadami sztuki medycznej i uwzględniało aktualny stan wiedzy medycznej.

Sąd Okręgowy powołał opinie biegłych, z których wynika, że specyfiką operacji polegającej na usunięciu przepukliny jest ryzyko jej nawrotowości. Fakt, że u powoda pozostał fragment zwyrodniałego jądra miazdżystego nie jest błędem w sztuce medycznej.

Sąd Okręgowy stwierdził, że szpital nie może ponosić odpowiedzialności odszkodowawczej za każde powikłanie występujące w toku leczenia pacjenta, gdyż wiązałoby się to z jego odpowiedzialnością absolutną, nigdy nie ma zaś gwarancji, że operacja się powiedzie i przyniesie oczekiwany skutek.

Sąd Okręgowy podkreślił, że w momencie wypisu ze szpitala w dniu 20 sierpnia 2008 r. powód był w stanie ogólnym dobrym z niewielkimi dolegliwościami miejsc operowanych, otrzymał zalecenia dotyczące możliwości odbicia dalszego leczenia w warunkach domowych, obejmujące oszczędny tryb życia i konieczność pozostawania w pozycji poziomej z możliwością jedynie drobnej aktywności w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb fizjologicznych przez pewien czas po operacji. Tymczasem powód tuż po operacji udał się nad Jezioro (...), lekceważąc zalecenia lekarskie, co, jak wskazał biegły J. Ł., miało znaczący wpływ na wystąpienie u powoda przepukliny nawrotowej.

Sąd Okręgowy nie znalazł też podstaw do uznania, iż w trakcie drugiej hospitalizacji powoda pozwany nie dołożył należytej staranności, biegli bowiem zgodnie uznali, że nieprzeprowadzenie u powoda badań MR nie było błędem, a zastosowane przez pozwanego leczenie doprowadziło do wyciszenia dolegliwości bólowych. Uzasadnione było także, jak wskazali biegli, zastosowanie u powoda konsultacji psychologicznej z uwagi na fakt, że występowanie u pacjenta długotrwałych dolegliwości bólowych może przyczynić się do depresji.

W ocenie Sądu Okręgowego także fakt, że w trakcie badania z dnia 9 września 2008 r. nie stwierdzono u powoda stanu zapalnego kości i krążka międzykręgowego, wyklucza możliwość obciążenia pozwanego odpowiedzialnością za stan jaki wystąpił u powoda w listopadzie 2008 r., zwłaszcza że między tymi badaniami przeprowadzona została reoperacja.

Uznając, że działania pozwanego były zgodne z zasadami sztuki lekarskiej i na każdym etapie leczenia były prawidłowe Sąd Okręgowy nie znalazł podstaw do przypisania pozwanemu winy, a w konsekwencji roszczenia powoda nie mogły być uwzględnione.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniósł powód, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając:

1. naruszenie prawa materialnego:

- art. 415 k.c. poprzez jego niezastosowanie wskutek błędnego przyjęcia, że postępowanie pozwanego polegające w szczególności na: wykonaniu zabiegu operacyjnego przy braku aktualnych badań MR oraz zdjęć RTG, bardzo krótki czas operacji powoda wskazujący na pośpiech przy zabiegu, niezwykle krótki czas hospitalizacji po zabiegu, wypisanie powoda ze szpitala w drugiej dobie hospitalizacji w stanie gorączki, wdrożenie błędnych procedur medycznych w trakcie drugiej hospitalizacji oraz postawienie nieprawidłowej diagnozy polegającej na ustaleniu, że bóle powoda mają podłoże psychiczne, podczas gdy w istocie powód cierpiał na przepuklinę pooperacyjną oraz zaniechanie wykonania jakichkolwiek badań diagnostycznych podczas drugiej hospitalizacji spowodowanej silnymi dolegliwościami bólowymi powoda – nie jest postępowaniem nieprawidłowym, niestarannym, nieprofesjonalnym i niezgodnym z zasadami sztuki lekarskiej, a zatem zawinionym działaniem pozwanego;

- art. 415 k.c. w zw. z art. 361 § 1 k.c. poprzez niezastosowanie wskutek nieprawidłowego uznania, że leczenie i procedury medyczne stosowane w przypadku powoda w pozwanym szpitalu były prawidłowe, podczas gdy zgromadzony w sprawie materiał dowodowy daje podstawy do przypisania pozwanemu licznych zaniedbań, nieprawidłowości i błędów w sztuce lekarskiej, które pozostają w normalnym związku przyczynowym ze szkodą jakiej doznał powód;

2. błąd w ustaleniach faktycznych polegający na nieprawidłowym ustaleniu, że powód został prawidłowo poinformowany o wszystkich możliwych negatywnych konsekwencjach operacji, w tym o możliwości wystąpienia przepukliny pooperacyjnej (występującej w 20% przypadków) oraz że pacjent wyrażając zgodę na zabieg operacyjny obejmował swoją świadomością możliwość wystąpienia przepukliny;

3. naruszenie przepisów postępowania:

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez nieprawidłową ocenę dokumentu z dnia 18 sierpnia 2008 r. zawierającego oświadczenie powoda o wyrażeniu zgody na zabieg operacyjny i wnioskowanie na podstawie tego dokumentu, że powód uzyskał właściwą, zgodną z prawem informację o możliwych następstwach operacji (w tym o możliwości wystąpienia przepukliny), podczas gdy dokument ten zawiera jedynie ogólne stwierdzenie, że powód został poinformowany o wszystkich zagrożeniach związanych z operacją i ewentualnych powikłaniach;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 209 k.p.c. poprzez pominięcie przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy dowodu z zeznań powoda w części, w której powód zeznał, że powód nie miał żadnej wiedzy i nie został przez pozwanego poinformowany o tym, że do jego organizmu w trakcie operacji zostaną wszczepione tytanowe elementy i że powód po operacji opuścił szpital w stanie ciężkim i nieustająco cierpiał na silne dolegliwości bólowe;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. poprzez nieprawidłową ocenę zgromadzonych w sprawie opinii biegłych neurochirurgów i poczynienie ustaleń faktycznych w oparciu o te opinie w sytuacji, gdy strona powodowa zakwestionowała wszystkie opinie i jako takie nie mogą one być podstawą orzekania.

Wskazując na powyższe zarzuty powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku przez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 100 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 grudnia 2008 r. do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia i kwoty 19 871,36 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 17 grudnia 2008 r. do dnia zapłaty tytułem odszkodowania, a także zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Pozwany wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd Okręgowy dokonał prawidłowych ustaleń faktycznych, które Sąd Apelacyjny przyjmuje za własne, w oparciu o wszechstronną i trafną analizę wszystkich zgromadzonych w sprawie dowodów, w szczególności dowodów z opinii biegłych, zaś dokonana przez Sąd Okręgowy ocena dowodów nie przekracza granic swobodnej oceny wynikającej z art. 233 § 1 k.p.c.

Zasada swobodnej oceny dowodów określona powyższym przepisem wyraża się w jej ocenie według własnego przekonania Sądu, opartego na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału dowodowego. Jej istotną cechą jest bezstronność, brak arbitralności i dowolności, przestrzeganie zasad logicznego rozumowania i zasad doświadczenia życiowego w wyciąganiu wniosków.

Niewątpliwie wszechstronne rozważenie zebranego materiału oznacza uwzględnienie wszystkich dowodów przeprowadzonych w postępowaniu oraz wszystkich okoliczności towarzyszących przeprowadzaniu poszczególnych środków dowodowych, a mających znaczenie dla ich mocy dowodowej i wiarygodności.

Ocena dokonana przez Sąd I instancji w ocenie Sądu Apelacyjnego odpowiada zasadniczo wskazanym wyżej kryteriom, wszystkie przeprowadzone dowody zostały przez Sąd Okręgowy przywołane i omówione w sposób obiektywny, rzetelny i wszechstronny.

Dokonując oceny dowodów sąd określa, czy środek dowodowy z uwagi na jego cechy indywidualne i okoliczności obiektywne zasługuje na wiarę. Podstawą selekcji dowodów jest zatem ich wiarogodność. Natomiast kryteriami oceny wiarogodności są doświadczenie życiowe, inne źródła wiedzy, poprawność logiczna, prawdopodobieństwo wersji. W orzecznictwie wskazuje się, że "ramy swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1) wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego" (zob. wyrok SN z dnia 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98, Lex nr 41437, wyrok SA w Szczecinie z dnia 17 września 2008 r., I ACa 1195/06, Lex nr 516569).

Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że postawienie zarzutu obrazu art. 233 § 1 k.p.c. nie może polegać na zaprezentowaniu przez skarżącego stanu faktycznego przyjętego przez niego na podstawie własnej oceny dowodów; skarżący może tylko wykazywać, posługując się wyłącznie argumentami jurydycznymi, że Sąd rażąco naruszył ustanowione w wymienionym przepisie zasady oceny wiarygodności i mocy dowodów i że naruszenie to miało wpływ na wynik sprawy (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 2000 r., I CKN 1169/99, OSNC 2000/7-8 poz. 139 i z dnia 10 kwietnia 2000 r., V CKN 17/2000, OSNC 2000/10 poz. 189). Jeżeli zatem z materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dawały się wysnuć wnioski odmienne.

Odnosząc powyższe rozważania do okoliczności niniejszej sprawy Sąd Apelacyjny uznał, że dokonana przez Sąd Okręgowy ocena dowodów odpowiada regułom określonym przepisami art. 233 § 1 k.p.c.

Skarżący podniesione w apelacji zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. odnosi do dwu kwestii – zakresu informacji udzielonych powodowi przed wyrażeniem zgody na operację oraz uznania za wiarygodne opinii biegłych, mimo iż zostały one zakwestionowane przez powoda.

W ocenie Sądu Apelacyjnego kwestia poinformowania powoda o możliwości wystąpienia przepukliny nawrotowej nie ma znaczenia dla zasadności jego roszczeń.

W doktrynie i orzecznictwie za utrwalony należy uznać pogląd, że zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta (albo bez zaistnienia przesłanek uzasadniających odstępnie od wymogu uzyskania zgody) jest czynnością bezprawną

nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, a wola pacjenta wyznacza zakres i warunki ingerencji medycznej.

Obowiązek uzyskania takiej zgody wynika wprost z art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty, zaś wyrażenie zgody na zabieg skutkuje przyjęciem przez pacjenta ryzyka powikłań operacyjnych, ale tylko zwykłych powikłań pooperacyjnych, nie zaś komplikacji powstałych na skutek pomyłki lekarza.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 17 grudnia 2004 r. II CK 303/04 warunkiem legalności działania lekarza jest zgoda pacjenta odpowiednio poinformowanego, zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty, co obejmuje poinformowanie pacjenta z jakimi negatywnymi skutkami zabiegu powinien się liczyć, jakie jest prawdopodobieństwo ich wystąpienia, podania informacji w sposób przystępny dla pacjenta i uzyskanie potwierdzenia, że rozumie on ryzyko zabiegu, zaś ciężar dowodu, że zgoda pacjenta była zgodą świadomie akceptującą zrozumiałe ryzyko wykonania zabiegu z przyjęciem na siebie tego ryzyka, jako przesłanki wyłączającej bezprawność interwencji lekarza, spoczywa na lekarzu.

W wyroku z dnia 26 kwietnia 2007 r. II CSK 2/07 Sąd Najwyższy wskazał, że zakres udzielanych pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne czy względne wskazania, czy też chodzi np. o zabieg kosmetyczny; obowiązek udzielenia pacjentowi informacji nie wymaga wskazania wszystkich możliwych skutków wykonania zabiegu ratującego życie – w takich wypadkach może ograniczać się do wskazania możliwych niekorzystnych skutków i powikłań, będących zwykłym typowym następstwem danego zabiegu.

Nie ulega jednak wątpliwości, że udzielenie przez pacjenta zgody uświadomionej wyłącza bezprawność działania lekarza, a więc ma znaczenie tylko w sytuacji, gdy mimo prawidłowego i wykonanego zgodnie z zasadami sztuki medycznej zabiegu wystąpiły powikłania skutkujące pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, a pozostające w normalnym związku przyczynowym z samym zabiegiem jako skutek jego przeprowadzenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego kwestia, czy przed wyrażeniem zgody na operację w dniu 18 sierpnia 2008 r. powód był poinformowany o możliwości wystąpienia przepukliny nawrotowej nie ma znaczenia z tego powodu, że jak wskazał biegły J. Ł. nawrotowa przepuklina nie jest powikłaniem operacyjnym, a jedynie naturalnym przebiegiem choroby dyskowej na którą cierpiał powód, zaś jedną z przyczyn jej wystąpienia u powoda mogło być zlekceważenie przez powoda zaleceń lekarskich i odbyta samochodem podróży na (...) w niedługim czasie po zabiegu.

Z uwagi na powyższe Sąd Apelacyjny nie znalazł podstaw do uwzględnienia podniesionych w apelacji zarzutów błędów w ustaleniach faktycznych oraz naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w odniesieniu do kwestii związanych z zakresem informacji udzielonych powodowi przed wyrażeniem zgody na zabieg.

Za bezzasadne Sąd Apelacyjny uznał też zarzuty naruszenia prawa procesowego w zakresie oceny wiarygodności dowodów z opinii biegłych.

Przed wszystkim sam fakt, że opinie te zostały zakwestionowane przez powoda nie oznacza, iż nie są one być dowodem podlegającym ocenie Sądu i nie mogą być podstawą dokonanych przez Sąd ustaleń faktycznych. Sąd Okręgowy zaś w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wskazał przyczyny, dla których opinie te uznał za prawidłowe.

W apelacji nie zostały sformułowane żadne zarzuty dotyczące przebiegu postępowania dowodowego, w szczególności skarżący nie podniósł zarzutu naruszenia art. 230 k.p.c., mimo iż w końcowym akapicie uzasadnienia apelacji znalazła się konstatacja, że skoro wydane opinie biegłych są wadliwe, to sąd mimo stanowiska strony powodowej winien przeprowadzić z urzędu dowód z opinii instytutu medycznego.

Niewątpliwie ciężar dowodu co do braku należytej staranności przy prowadzeniu leczenia i diagnozowaniu pacjenta, wystąpienia szkody oraz istnienia normalnego związku przyczynowego między szkodą a działaniem lub zaniechaniem

pozwanego obciąża powoda. Nie ulega też wątpliwości, iż ocena prawidłowości postępowania lekarza w trakcie diagnozowania i leczenia wymaga wiadomości specjalistycznych.

Sąd Okręgowy dopuścił dowody z opinii biegłych, których wnioski są zbieżne i nie dają podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za wskazywane przez powoda następstwa przeprowadzonego zabiegu i późniejszej hospitalizacji.

W orzecznictwie Sąd Najwyższego utrwalony jest pogląd, że Sąd nie ma obowiązku dopuszczenia dowodu z opinii instytutu, czy też z opinii kolejnych biegłych, w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony, ale ma obowiązek dopuszczenia takiego dowodu wówczas, gdy zachodzi tego potrzeba, w szczególności, gdy w sprawie zostały wydane sprzeczne opinie biegłych (m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 stycznia 2012 r. I UK 200/11), a także gdy przeprowadzona już opinia zawiera istotne luki, jest niekompletna, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona ekspertyza nie pozwala organowi orzekającemu zweryfikować zawartego w niej rozumowania co do trafności wniosków końcowych (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 lipca 2010 r. II CSK 119/10).

Sporządzone w toku niniejszego postępowania opinie biegłych nie zawierały sprzeczności ani uchybień uzasadniających podjęcie przez Sąd Okręgowy z urzędu inicjatywy dowodowej, zaś powód był reprezentowany przez profesjonalnego pełnomocnika także w postępowaniu pierwszoinstancyjnym i mimo kwestionowania opinii, cofnął ostatecznie swoje wnioski dotyczące dopuszczenia dalszych dowodów z opinii innych biegłych.

Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uzasadnieniu postanowienia z dnia 19 lipca 2009 r. III CSK 7/09 dowód z opinii biegłego jak i instytutu ma szczególny charakter, gdyż korzysta się z niego w wypadkach wymagających wiadomości specjalnych, z tego względu nie mają do nich zastosowania wszystkie zasady dotyczące postępowania dowodowego, a w szczególności art. 217 § 1 k.p.c. i dlatego nie można przyjąć, że sąd obowiązany jest dopuścić dowód z kolejnych biegłych, czy też opinii instytutu w każdym wypadku, gdy złożona opinia jest niekorzystna dla strony. Sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszej opinii (ekspertyza z instytutu jest odmianą opinii biegłego), gdy zachodzi taka potrzeba, a więc wtedy gdy opinia, którą dysponuje zawiera istotne luki, bo nie odpowiada na postawione tezy dowodowe, jest niejasna, czyli nienależycie uzasadniona lub nieweryfikowalna, tj. gdy przedstawiona przez eksperta analiza nie pozwala organowi orzekającemu skontrolować jego rozumowania co do trafności jego wniosków końcowych.

Za bezzasadny Sąd Apelacyjny uznał też zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 209 k.p.c. poprzez pominięcie przy ustalaniu stanu faktycznego sprawy dowodu z zeznań powoda w części, w której powód zeznał, że powód nie miał żadnej wiedzy i nie został przez pozwanego poinformowany o tym, że do jego organizmu w trakcie operacji zostaną wszczepione tytanowe elementy i że powód po operacji opuścił szpital w stanie ciężkim i nieustająco cierpiał na silne dolegliwości bólowe. Sąd Okręgowy swoje ustalenia w tym zakresie oparł na innych dowodach wskazanych w uzasadnieniu, przy czym stan w jakim powód został wypisany ze szpitala w dniu 20 sierpnia 2010 r. wynika z dokumentacji lekarskiej. Zawartemu w apelacji stwierdzeniu, że powód po zabiegu nieustająco cierpiał na silne dolegliwości bólowe przeczą zaś zeznania samego powoda który stwierdził, że udał się na (...), mimo sprzeciwu lekarzy (jak twierdzi skarżący w apelacji - 10 dni po operacji), gdyż czuł się dobrze. Kwestia świadomości powoda co do tego, że zostaną mu wszczepione „titanowe elementy” jest zaś nieistotna – tytanowe elementy zawierał wszczepiony powodowi implant, na który wyraził on zgodę, zaś samo wszczepienie implantu nie spowodowało żadnych powikłań i nie wpłynęło na pogorszenie stanu zdrowia powoda.

W konsekwencji uznania za niezasadne zarzutów dotyczących wadliwości ustaleń faktycznych oraz oceny przeprowadzonych dowodów Sąd Apelacyjny nie znalazł też podstaw do uwzględnienia zwartych w apelacji zarzutów naruszenia prawa materialnego, w szczególności art. 415 k.c.

Dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne nie dają bowiem podstaw do uznania, iż zachodzą podstawy do przypisania pozwanemu odpowiedzialności za wskazane przez powoda „krzywdy i szkody jakich doznał on w

wyniku nieprawidłowo przeprowadzonego leczenia, nieprawidłowego zdiagnozowania powikłań pooperacyjnych oraz spowodowania zagrażającego życiu powoda zapalenia tkanek twardych i miękkich.

Z dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleń, opartych na opiniach biegłych wynika, że uchybieniem ze strony lekarza przeprowadzającego zabieg było zaniechanie przeprowadzenia aktualnych badań przedoperacyjnych powoda i oparcie diagnozy na badania pochodzących sprzed kilku miesięcy. Mimo pewnych rozbieżności w opiniach biegłych co do aktualności badań jakimi lekarz dysponował wszyscy biegli jednoznacznie wskazali, iż uchybienie to nie przełożyło się na wadliwość diagnozy czy przeprowadzone zabiegu, a tym samym nie spowodowało żadnych negatywnych konsekwencji dla powoda.

Biegli nie stwierdzili żadnych uchybień lekarza w trakcie przeprowadzanego zabiegu, w szczególności za bezzasadne należy uznać zarzuty dotyczące bardzo krótkiego czasu operacji powoda, co zdaniem skarżącego wskazuje na pośpiech przy zabiegu – sam czas trwania zabiegu nie świadczy o niestaranności w jego przeprowadzeniu, co potwierdzili biegli.

Uzasadniając zarzut naruszenia art. 415 k.c. przez jego niezastosowanie skarżący wskazuje na szereg uchybień po stronie pozwanego: niezwykle krótki czas hospitalizacji po zabiegu, wypisanie powoda ze szpitala w drugiej dobie hospitalizacji w stanie gorączki, wdrożenie błędnych procedur medycznych w trakcie drugiej hospitalizacji oraz postawienie nieprawidłowej diagnozy polegającej na ustaleniu, że bóle powoda mają podłoże psychiczne, podczas gdy w istocie powód cierpiał na przepuklinę pooperacyjną oraz zaniechanie wykonania jakichkolwiek badań diagnostycznych podczas drugiej hospitalizacji spowodowanej silnymi dolegliwościami bólowymi powoda – które to okoliczności nie znajdują oparcia w dokonanych przez Sąd Okręgowy ustaleniach faktycznych, przy jednoczesnym braku zarzutów naruszenia prawa procesowego zmierzających do podważenia ustaleń w tym zakresie. W ramach zarzutów naruszenia prawa procesowego skarżący zakwestionował tylko brak ustaleń co do wypisanie powoda ze szpitala w stanie gorączki, zaś zarzut ten Sąd Apelacyjny uznał za bezzasadny z przyczyn wskazanych wyżej.

Ocena zastosowanego wobec powoda leczenia w trakcie drugiej hospitalizacji dokonana przez biegłych wskazuje na prawidłowość procedur w zakresie diagnozowania, konsultacji psychologicznej i kuracji, przy czym jak wskazali biegli nie ma podstaw do uznania, iż dolegliwości bólowe powoda będące przyczyną hospitalizacji wiązały się z powstałą już wtedy przepukliną nawrotową, a skuteczność zastosowanych zabiegów nie uzasadniała przeprowadzenia diagnostyki w tym zakresie.

Powód nie przedstawił też żadnych dowodów wskazujących na istnienie związku przyczynowego między pobytem powoda w pozwanym szpitalu a zdiagnozowanym dopiero w listopadzie 2008 r. zapaleniem tkanek twardych i miękkich.

Strona powodowa twierdząca, że przy wykonywaniu zabiegu leczniczego doszło do naruszenia obowiązku staranności, obowiązana jest wykazać, że szkoda wyrządzona przez lekarza jest obiektywnie wynikiem naruszenia przez niego wymaganej staranności. Dopiero pomyślnie przeprowadzenie tego dowodu może stanowić podstawę do ustalenia niedbalstwa lekarza, którego w takiej sytuacji procesowej obciąża przeprowadzenie przeciwdowodu stwierdzającego, że w tej (ustalonej) sytuacji nie było możliwe zachowanie większej staranności.

Nie ma jednak żadnych podstaw do uznania, że sam fakt wystąpienia uszczerbku na zdrowiu świadczy o zawinionym działaniu czy zaniechaniu szpitala czy lekarzy przeprowadzających zabieg.

Wobec niewykazania przesłanek odpowiedzialności deliktowej pozwanego Szpitala, powództwo nie mogło być uwzględnione.

Mając powyższe na względzie i uznając podniesione w apelacji zarzuty za bezzasadne, na podstawie art. 385 k.p.c. orzeczono jak w sentencji.