

*Sygn. akt: I ACa 625/14*

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 2 października 2014 r.

Sąd Apelacyjny w Łodzi I Wydział Cywilny

w składzie:

<b>Przewodniczący:</b>	<b><i>SSA Joanna Walentkiewicz - Witkowska</i></b>
<b>Sędziowie:</b>	<b><i>SA Anna Beniak</i></b> <b><i>SO del. Dariusz Limiera (spr.)</i></b>
Protokolant:	stażysta Agnieszka Kralczyńska

po rozpoznaniu w dniu 2 października 2014 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa **A. W. (1)**

przeciwko **D. Ż.**

o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Łodzi

z dnia 12 marca 2014 r., sygn. akt I C 1471/10

**1. oddala apelację;**

**2. zasądza od A. W. (1) na rzecz D. Ż. kwotę 2.700 (dwa tysiące siedemset) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 12 marca 2014 roku, wydanym w sprawie sygn. akt I C 1471/10, Sąd Okręgowy w Łodzi oddalił powództwo A. W. (1) przeciwko D. Ż. o zadośćuczynienie, odszkodowanie i rentę, rozstrzygając jednocześnie o kosztach zastępstwa procesowego.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:

Powódka A. W. (1) po ciąży i karmieniu dziecka zauważyła symetryczne zmniejszenie i zwióczenie obu piersi. W związku z tym, zaczęła interesować się możliwościami poprawy wyglądu biustu. Po zasięgnięciu opinii od znajomej,

która była już po implantacji protez piersiowych, powódka zdecydowała się na wizytę u chirurga plastyka. Powódka zgłosiła się do pozwanej dr D. Ż..

Pierwsza wizyta kwalifikacyjna odbyła się 17 października 2009 roku. W czasie tej wizyty obecna była pielęgniarka H. M.. Dokonano wówczas badania klinicznego powódki. Powódka zapoznała się podczas tej wizyty z metodami poprawy wyglądu piersi oraz przymierzyła silikonowe atrapy protez piersiowych. Powódka poinformowała pozwaną, iż chce podnieść piersi. Pozwana przedstawiła wówczas pacjentce wady i zalety zabiegów tj. powiększenia piersi i podniesienia piersi. Pozwana wyjaśniła powódce, że podniesienie piersi spowoduje ich zmniejszenie. Pozwana poinformowała również o ryzyku zabiegów operacyjnych. Powódka podjęła ostatecznie decyzję o powiększeniu piersi implantami anatomicznymi. Po konsultacji z pozwaną powódka bez zastrzeżeń i bez jakichkolwiek wątpliwości wybrała implant anatomiczny o pojemności 555 ml.

Cenę za zabieg określono na kwotę 4.000 złotych. Powódka w dniu 27 października 2009 roku dokonała przedpłaty w wysokości 700 złotych. Powódka na zabieg operacyjny zaciągnęła kredyt.

Przed zabiegiem operacyjnym powódka wykonała m.in. badanie USG sutków, badania biochemiczne, morfologię krwi. W dniu 27 października 2009 roku powódka zakupiła protezy firmy (...) o poj. 555 ml, za które zapłaciła 5.700 złotych.

Proces kwalifikacji do zabiegu, odbył się zgodnie z zasadami sztuki. Wszystkie elementy prawidłowej kwalifikacji do zabiegu zostały zachowane: powódka została dokładnie zbadana, zebrany został wywiad lekarski, pozwana rozważyła różne możliwości operacyjne, które przedstawiła powódce, powódka miała świadomość tego, że jej piersi będą po wszczepieniu implantów większe (mogła przymierzać implanty), miała również świadomość możliwości przeprowadzenia korekcji swoich piersi poprzez ich operacyjne podniesienie (ale kosztem bardziej widocznych blizn i mniejszej objętości), a także miała wystarczająco dużo czasu na staranne przemyślenie swojej decyzji (od konsultacji, która odbyła się dnia 17 października 2009 r. do operacji w dniu 29 października 2009 r.). Przez ten czas powódka ani razu nie kontaktowała się z pozwaną i nie miała wątpliwości co do ustalonego wspólnie z pozwaną sposobu postępowania.

Pacjentki zgłaszające się z takim obrazem piersi jak powódka domagają się zwykle przywrócenia stanu ich biustu z okresu laktacji, czyli podniesienia i powiększenia piersi. W przypadku dużego (III) stopnia opadania niezbędna jest równoczesna mastopeksja (podniesienie piersi), natomiast w przypadku inwolucji bez opadania i opadania I stopnia wystarczy uzupełnienie brakującego gruczołu implantami o faktycznie dowolnej wielkości i kształcie. Gdy jednak trzeba korygować opadanie piersi II stopnia zachodzi przypadek graniczny, gdzie można dokonać „liftingu” piersi bez wszczepiania implantu, „liftingu” z równoczesnym wszczepieniem implantu lub wszczepienia odpowiednio dużego, anatomicznego implantu. Każdy z tych sposobów postępowania ma swoje zalety i wady.

W dniu 29 października 2009 roku A. W. (2) podpisała oświadczenie o zgodzie na operację. Podpisując powyższe oświadczenie powódka potwierdziła, iż uzyskała wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania oraz że zapoznała się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku leczenia. Powódka wyraziła zgodę na proponowane leczenie operacyjne.

Stan powódki przed zabiegiem operacyjnym był dobry, kwalifikowała się do zabiegu, nie było żadnych przeciwwskazań do zabiegu. Powódka została poinformowana przez anestezjologa o przebiegu znieczulenia i jego konieczności.

W dniu 29 października 2009 roku pozwana przeprowadziła w Centrum Medycznym (...) sp. z o.o. zabieg operacyjny powódki, podczas którego wszczepiła powódce anatomiczne protezy o pojemności 555 ml ( firmy (...)) pod mięśnie piersiowe z cięcia podpiersiowego. Protezy zostały umieszczone pod mięśniami piersiowymi, pomiędzy skórą a implantami znajdowały się jeszcze gruczoł piersiowy i mięsień piersiowy większy.

Zabieg operacyjny został przeprowadzony prawidłowo.

Każdy zabieg operacyjny wiąże się z nierozdzielnie z ryzykiem mniejszych lub większych powikłań. W przypadku operacji powiększenia piersi implantami silikonowymi powikłania można podzielić na 3 grupy: związane z samym zabiegiem chirurgicznym, dotyczące implantu oraz procesu jego biologicznej integracji z otaczającymi tkankami. Powikłania pojawiają się zwykle w ciągu pierwszych tygodni (powikłania ostre) po zabiegu i są to głównie: krwiaki, surowiczaki, infekcje oraz problemy związane z gojeniem rany pooperacyjnej w tym rozejście brzegów rany z odsłonięciem implantu.

W dniu 29 października 2009 roku za zabieg powódka uiściła kwotę 4.000 złotych na rzecz Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. w Ł.

W dniu 30 października 2009 roku usunięto dreny i zmieniono opatrunek, natomiast 3 listopada 2009 roku usunięto szwy, nie stwierdzając żadnych niepokojących objawów.

Po zabiegu powódka korzystała przy czynnościach życia codziennego z pomocy osób bliskich. W drugim tygodniu po operacji powódka gorączkowała. Wezwała lekarza, który przepisał jej antybiotyk. W trzy tygodnie po zabiegu tj. 19 listopada 2009 roku podczas wizyty kontrolnej stwierdzono rozejście się brzegów rany piersi prawej.

Pozwana podjęła wówczas próbę operacyjnego leczenia rozejścia się brzegów rany operacyjnej piersi prawej. W dniu 20 listopada 2009 roku przeprowadziła zabieg, podczas którego dokonano wyjęcia protezy piersi prawej, zrewidowano łożę protezy, wycięto brzegi rany, założono drenaż i powtórnie założono szwy i opatrunek. Podczas zabiegu włożono implant z powrotem do łoży. Pobrano również wymaz z rany, z którego wyhodowano bakterie E. coli. Pozwana zaleciła powódce przyjmowanie antybiotyku – M. oraz środków przeciwbólowych. W okresie pooperacyjnym powódka odbyła szereg wizyt kontrolnych (tj. 21, 23, 26 i 30 listopada oraz 3,7,8,9,10 i 11 grudnia).

Podczas wizyty kontrolnej w dniu 11 grudnia 2009 roku stwierdzono ponowne rozejście rany. Pozwana podjęła decyzję o operacyjnym leczeniu rozejścia się brzegów rany operacyjnej piersi prawej. W dniu 12 grudnia 2009 roku pozwana przeprowadziła zabieg polegający na wyjęciu protezy, poszerzeniu jej łoży i ponownym jej włożeniu i zszywaniu warstwowym rany. Zalecano wówczas powódce przyjmowanie antybiotyków: A. i D.. Następnego dnia tj. 13 grudnia usunięto dren.

W dniu 17 grudnia 2009 roku podczas wizyty kontrolnej stwierdzono wyciek treści krwistej z miejsca po drenie. W dniu 19 grudnia 2009 roku odbyła się kolejna wizyta kontrolna, podczas której stwierdzono ponownie wyciek treści staro krwistej miejscem po drenie.

W dniu 21 grudnia 2009 roku u powódki ponownie stwierdzono rozejście się brzegów rany. Powódka została wówczas zakwalifikowana do wyjęcia protez. Pozwana zalecała powódce usunięcie protez. W dniu 22 grudnia 2009 roku powódka odmówiła wyjęcia protez podpisując stosowne oświadczenie, wobec czego po raz trzeci pozwana dokonała podobnego jak dwa poprzednie zabiegu. Również na ten zabieg powódka wyraziła zgodę, podpisując stosowne oświadczenie. W dniu 24 grudnia usunięto dren, a w dniu 27 grudnia zmiany opatrunku.

W dniu 30 grudnia 2009 roku zaobserwowano obrzęk piersi prawej, bolesność, zaczerwienienie górnego brzegu rany w 1/3 zewnętrznej oraz niewielkie sączenie treści surowiczej. Zastosowano przymoczek z P. i D. oraz włączono doustną antybiotykoterapię w postaci D. i M..

W dniu 9 stycznia 2010 roku stwierdzono ponowne rozejście się brzegów rany. Tym razem w znieczuleniu miejscowym, pozwana dokonała zszycia.

Powódka przeżywała zaistniałą sytuację. Często płakała. Bała się, że z uwagi na długą nieobecność w pracy straci zatrudnienie. Przebywała na długim zwolnieniu lekarskim i urlopie. Powódka pracując zarabiała 5.500 złotych netto. W związku ze zwolnieniem lekarskim utraciła część wynagrodzenia tj. ok. 2.000- 3.000 złotych. Powódkę do lekarzy zawoził mąż. Powódka musiała angażować rodzinę do opieki nad dzieckiem. W związku z problemami, jakie pojawiły się po operacji podjęła leczenie psychologiczne, która trwa nadal.

W dniu 27 stycznia 2010 roku powódka zgłosiła się do Przychodni (...) do dr J., który zasugerował powódce usunięcie implantów. Powódka w lutym 2010 roku udała się również do lekarza J. J. (1), która także zaleciła usunięcie protez.

Powódka skontaktowała się z pozwaną, którą poinformowała, iż chce usunąć protezy. W dniu 3 lutego 2010 roku wykonano USG piersi powódki, za które powódka zapłaciła 150 złotych. Pozwana ustaliła datę zabiegu na dzień 4 lutego 2010 roku. W tym dniu usunięto powódce obie protezy. Za w/w zabieg chirurgii plastycznej powódka zapłaciła 780 złotych tj. koszt wynajęcia sali operacyjnej, materiałów. Powódka nie poniosła kosztów wynagrodzenia pozwanej przy zabiegach pooperacyjnych. Nie poniosła również kosztów poprzednich zabiegów poprawkowych.

Po zabiegu powódka odbyła kilka wizyt kontrolnych tj. 5, 6, 13 i 20 lutego. Podczas ostatniej z nich usunięto szwy z zagojonej rany. Jeden szew skórny nie została przez pozwaną usunięty. Usunięcia dokonał inny już lekarz do którego zgłosiła się powódka tj. J. J. (2).

Pozwana po usunięciu protez wysłała je do producenta w celu zweryfikowania, czy implanty nie posiadają wady produkcyjnej. Przedstawiciel producenta poinformował ustnie pozwaną, iż implanty nie były wadliwe.

Nie ma możliwości „odrzućcia przez ciało pacjentki anatomicznego implantu piersiowego”, gdyż implant jest ciałem obcym, a nie organem pobranym z innego organizmu. (...) oznacza reakcję na poziomie immunologicznym, kiedy organizm gospodarza (biorcy) mobilizuje siły odpornościowe w celu pozbycia się (odrzućcia) przeszczepionego organu pobranego od dawcy.

Implanty piersiowe zachowują się jak każde inne ciała obce – nie mają właściwości immunologicznych. W ciele, do którego są wszczepione nie dochodzi do reakcji immunologicznej podobnej do tych spotykanych w transplantologii. Implant piersi, jako ciało obce, po prostu wygaja się w ciało a reakcja organizmu, która temu procesowi towarzyszy jest określana jako „reakcja wokół ciała obcego” i polega na wytworzeniu łącznotkankowej torebki wokół niego, skóra otacza go jak szczelne opakowanie i nie dopuszcza do żadnej reakcji między nim a organizmem do którego został wszczepiony.

Powikłanie, które pojawiło się u powódki około trzech tygodni po zabiegu występuje z częstotliwością 1-2% czyli 1-2 przypadki na 100 operowanych pacjentów i występuje wyłącznie przy lokalizacji rany operacyjnej w bruździe podpiersiowej. Przyczyna występowania tego zjawiska nie jest dokładnie poznana. Przyjmuje się, że może mieć ono związek z niedokładnym, warstwowym szyciem rany, niewystarczającym przygotowaniem „kieszeni” na implant, który może wtedy wywierać zbyt duży nacisk na linię szwów. Dodatkowo także przyjmuje się, że krwiak, surowicza i zakażenie mogą prowadzić do rozejścia brzegów rany. Przyczyną może być zbyt luźne szycie rany operacyjnej, przygotowanie zbyt ciasnej kieszeni na implant. Ze względu na dość rzadkie występowanie w/w komplikacji nie ma jednolitego, przyjętego zgodnie postępowania leczniczego w przypadku rozejścia brzegów rany i odsłonięcia implantu.

U powódki doszło do rozejścia się jedynie rany po stronie prawej. Implant lewej piersi wygoił się bezproblemowo. Pierwotne rozejście się rany po stronie prawej było spowodowane samoistnym opróżnianiem się przez linię szwów surowiczaka. Powstała w ten sposób przetoka spowodowała stopniowe rozejście się brzegów rany operacyjnej. Podejmowane później próby wtórnego szycia rany nie powiodły się z powodu wtórnych zakażeń szczepami własnych bakterii oraz osłabieniem wytrzymałości tkanek w procesie gojenia.

Nie znajduje uzasadnienia działanie pozwanej, która podejmowała więcej niż jedną próbę szycia rozchodzącej się rany. W tym zakresie (podejmowanie trzykrotnej próby umieszczenia tej samej protezy w łoży i zszywania rany) postępowanie pozwanej było nieprawidłowe. Leczenie do chwili dokonania pierwszego zabiegu „ratującego” przeprowadzone było przez pozwaną zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, natomiast kolejne zabiegi „ratujące” były niepotrzebne. Prawidłowym sposobem postępowania byłoby usunięcie implantu po niepowodzeniu pierwszego zabiegu korekcyjnego.

Zarówno *S. epidermidis* jak i *E. coli* są typowymi bakteriami zamieszkującymi przewody mleczne piersi oraz skórę człowieka. W przypadku kiedy dochodzi do powstania przetoki, niegojącej się rany – postępuje kolonizacja jej

własnymi szczepami bakteryjnymi, co miało miejsce u powódki. Prawdłowo prowadzone przez pozwaną leczenie – antybiotykoterapia na podstawie antybiogramów uzyskanych z hodowli bakterii wyrosłych z pobieranych z rany wymazów doprowadziła do usunięcia tych szczepów bakteryjnych z rany.

Obecny kształt piersi powódki nie budzi zastrzeżeń natury estetycznej – są to naturalnie wyglądające, obfite piersi dojrzałej kobiety. Niewielka asymetria kształtu i wielkości z powodzeniem mieści się w granicach fizjologicznych. Piersi powódki w żaden sposób nie wyglądają na zdeformowane. Na bruzdach podpiersiowych widać z bliskiej odległości blizny pooperacyjne. Prawdopodobnie niewielka asymetria dolnego, przyśrodkowego kwadrantu piersi prawej wynika z kilkakrotnych zabiegów naprawczych podejmowanych przez pozwaną. Przez okres czasu, który upłynął od zakończenia cyklu operacyjnego doszło do samoistnego wygojenia łoży po implantach (szczególnie kilkakrotnie operowanej łoży w prawej piersi) i początkowe zniekształcenie prawej piersi widoczne bezpośrednio po zabiegu, stało się znacznie mniej widoczne.

Obecnie powódka jest zdrową kobietą o dużych, naturalnie wyglądających piersiach (wskazujących niewielką asymetrię) z mało widocznymi bliznami ukrytymi w bruzdach podpiersiowych. Obecny wygląd piersi powódki różni się od ich stanu sprzed zabiegu, a spowodowane jest to głównie upływem czasu i zmianami, które dotyczyły całego ciała powódki. Od czasu zabiegu ciało powódki uległo zasadniczym zmianom, gdyż powódka znacząco utyła (masa jej ciała wzrosła o prawie 25%) zatem zmienił się również kształt i wielkość jej piersi.

Przeprowadzone przez pozwaną zabiegi nie spowodowały u powódki uszczerbku na zdrowiu, a jedyną ich pozostałością są mało widoczne blizny pooperacyjne, z których obecnością powódka liczyła się a priori, wyrażając zgodę na zabieg. Blizny są oczywistym następstwem przeprowadzonych u powódki zabiegów chirurgicznych, pierwotnego zabiegu implantacji oraz (na prawej piersi) zabiegów służących leczeniu powstałej komplikacji. Blizny są trwałym śladem gojenia się skóry po jej uszkodzeniu (przecięciu) i ślad nigdy nie zniknie samoistnie ani też nie da się go całkowicie usunąć. Istnieje jedynie możliwość korekcji takich blizn w postaci wygładzenia przez przeprowadzenie dermabrazji – zabiegu w znieczuleniu miejscowym, podczas którego dokonuje się starcia nierównej powierzchni blizny frezem chirurgicznym. Niewielkie zaburzenie symetrii piersi prawej w zakresie jej dolnego przyśrodkowego kwadrantu można wyrównać dokonując mikrotransplantacji własnego tłuszczu powódki. Zabieg przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym. Polega on na tym, że pobiera się tkankę tłuszczową, a następnie po jej odwirowaniu, przeszczepia się ją w miejscu ubytku uzyskując symetrię piersi. Koszt dermabrazji blizn wynosi ok. 1.000-1.300 złotych, natomiast przeszczep tłuszczu w ograniczonym zakresie (do części piersi) to koszt rzędu 4.000-5.000 złotych.

Po pierwotnym zabiegu operacyjnym i w okresie rekonwalescencji, w momencie wystąpienia powikłań jakimi jest rozejście się rany pooperacyjnej piersi prawej wraz z odsłonięciem protezy piersiowej niezbędne było stosowanie zróżnicowanej antybiotykoterapii i środków przeciwbólowych – od momentu pierwotnego zabiegu (29 październik 2009 roku) do całkowitego wygojenia piersi po usunięciu implantów (ok. 20 lutego 2010 roku) czyli przez okres około 4 miesięcy.

Powódka miała ordynowane antybiotyki: m.in. D. 22,31 zł, płatność 100%), M., C. (10,48 zł, po refundacji 7,29 zł), N., A. (19,67 zł, po refundacji 10,24 zł), D. ( 15,51, płatność 100%) oraz środki przeciwbólowe : K. (15,87 zł , po refundacji 9,51 zł) i T. (9,71 zł). Powódka otrzymywała recepty na w/w leki, a jako osoba ubezpieczona korzystała z refundacji NFZ.

Od chwili zagojenia ran po usunięciu implantów do chwili obecnej, powódka nie miała potrzeby stosowania jakiegokolwiek leczenia farmakologicznego.

Zarówno w okresie bezpośrednio pooperacyjnym po pierwotnym zabiegu jak też później w zakresie podejmowanych prób operacyjnych leczenia powikłań powódka była osobą sprawną fizycznie, zdolną do samoobsługi w zakresie wszystkich codziennych czynności. Powódka korzystała w okresie rekonwalescencji z pomocy osób bliskich, którzy pomagali jej podwożąc ją na liczne wizyty lekarskie i wyręczając w codziennych czynnościach, ale gdyby nie miała takiego wsparcia – z całą pewnością poradziłyby sobie samodzielnie. Zarówno w okresie po pierwotnej operacji jak

i w okresie rekonwalescencji po kolejnych zabiegach nie było bezwzględnej potrzeby korzystania przez powódkę z pomocy osób trzecich.

Nie ma konieczności żadnego leczenia powódki. Jest możliwość podniesienia atrakcyjności piersi powódki przez dokonanie zabiegu ich „liftingu” (podniesienia), ale wiąże się to z nieuchronnością pojawienia się nowych blizn na piersiach powódki. Zabieg ten nie jest jednak konieczny dla zdrowia powódki, może poprawić jej samopoczucie i samoocenę (pod warunkiem zaakceptowania nowych blizn) i tylko w tych kategoriach można rozpatrywać ewentualność jego przeprowadzenia. Gdyby dokonać podniesienia piersi powódki, obecnie, kiedy jej masa ciała jest nadmierna, a ona w przyszłości wyszczupiała – jej piersi ponownie by opadły i nie wyglądały atrakcyjnie. Dodatkową korzyścią przeprowadzenia zabiegu liftingującego byłoby wykorzystanie istniejących blizn na piersiach powódki. Nie ma konieczności przeprowadzenia żadnego leczenia powódki, a ewentualne zabiegi miałyby służyć podniesieniu estetyki jej piersi, których obecny wygląd jest w większości wynikiem naturalnych procesów.

Na skutek skargi powódki w stosunku do pozwanej toczyło się postępowanie dyscyplinarne. W toku tego postępowania dopuszczono dowód z opinii biegłego z zakresu chirurgii plastycznej, który wskazał, iż wyklucza nieprawidłowości działania pozwanej w sferze chirurgicznej. Stwierdził brak przesłanek powstania szkody, działania chirurgicznego niezgodnego ze sztuką i wiedzą lekarską oraz brak szczególnych znamion szkody, a zwłaszcza zeszpecenia po pierwszym zabiegu ciała powódki, a tym bardziej definicyjnych znamion popełnienia przez lekarza błędu lekarskiego. Wskazano, że problemy powódki mieszczą się obiektywnie i nieodłącznie w zwykłym ryzyku przeprowadzonego zabiegu. Natomiast konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii plastycznej podał, że postępowanie lekarskie pozwanej nie stanowi naruszenia istotnych reguł obowiązujących w sztuce lekarskiej. Nacechowane było chęcią uratowania implantu i uleganiem prośbom powódki.

Postanowieniem z dnia 7 września 2011 roku Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Ł. umorzył postępowanie wyjaśniające. Zażalenie na powyższe postanowienie złożyła powódka. Po jego rozpoznaniu Okręgowy Sąd Lekarski w Ł. postanowieniem z dnia 28 grudnia 2011 roku utrzymał w mocy w/w postanowienie.

Powódka złożyła również zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej Ł. o popełnieniu przez pozwaną przestępstwa. W tej sprawie zostało wszczęte dochodzenie o przestępstwo z art. 160 §1 i §3 k.k. i art. 157 § i§3 k.k. w zw. z art. 11 §2 k.k.

Powyższy stan faktyczny Sąd Okręgowy ustalił na podstawie dowodów z zeznań świadków, przesłuchania stron, dokumentacji medycznej, faktur VAT, postanowień zapadłych w innych postępowaniach oraz opinii biegłego z zakresu chirurgii plastycznej. Oceniając ten materiał podkreślono, że strona powodowa wskazała jedynie w jakim zakresie kwestionuje opinię biegłego, nie sformułowała natomiast wobec opinii żadnych zarzutów. Zgłoszony przez pełnomocnika powódki wniosek o dopuszczenie dowodu z pisemnej uzupełniającej opinii biegłego na okoliczności wskazane w piśmie z dnia 15.02.2013 r. uznany został za niezasadny z dwóch względów. Po pierwsze odpowiedzi na część pytań skierowanych do biegłego w w/w piśmie znajdują się w wydanej przez biegłego opinii. Po drugie, odpowiedź na pozostałe pytania zawarte w w/w piśmie, tylko wtedy byłaby przydatna dla rozstrzygnięcia sprawy, gdyby przesądzona została zasada odpowiedzialności pozwanej. Pytania te dotyczyły bowiem rozmiaru szkody odniesionej przez powódkę. Wobec tego, iż opinia biegłego M. K. nie pozwalała na przypisanie pozwanej odpowiedzialności cywilnej w niniejszej sprawie, a powódka nie zgłosiła wobec tej opinii żadnych zarzutów, bezprzedmiotowe było prowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność wysokości roszczeń powódki. Z tego powodu zostały również oddalone wnioski o dopuszczenie dowodu z opinii biegłych psychologa i psychiatry.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd I instancji uznał powództwo za bezzasadne i oddalił je.

Zaznaczył, że powódka, korzystająca z profesjonalnego zastępstwa procesowego, nie wskazała podstawy prawnej odpowiedzialności powódki. W ocenie Sądu I instancji podstawę taką mógłby stanowić tylko art. 415 k.c., ponieważ stron nie łączyła żadna umowa. Powódka należność za zabieg chirurgii plastycznej uiściła bowiem na rzecz Centrum Medycznego (...) sp. z o.o. w Ł..

Odwołując się do poglądów wyrażanych w nauce prawa i orzecznictwie Sąd Okręgowy stwierdził, że lekarz ponosi winę za powstanie szkody, jeżeli nie zastosował właściwych środków w należyty sposób. Przez „zastosowanie właściwych środków” rozumie się fachowe postępowanie (np. zastosowanie właściwej kuracji, przeprowadzenie określonego zabiegu), które w danej sytuacji było wskazane z medycznego punktu widzenia. Postępowanie odmienne określane zazwyczaj jest jako błąd w sztuce lekarskiej. Przez błąd lekarski należy rozumieć obiektywny element winy. Stwierdzenie błędu lekarza dokonywane jest na podstawie naukowych kryteriów oceny postępowania lekarza i oznacza, że postępowanie lekarza wywołuje określone zastrzeżenia z naukowego punktu widzenia. Stanowi teoretyczną ocenę tego postępowania, którą następnie należy skonfrontować z pełnym zakresem powinności lekarza i konkretnymi warunkami, w jakich miało miejsce jego postępowanie. Natomiast przez pojęcie „w należyty sposób” należy rozumieć dołożenie takiej staranności, jaka w określonej sytuacji była należna, wymagana i potrzebna.

W oparciu o ustalenia faktyczne poczynione w sprawie, przede wszystkim o opinię biegłego, wobec której strona powodowa nie zgłosiła żadnych zarzutów, wynika w ocenie Sądu Okręgowego, że:

- proces kwalifikacji do zabiegu odbył się zgodnie z zasadami sztuki,
- sam zabieg operacyjny został przeprowadzony prawidłowo,
- brak było uzasadnienia dla podejmowania więcej niż jednej próby zszycia rozchodzącej się rany, w zakresie trzykrotnej próby postępowanie pozwanej było nieprawidłowe,
- leczenie do chwili przeprowadzenia pierwszego zabiegu ratunkowego przeprowadzone było zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, kolejne zabiegi ratujące były niepotrzebne,
- prawidłowym sposobem postępowania byłoby usunięcie implantu po niepowodzeniu pierwszego zabiegu korekcyjnego,
- brak uszczerbku na zdrowiu powódki, jedyną pozostałością zabiegów są mało widoczne blizny pooperacyjne, z których obecnością powódka musiała się liczyć wyrażając zgodę na zabieg,
- nie ma konieczności dalszego leczenia powódki,
- nie ma potrzeby (i w zasadzie nie ma też możliwości) operacyjnego przywrócenia powódce kształtu i rozmiaru piersi sprzed operacji.

Sąd Okręgowy odnosząc się do twierdzeń zawartych w pozwie stwierdził, iż:

1. nie zostało udowodnione, że pozwana „nakłoniła” powódkę do zastosowania implantów, decyzję podjęła powódka samodzielnie – jeżeli miała jakieś wątpliwości mogła się nie decydować na zabieg. Powódka podpisała świadomą zgodę na operację, decydując się na operację powódka wiedziała, że będzie to powiększenie, a nie podniesienie piersi,
2. wybór wielkości implantów był również decyzją powódki, powódka przed zabiegiem miała możliwość ich „przymierzenia”,
3. opinia biegłego potwierdziła, że nie doszło do umieszczenia implantów pod skórą, lecz protezy zostały umieszczone pod mięśniami piersiowymi,
4. opinia biegłego nie potwierdziła nieprawidłowości w zakresie zszycia rany operacyjnej,
5. nie było uzasadnienia dla więcej niż jednej próby ponownego umieszczenia implantu i zszycia rozchodzącej się rany, w pozostałym zakresie leczenie pooperacyjne było prawidłowe,

6. z opinii biegłego wynika, że piersi powódki w żaden sposób nie są zdeformowane i nie doszło do takiego skutku w toku operacji usunięcia implantów.

Sąd Okręgowy stwierdził, że jedyną nieprawidłowością w postępowaniu pozwanej była więcej niż jedna próba ponownego umieszczenia implantu i zszycia rozchodzącej się rany (kolejne – po pierwszym – zabiegi „ratujące” były niepotrzebne). Zaznaczył jednak, że z tego powodu powódka nie poniosła szkody. Z opinii biegłego wynika bowiem, że piersi powódki nie są zdeformowane, obecny ich kształt nie budzi zastrzeżeń natury estetycznej a niewielka asymetria kształtu i wielkości z powodzeniem mieści się w granicach fizjologicznych. Przeprowadzone przez pozwaną zabiegi nie spowodowały u powódki uszczerbku na zdrowiu. Wobec powyższego powództwo podlegało oddaleniu.

O kosztach procesu Sąd I instancji orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., zasądając na rzecz pozwanej, która wygrała sprawę w całości, koszty zastępstwa procesowego i opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

Apelację od powyższego wyroku wniosła powódka, zaskarżając orzeczenie w całości i zarzucając naruszenie:

a. art. 233 k.p.c. poprzez dokonanie dowolnej a nie swobodnej oceny dowodów w postaci opinii biegłego M. K. (2), zeznań świadków i dokumentacji medycznej oraz przyjęcie, że pozwana nie ponosi odpowiedzialności za nieprawidłowo wykonane leczenie z zakresu chirurgii plastycznej w świetle zgłoszonych przez powódkę wniosków dowodowych i zastrzeżeń co do opinii biegłego;

b. art. 227 k.p.c. a także art. 279 k.p.c. w zw. z art. 162 k.p.c. poprzez oddalenie na posiedzeniu niejawnym wniosków dowodowych strony powodowej o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego w dziedzinie chirurgii plastycznej M. K. (2), a także o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychologa na okoliczność ustalenia jaki wpływ na stan emocjonalny powódki miała i ma operacja i leczenie pooperacyjne, czy występują zaburzenia depresyjne, w związku z leczeniem jej przez pozwaną, czy aktualny wygląd powódki (znaczny wzrost wagi) pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z nieudanym leczeniem u pozwanej, co uniemożliwiło prawidłowe ustalenie stanu faktycznego w sprawie, a ponadto ze względu na fakt, że postanowienie w kwestii oddalenia wniosku dowodowego może zapaść jedynie na rozprawie.

W konkluzji skarżąca wniosła o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku w całości poprzez uwzględnienie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz od pozwanej kwot:

- 60.000 zł tytułem zadośćuczynienia,

- 10.470 zł tytułem odszkodowania (zwrot poniesionych kosztów zabiegów operacyjnych oraz implantów),

- 3.000 zł tytułem skapitalizowanej renty na zwiększone potrzeby za okres od 28 października 2009 do 8 marca 2010 r. obejmującej koszt leczenia,

- 8.000 zł tytułem przyszłych kosztów leczenia- wszystkie w/w kwoty wraz z odsetkami ustawowymi za zwłokę od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty

2. zasądzenie na swoją rzecz od pozwanej kosztów postępowania według norm przepisanych, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego.

Strona pozwana w odpowiedzi na apelację wniosła o oddalenie apelacji powódki i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów postępowania w drugiej instancji według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.



Skarżąca w apelacji nie zmieniła podstawy faktycznej swojego żądania, jak również nie zakwestionowała, co do zasady, przyjętych przez Sąd I instancji możliwych podstaw prawnych powództwa. Również Sąd odwoławczy akceptuje zapatrywanie, że odpowiedzialność cywilna pozwanej mogła być w niniejszej sprawie rozpatrywana jedynie w oparciu o zasadę winy (art. 415 k.c.), a nie ryzyka. Do obowiązków powódki należało więc wykazanie następujących przesłanek tej odpowiedzialności: wyrządzenie szkody, zawinione (cechujące się bezprawnością i zarzucalnością) działanie lub zaniechanie pozwanej, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą. Przy czym na potrzeby dalszych rozważań, już w tym miejscu zaznaczyć trzeba, że przy badaniu przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej opartej na zasadzie winy, istnienie normalnego związku przyczynowego pomiędzy działaniem (zaniechaniem) a szkodą (art. 361 § 1 k.c.) jest elementem podlegającym ocenie w dalszej kolejności. Gdy zatem nie zachodzi podstawa odpowiedzialności (bezprawność i wina) badanie istnienia związku przyczynowego jest zbędne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 kwietnia 2001 r., w sprawie I PKN 361/00, opubl. w nr 3 OSNP z 2003 r. pod poz. 62).

Do dochodzenia przed sądem roszczeń wynikających z rozstroju zdrowia konieczna jest jedynie świadomość co do poniesionych szkód na zdrowiu oraz ich przyczyn. Nie jest natomiast konieczna świadomość popełnienia przy leczeniu błędu w sztuce lekarskiej, bowiem ta okoliczność ustalana jest dopiero w toku procesu.

Ustalenie winy lekarza wymaga przy tym odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Oczywiście rację ma skarżąca, że wywody i wnioski opinii nie mogą być przyjmowane bezkrytycznie, w szczególności w oderwaniu od materiału sprawy. Opinią biegłych sąd nie jest przede wszystkim związany w zakresie zastrzeżonym do swojej wyłącznej kompetencji, to znaczy co do oceny, czy zachowanie lekarza było obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione.

Podstawowe dyrektywy postępowania lekarza wyznacza art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Pod ich kątem następuje badanie bezprawności oraz zawinienia lekarza w każdym wypadku powstania tzw. szkody medycznej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010 r., w sprawie V CSK 287/09, opubl. w nr 10 OSP z 2012 r. pod poz. 95). Zgodnie z powołanym przepisem lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Jeżeli więc zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres kształcenia 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, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.) (por. wyroki: Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., w sprawie IV CSK 431/12, opubl. w systemie informatycznym Lex pod nr (...) i Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 5 marca 2014 r., w sprawie I ACa 1274/13, opubl. w nr 8 OSA z 2014 r. na str. 36-48).

Zgodnie z twierdzeniami zawartymi w pozwie i apelacji powódki do zarzucalnej niezgodności zachowania pozwanej w stosunku do przyjętego wzorca dochodzić miało na chronologicznie wszystkich etapach interakcji stron, co ukształtowało szeroki zakres koniecznych ustaleń w sprawie. Powszechnie przyjętym w judykaturze pozostaje bowiem pogląd, że pojęcie "błędu w sztuce lekarskiej" odnosi się nie tylko do błędu terapeutycznego (błąd w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania) (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 r., w sprawie IV CSK 64/13, opubl. w systemie informatycznym LEX pod nr (...)). Wykonanie zabiegu operacyjnego jest bowiem końcowym etapem procedury, na którą, również w analizowanym przypadku, składały się świadczenia diagnostyczne wykonywane przez pozwaną, stanowiące podstawę do podjęcia decyzji o

zabiegu operacyjnym, jego charakterze i zakresie. Z uwagi na bezsporne wystąpienie powikłań po wszczepieniu protez, rozważyć należało również zasadność zarzutów stawianych wobec zachowania pozwanej już po operacji z dnia 29 października 2009 roku, w szczególności podczas czterech kolejnych zabiegów korekcyjnych. Strona powodowa upatrywała przy tym szkody na osobie nie tylko w wyniku uszkodzenia ciała – deformacji biustu, lecz również wskutek konieczności przeprowadzenia kolejnych zabiegów, jak i doznawanych cierpień fizycznych oraz psychicznych.

Przeprowadzone przez Sąd pierwszej instancji postępowanie w sposób dostateczny wyjaśniło okoliczności faktyczne sprawy i dalsze prowadzenie postępowania dowodowego należało uznać za zbędne. Zawnioskowane przed apelującą dowody nie mogły mieć bowiem znaczenia dla oceny jej żądania. W ich ramach apelujący nie starał się wykazywać okoliczności obiektywnie istotnych dla oceny sprawy.

Bezspornym pozostawało, że powódka, udając się na pierwszą konsultacyjną wizytę do pozwanej lekarki, planowała wykonać zabieg estetyczny, przy czym kwalifikowała się do leczenia kilkoma różnymi metodami. Przyjmującego powódkę lekarza obciążał więc obowiązek szczegółowego poinformowania pacjentki o wszystkich konsekwencjach wynikających z zastosowania poszczególnych metod, w tym o stopniu i możliwym zakresie ryzyka powikłań tak, aby powódka mogła w sposób w pełni świadomy uczestniczyć w wyborze najlepszej dla siebie metody (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 26 lutego 2010 r., w sprawie I ACa 51/10, opubl. w nr 3 POSAG z 2010 r. na str. 22-34). Podkreślić przy tym należy, że pozyskanie przez pacjenta takich informacji jest szczególnie kluczowe w przypadku wykonywania zabiegów chirurgii estetycznej. Nie są one przecież motywowane potrzebą ratowania życia i zdrowia, lecz przeprowadza się je zazwyczaj wyłącznie w celu poprawienia zadowolenia pacjenta z własnych cech anatomicznych. Najistotniejszym uprawnieniem pacjenta w takim przypadku pozostaje więc możliwość rozmyślenia się, odstąpienia od wykonania początkowo wybranej czy też każdej alternatywnej metody leczenia.

Przeprowadzone dowody nie potwierdziły twierdzeń powódki, jakoby zmiana jej początkowych zamierzeń, to jest poddania się zabiegowi podniesienia piersi, nastąpiła w wyniku bezprawnych działań pozwanej. W szczególności nie doszło do naruszenia wyżej opisanego obowiązku informacyjnego przez pozwaną. Niekwestionowana okolicznością pozostawało, że pożądanym przez powódkę efektem operacji było podniesienie piersi, co mogło zostać osiągnięte także przy skutecznej implantacji protez. W żaden sposób nie można jednak przyjąć, że powódka wykluczała jednoczesne powiększenia biustu. Sąd Okręgowy trafnie zwrócił uwagę, że jej aktualne stanowisko stoi w oczywistej sprzeczności z jej własnym zachowaniem przed operacją z dnia 29 października 2009 roku. O ile nawet można zakładać, że oświadczenie o wyrażeniu zgody na ten rodzaj zabiegu złożone zostało wskutek nadmiernego zaufania wobec pozwanej, to dostrzec należy, że w trakcie przygotowań do operacji powódka nie tylko wybrała wielkość implantów, lecz na ten cel zaciągnęła nawet kredyt. Jej działania były więc zaplanowane, przemyślane, nieobarczone żadnym ładunkiem niepewności czy wahań. Po wtóre, twierdzenia o rzekomym niezadowoleniu powódki i członków jej rodziny z wielkości biustu po operacji nie dają się pogodzić z akceptacją późniejszych prób rewizji rany pooperacyjnej. Gdyby przecież założyć, że po pierwszym zabiegu umiejscowienia protez powódka byłaby niezadowolona, to powinna była zażądać usunięcia ich, wyrazić wolę wymiany na inne lub zażądać zmiany metody na pierwotnie planowane podniesienie piersi.

Za nieuzasadniony zatem należy uznać zarzut naruszenia art. 227 k.p.c. Przepis ten ma zastosowanie przed podjęciem rozstrzygnięć dowodowych i uprawnia sąd do selekcji zgłoszonych dowodów, jako skutku przeprowadzonej oceny istotności okoliczności faktycznych, których wykazaniu dowody te mają służyć. W konsekwencji twierdzenie, że przepis ten został naruszony przez sąd rozpoznający sprawę ma rację bytu tylko w sytuacji, gdy wykazane zostanie, że sąd przeprowadził dowód na okoliczności niemające istotnego znaczenia w sprawie i ta wadliwość postępowania dowodowego mogła mieć wpływ na wynik sprawy, a jego pośrednie naruszenie może polegać na odmowie przeprowadzenia przez sąd dowodu z uwagi na powołanie go do udowodnienia okoliczności niemających istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia w sytuacji, kiedy ocena ta była błędna (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2012 r., w sprawie sygn. II CSK 677/11, opubl. w systemie informatycznym Lex pod nr (...)). Do naruszenia art. 227 k.p.c. dochodzi w sytuacji, gdy sąd odmówił przeprowadzenia dowodu na fakty mające istotne znaczenie w sprawie, błędnie uznając, że nie mają one takiego charakteru (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 2012 r., w sprawie sygn. I CSK 124/12, opubl. w systemie informatycznym Lex pod nr Lex nr 1250552). Sytuacja taka w

sprawie nie zachodzi. Sąd Apelacyjny podziela w całości stanowisko Sądu Okręgowego, które motywowało oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii na okoliczność właściwego doboru implantów. Z wydanej już opinii wynikało przecież, że wielkość wybranych przez powódkę protez nie stała na przeszkodzie możliwości ich prawidłowego zaimplantowania w ciele. Nawet zaś w przypadku ustalenia, że z estetycznego punktu widzenia korzystniejsze byłyby protezy innej wielkości czy kształtu, o stosowaniu konkretnej pary zdecydowała powódka.

W tym miejscu należy też zaznaczyć, że wydając postanowienie z dnia 30 października 2013 roku, Sąd I instancji nie dopuścił się naruszenia nakazu płynącego z art. 279 k.p.c. Po pierwsze, trafnym jest zapatrywanie prawnej strony pozwanej, że przepis ten dotyczy jedynie pozytywnego rozstrzygnięcia o dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego. Kwestia ta wymaga podjęcia przez sąd decyzji co do liczby biegłych i ich wyboru, a to zapaść może dopiero po wysłuchaniu wniosków obu stron w tej materii (art. 278 § 1 k.p.c. i art. 279 k.p.c.). Wysłuchanie owo ma o tyle istotne znaczenie, że poznanie stanowiska stron ułatwia sądowi podjęcie decyzji kluczowej dla dowodu z opinii biegłego - co do osoby biegłego. W sprawie niniejszej wybór M. K. (2) nastąpił w oparciu o wcześniejsze uzgodnienie stanowiska stron, a powódka domagała się jedynie wydania opinii uzupełniającej przez tego samego biegłego. Podstawę do oddalenia wniosku w tym zakresie stanowiła zaś trafnie dokonana przez Sąd I instancji selekcja tez dowodowych. Gdyby więc nawet zakładać, że omawiane postanowienie powinno było zapaść na rozprawie, to wspomniane uchybienie nie miało wpływu na trafność rozstrzygnięcia, jak i wyniki postępowania dowodowego w sprawie.

Niczym nie uzasadniony jest zarzut przekroczenia przez Sąd Okręgowy zasady swobodnej oceny dowodów. Podkreślić należy, że naruszenie tej zasady nie może polegać na przedstawieniu przez stronę alternatywnego stanu faktycznego, a tylko na podważeniu przesłanek tej oceny z wykazaniem, że jest ona rażąco wadliwa lub oczywiście błędna i że zastosowane przez sąd kryteria oceny wiarygodności były oczywiście błędne (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 12 kwietnia 2001 r., w sprawie II CKN 588/99, opubl. w systemie informatycznym Lex pod nr (...) i z dnia 16 kwietnia 2002 r., w sprawie V CKN 1446/00, opubl. w systemie informatycznym Lex pod nr (...)). W ocenie Sądu II instancji nie doszło do uchybienia przepisowi art. 233 § 1 k.p.c. Podnosząc tego rodzaju zarzut, powódka starała się przede wszystkim zakwestionować konkluzje opinii biegłego sądowego z zakresu chirurgii plastycznej i czynione w oparciu o ten dowód ustalenia faktyczne Sądu Okręgowego, odwołując się do własnych twierdzeń i zeznań. Specyfika oceny dowodu z opinii biegłego wyraża się jednak w tym, że sfera merytoryczna opinii kontrolowana jest przez sąd, który nie posiada wiadomości specjalnych, w istocie tylko w zakresie zgodności z zasadami logicznego myślenia, doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Odwołanie się przez sąd do tych kryteriów oceny stanowi więc wystarczające i należyte uzasadnienie przyczyn uznania opinii biegłego za przekonującą.

Skierowane przeciwko opinii M. K. (2) zastrzeżenia okazały się całkowicie polemiczną reakcją na wyciągnięte przez biegłego wnioski. Skarżąca wskazała, że założenia badawcze dotyczące przebiegu wykonywanych przez pozwaną zabiegów operacyjnych zostały dokonane w oparciu o zbyt zdawkowe zapisy dokumentacji medycznej. W ocenie Sądu odwoławczego okoliczność ta nie podważa jednak fachowości biegłego. Całokształt zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego nie wskazywał, aby pozwana w sporządzanej dokumentacji zatajała fakty istotne dla oceny prawidłowości jej zachowania. Skarżąca nie wskazała żadnych innych źródeł, z których mogłyby pochodzić informacje stanowiące dodatkowe założenia badawcze biegłego w omawianym zakresie. Przeciwnie, nie zakwestionowała zeznań pielęgniarki H. M., która kontaktowała się z powódką po zabiegu 29 października 2009 roku i wskazywała, że początkowo rana pooperacyjna nie odbiegała na niekorzyść od przyjętego standardu.

W świetle omawianej opinii biegłego, podczas kolejnych zabiegów na ciele powódki doszło do zachowań pozwanej, które sprzeciwiały się wzorcowi lekarskiego postępowania. Nieprawidłowym sposobem leczenia było zaniechanie usunięcia implantu po niepowodzeniu pierwszego zabiegu korekcyjnego. W tym zakresie ujawniona została jednak okoliczność o bardzo istotnym znaczeniu dla ostatecznej oceny działań D. Ż. – wyrażanie przez powódkę wyraźnej zgody na podjęcie i kontynuowanie dalszych prób wykorzystania implantu. Pozytywne zweryfikowanie twierdzeń strony pozwanej w tym zakresie, nie jest obarczone jakimkolwiek błędem.

W pierwszej kolejności za chybiony należy poczytać zarzut oparcia ustaleń faktycznych na przedłożonym przez pozwaną oświadczeniu z k. 156. Skarżąca konsekwentnie podważała wprawdzie pochodzenie tego dokumentu,

zaprzeczając, aby go osobiście podpisywała. Błędny jest jednak jej stanowisku, że wobec zakwestionowania tego dokumentu prywatnego, to pozwana była zobligowana wykazać jego prawdziwość, a tego nie uczyniła. Przeciwnie, zgodnie z przepisem art. 253 k.p.c. jeżeli strona zaprzecza prawdziwości dokumentu prywatnego albo twierdzi, że zawarte w nim oświadczenie osoby, która je podpisała, od niej nie pochodzi, obowiązana jest okoliczności te udowodnić. Jeżeli jednak spór dotyczy dokumentu prywatnego pochodzącego od innej osoby niż strona zaprzeczająca, prawdziwość dokumentu powinna udowodnić strona, która chce z niego skorzystać. W orzecznictwie i doktrynie zgodnie przyjmuje się, że art. 253 k.p.c. dotyczący rozkładu ciężaru dowodu w przypadku obalania domniemań związanych z dokumentem prywatnym, należy interpretować w związku z obowiązywaniem regulacji zawartej w art. 245 k.p.c. Przepis ten wskazuje, że dokument prywatny stanowi dowód tego, że osoba, która go podpisała, złożyła oświadczenie zawarte w dokumencie. Artykuł 253 k.p.c. ustanawia zarówno domniemanie prawdziwości dokumentu prywatnego, jak i rozstrzyga o regule ciężaru dowodu w razie podważania prawdziwości tego dokumentu. Z tego przepisu - art. 253 k.p.c. w zw. z art. 245 k.p.c. jednoznacznie wynika, że obok domniemania prawdziwości wymienione przepisy statuują domniemanie, że zawarte w dokumencie prywatnym oświadczenie złożyła osoba, która ten dokument podpisała. Skutkuje to przyjęciem, że na stronie, która dokument prywatny podpisała, spoczywa - stosownie do art. 253 k.p.c. - obowiązek obalania domniemania, że zawarte w tym dokumencie oświadczenie od niej pochodzi (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2000 r., w sprawie II CKN 668/98, opubl. w systemie informatycznym LEX pod nr (...)).

Strona powodowa nie podołała wyżej omówionemu obowiązkowi procesowemu. Skarżąca, powołując się na rzekomy błąd logiczny przy ocenie dowodów nie dostrzega, że zarówno zeznania pielęgniarki, jak i anesteziolog nie zaprzeczają w istocie pochodzeniu dokumentu. Wynika z nich jedynie, że wymienione kobiety nie posiadają wiedzy o okolicznościach wystawienia oświadczenia. Nie przekreśla to możliwości przyjęcia w oparciu o relację bezpośrednio obserwatora, to jest pozwanej, że oświadczenie zostało podpisane osobiście przez powódkę. Rolą Sądu I instancji, w myśl domniemania wynikającego z art. 253 k.p.c., nie było generowanie hipotez w jakim konkretnie miejscu, czasie i okolicznościach do tego doszło. Bardzo istotnym, o ile nie rozstrzygającym, kontrdowodem w tym zakresie mogła być natomiast opinia biegłego z zakresu badania pisma ręcznego. Strona powodowa, również w apelacji, nie podjęła jednak takiej inicjatywy.

Strona pozwana nie przedstawiła wprawdzie pisemnych oświadczeń powódki o wyrażeniu zgody na wykonanie zabiegów z dnia 20 listopada 2009 roku, 12 grudnia 2009 roku i 9 stycznia 2010 roku. Nie wykluczało to jednak skutecznego dowodzenia dwukrotnego wyrażenia takiej zgody. W ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie została uregulowana kwestia skutków prawnych niezachowania pisemnej formy zgody pacjenta na zabieg operacyjny. W orzecznictwie sądowym powszechnie przyjmuje się, że jest to przejaw woli podobny do oświadczenia woli, co z kolei pozwala na odpowiednie zastosowanie przepisów dotyczących oświadczeń woli oraz czynności prawnych, w tym zwłaszcza normujących formę czynności prawnych (art. 73 i nast. k.c.). Niezachowanie formy pisemnej pociąga zatem za sobą jedynie ograniczenia dowodowe w toczącym się procesie, nie eliminując skutków prawnych samej zgody.

Zaoferowany na wspomnianą okoliczność materiał dowodowy ograniczał się do zeznań D. Ż.. Skarżąca nie przedstawiła jednak jakiegokolwiek argumentacji przeciwko pozytywnemu zweryfikowaniu wypowiedzi pozwanej. Sąd Apelacyjny również nie znalazł podstaw do podważania trafności dokonanych przez Sąd I instancji ustaleń. Przemawiała za tym ponadto bezpodstawność twierdzeń powódki co do pochodzenia pisemnego oświadczenia z k. 156. Pozwana tymczasem wyraźnie wskazywała, że usunięcie i rezygnacja z implantu wymagały decyzji pacjentki. Relacja D. Ż. nie stała w sprzeczności z zasadami logiki. Należy przecież dostrzec, że analizowane leczenie odbywało się w warunkach całkowicie komercyjnych. Motywacją pozwanej nie była jednak chęć zysku i zwiększania obciążeń finansowych pacjentki, skoro nie pobierała wynagrodzenia za kolejne zabiegi korekcyjne rany. Wreszcie trafnym jest stanowisko, że ewentualna zmiana decyzji w trakcie operacji w dniach 20 listopada 2009 roku, 12 grudnia 2009 roku, 22 grudnia 2009 roku lub 9 stycznia 2010 roku i usunięcie protez narażałoby pozwaną na odpowiedzialność za przeprowadzenie tego konkretnego zabiegu bez zgody pacjentki.

Podjęcie trzech kolejnych prób zszycia rany było ponadto prawdopodobne w świetle zasad doświadczenia życiowego. Z poczynionych ustaleń wynikało przecież, że powódka poniosła znaczące koszty nabycia implantu oraz pierwszej

operacji, zaciągając w tym celu kredyt. Wyobrażenie niepowodzenia wiązać się zatem musiało u niej nie tylko z rozżaleniem z powodu braku efektu estetycznego, lecz również i z poniesieniem straty finansowej. W tej sytuacji można więc zakładać, iż to powodce zależało na dalszych próbach wykorzystania implantu i to nawet w sytuacji, gdy wiedziała o możliwych konsekwencjach w postaci utraty części własnych tkanek przy rewizjach rany pooperacyjnej, zwiększaniu się blizny a nawet asymetrii piersi w wypadku ewakuowania implantu.

Pacjent wyrażając zgodę na zabieg bierze na siebie ryzyko zwykłych powikłań pooperacyjnych, przy założeniu, że nie zostaną one spowodowane z winy, najlżejszej choćby, lekarza. Z tego, między innymi powodu, ocena, iż określona szkoda jest skutkiem niepowodzenia medycznego, objętego wyłącznym ryzykiem pacjenta, wymaga niebudzących wątpliwości ustaleń odnośnie do przyczyn szkody, w całym łańcuchu zdarzeń, które ją spowodowały (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r., w sprawie IV CSK 431/12, opubl. w systemie informatycznym LEX pod nr (...)).

Zgoda powódki na przeprowadzenie wszystkich zabiegów inwazyjnych nie oznaczała oczywiście wyrażenia akceptacji dla naruszenia jej dóbr w wyniku komplikacji i szkód spowodowanych wadliwym zachowaniem pozwanej. W orzecznictwie sądowym powszechnie przyjętym został jednak pogląd, że ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent obejmuje zwykłe powikłania pooperacyjne (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2003 r., w sprawie III CK 34/02, opubl. w nr 4 OSP z 2005 r. pod poz. 54). Z opinii biegłego wynika, że do takiej kategorii zjawisk doszło właśnie w analizowanym przypadku. Pozwana mogła wprawdzie hipotetycznie wyobrazić sobie ich wystąpienie, jednak brak było danych, aby u tej konkretnej pacjentki przed wykonaniem pierwszego zabiegu można było podejrzewać wystąpienie surowiczaka czy zakażeń bakteryjnych. W odpowiedzi na te komplikacje podejmowane były przy tym na bieżąco prawidłowe metody leczenia antybiotykoterapią i środkami przeciwbólowymi.

Brak zaś było dowodów na okoliczność, że otwieranie się rany po późniejszych zabiegach korekcyjnych były wynikiem czynnika jatrogennego, to jest wynikającego z działania lub zaniechania lekarza. Jakkolwiek bowiem w oparciu o opinię biegłego M. K. ustalonym zostało, że przyczyną wystąpienia komplikacji mogło być zbyt luźne zszycie rany, to nie sposób również wykluczać, że decydujące znaczenie miały czynniki endogenne, pochodzące z ciała powódki lub inne okoliczności, nieobciążające pozwanej. Tymczasem to do strony powodowej należało wykazanie w sposób pewny, niebudzący wątpliwości i wykluczający jakiekolwiek inne wersje, że w związku przyczynowym z powstaniem powikłań było zawinione zachowanie lekarza.

Niedbałymi okazały się natomiast działania pozwanej podczas zdejmowania szwów z zagojonej rany w dniu 20 lutego 2010 roku, zakończyły się bowiem pozostawieniem jednego szwu w ciele pacjentki. Został on jednak ostatecznie usunięty w niedługim czasie przez innego lekarza a pozostawienie go nie przyczyniło się do powstania uszczerbku na zdrowiu powódki. Nie była to zatem nieprawidłowość, która w świetle przepisu art. 445 § 1 k.c. uzasadniałaby przyznanie zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Następstwem podjętych przez pozwaną zabiegów była zmiana właściwości anatomicznych biustu powódki. W szczególności pooperacyjne blizny, jak i asymetria okazały się bardziej rozległe niż w wypadku, gdyby pozwana podjęła się tylko jednokrotnej korekcyjnej rewizji i zszywania otwartej rany. Wbrew zarzutom wyrażonym w apelacji, Sąd Okręgowy nie zbagatelizował jednak tej kwestii. Dostrzegł przecie, że powiększenie blizn stanowiło podjęte przez powódkę ryzyko kolejnych prób zszycia otworu pooperacyjnego. A. W. (1), w oparciu o zasób wiedzy dostępny dla osoby nieposiadającej informacji z zakresu chirurgii plastycznej, powinna była przewidywać, że te kolejne próby zwiększą zakres zmian anatomicznych. Dla dokonania ustaleń zbędne było więc porównywanie wielkości występujących aktualnie blizn z typowo przewidywanymi po jednokrotnej korekcie rany, a Sąd Okręgowy oddalając wniosek dowodowy strony powodowej nie dopuścił się naruszenia art. 227 k.p.c.

Skarżąca nie zdołała podważyć również ustalenia, że z estetycznego punktu widzenia wygląd jej biustu nie wskazuje na oszpecenie. Sąd I instancji w zakresie tej oceny trafnie odwołał się do wiedzy specjalnej biegłego. Wskazał on, że asymetria kształtu i wielkości piersi mieści się w granicach fizjologicznych, przy czym czynnikami, które okazały się decydujące były prawidłowe zagojenie się łoży po implantach, wzrost wagi powódki od chwili operacji i spowodowane tym zjawiskiem nagromadzenie tkanki. W ciąg zdarzeń włączyło się zatem niezależne od stron i

korzystne zjawisko, które zniwelowało potencjalny uszczerbek na zdrowiu. Nie sposób wprawdzie wykluczyć, że w przypadku spadku masy ciała, dojść może do kolejnych zmian wyglądu biustu i bardziej jaskrawego uwidocznienia następstw przeprowadzonych przez pozwaną trzech „nadmiernych” operacji rewizji i szycia. Niezależnie jednak od tego, że zwiększenie zakresu ingerencji w kształt biustu spowodowany został podjętymi za zgodą powódki kolejnymi próbami umieszczenia implantu, z opinii biegłego wynika, że zmiany te nie stanowią deformacji.

Nie sposób kwestionować, że sam przebieg leczenia wiązał się z negatywnymi przeżyciami powódki, a ostateczne efekty nie spełniły jej oczekiwań. Wobec braku możliwości przypisania pozwanej odpowiedzialności za skutki leczenia oddalić należało jednak również wnioszek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego psychologa. Uszczerbek zdrowia psychicznego, który powódka zamierzała w oparciu o ten dowód wykazać, mógł wprawdzie zostać uznany za następstwo prowadzonego leczenia chirurgicznego, jednak w związku z tym leczeniem nie sposób było postawić pozwanej zarzutu winy. Decyzja procesowa Sądu I instancji, podjęta w omawianym zakresie postanowieniem z dnia 26 lutego 2014 roku, okazała się zatem trafnym zahamowaniem akceleracji kosztów procesu.

Mając na uwadze powyższe, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację.

O kosztach postępowania odwoławczego orzeczono z mocy art. 98 §1 k.p.c. i art. 391 §1 k.p.c., wyrażających zasadę odpowiedzialności za wynik procesu. Na tym etapie postępowania, strona pozwana poniosła koszty w postaci wynagrodzenia pełnomocnika będącego radcą prawnym w wysokości określonej przez § 6 ust. 1 pkt 6 w zw. z § 12 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 490). W ocenie Sądu Apelacyjnego, brak było podstaw do odstąpienia od obciążania A. W. (1) tymi kosztami w oparciu o zasadę słuszności wyrażoną w art. 102 k.p.c. Dla możliwości zastosowania powołanego przepisu szczególne znaczenie ma bowiem ocena zachowania się stron z punktu widzenia zasad współżycia społecznego. O ile nawet wytoczenie powództwa poprzedzone było subiektywnym przekonaniem o jego zasadności, to zaskarżone rozstrzygnięcie, jak i argumentacja podniesiona w pisemnych motywach wyroku, stanowiły dla A. W. (1) wystarczającą wskazówkę bezzasadności zgłoszonych żądań. Wynik postępowania apelacyjnego spowodował więc, że powódka jest obowiązana zwrócić przeciwnikowi poniesione na tym etapie koszty w całości.