

Sygn. akt: I C 579/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 stycznia 2016 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSO Wojciech Waclaw
Protokolant:	sekr. sądowy Edyta Smolińska-Kasza

po rozpoznaniu w dniu 30 grudnia 2015 r. w Olsztynie

sprawy z powództwa **J. P.**

przeciwko R. M.

z udziałem interwenienta ubocznego - Towarzystwo (...) S.A. w W.

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego R. M. na rzecz powoda J. P. kwotę 7500,- (siedem tysięcy pięćset) tytułem zadośćuczynienia oraz kwotę 3300,- zł tytułem odszkodowania wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2009 r. do dnia zapłaty;

II. w pozostałej części oddala powództwo;

III. zasądza od powoda na rzecz pozwanego kwotę 2000,-zł tytułem zwrotu części kosztów procesu;

IV. zasądza od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kwotę 1000 zł tytułem zwrotu części kosztów procesu;

V. nakazuje ściągnąć od powoda z zasądzonego roszczenia na rzecz Skarbu Państwa – Kasa Sądu Okręgowego w Olsztynie kwotę 1000,- zł tytułem części zwrotu kwot tymczasowo wyłożonych ze Skarbu Państwa na poczet wynagrodzeń biegłych w pozostałej części od ściągnięcia kosztów sądowych odstępując.

Sygn. akt: I C 579/15

(...)

Powód J. P. wniósł o zapłatę od pozwanego R. M. kwoty 80.000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 15 sierpnia 2009 r., na którą to kwotę składa się 22.000 zł tytułem odszkodowania, 3.000 zł tytułem zwrotu za usługi stomatologiczne oraz 55.000 zł tytułem zadośćuczynienia.

W uzasadnieniu powód podniósł, że w sierpniu 2006 r. podjął leczenie protetyczne w prywatnym gabinecie stomatologicznym pozwanego – lekarza dentysty. Przyczyną rozpoczęcia leczenia były odczuwalne przez niego reakcje

bólów na zimno i ciepło w okolicy zębów 25 i 26. Pozwany podjął się leczenia i założył nowy most. Dolegliwości powoda jednak nie ustąpiły. Podczas kolejnej wizyty w grudniu 2006 r. pozwany stwierdził zgorzel miazgi zęba 25, w związku z czym rozpoczął leczenie kanałowe. W międzyczasie nasiliły się dodatkowo problemy z mostem, który – na skutek złamania filarów zębów 21, 23, 25 - ostatecznie odpadł. Podejmowane przez pozwanego działania naprawcze nie przynosiły efektu. Założony przez niego ponownie most ulegał wielokrotnemu odcementowaniu, w konsekwencji czego powód był zmuszony kontynuować leczenie. W lutym 2008 r. w okolicy zęba 23 stwierdzono ropień, ponadto zwiększyła się ruchomość mostu. W dniu 28 marca 2008 r. nastąpiło zdjęcie mostu. Jednocześnie doszło do złamania zrębu filarów 21,23, 35.

Na skutek nieprawidłowego leczenia – polegającego na odstąpieniu przez pozwanego od przygotowania powoda do leczenia protetycznego, w tym nieprzeprowadzenia leczenia endodontycznego oraz kanałowego, a także niezastosowania wkładów koronowo-korzeniowych – J. P. doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w postaci trwałego uszkodzenia zębów, co skutkowało winno ich usunięciem (ekstrakcją). Z tego też powodu – w ocenie powoda - będzie on zmuszony ponieść koszt leczenia naprawczego – implantoprotetycznego ubytków zębowych odcinka obejmującego zęby sieczne oraz przedtrzonowe strony lewej w wysokości minimum 22.000 zł, czego dowodzi treść załączonego zaświadczenia

Zdaniem powoda pozwany winien również zwrócić mu kwotę 3.000 zł, którą uiścił za wykonane wadliwe zabiegi protetyczne; nadto kwotę 55.000 zł z tytułu zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. (k. 2-9)

Pozwany R. M. wniósł o oddalenie powództwa w całości. Wymieniony wskazał, że w trakcie leczenia powoda dochował należytej staranności wymaganej od niego jako lekarza dentysty. Nie ponosi zatem odpowiedzialności za efekt – niezadawalającej w ocenie J. P. – kuracji. Tym bardziej, że za stwierdzone u powoda podczas terapii komplikacje odpowiada on sam - nie stosował się bowiem do jego zaleceń, dopuszczał się zaniedbań i ostatecznie korzystał z zabiegów protetycznych innych lekarzy. Dowodzi tego okoliczność, że w grudniu 2006 r., kiedy powód zgłosił się do gabinetu pozwanego z bolesnością zęba 25, pozwany stwierdził ostateczne zacementowanie mostu przez innego dentystę. W tej sytuacji zmuszony był podjąć się wykonania zabiegu otworu w moście celem dojścia do miazgi zębowej, co mogło spowodować osłabienie korony zęba. Nie może tym samym ponosić odpowiedzialności za ten skutek. Nie on bowiem oceniał stan uzębienia powoda przed ostatecznym stałym zacementowaniem mostu.

Pozwany podniósł nadto, że powód nie wyraził – pomimo stwierdzenia ruchomości mostu na filarach 23 i 25 - zgody na wykonanie zabiegu i kontrolnego badania rtg podczas kolejnej wizyty w sierpniu 2007 r. Przystał na zdjęcie mostu dopiero we wrześniu 2007 r. Pozwany nie może zatem odpowiadać za wskazane zaniechanie. Użytkowanie, pomimo przeciwwskazań pozwanego, nieszczelnej i ruchomej protezy spowodowało przeciążenie zębów filarowych i przyspieszyło procesy próchnicze tkanek twardych zębów. Podjęte w tej sytuacji przez pozwanego naprawcze działania nie przyniosły zamierzonego efektu.

Powód bezzasadnie zrezygnował także, mimo propozycji pozwanego, z bezpłatnego zabezpieczenia zębów filarowych. Wykonując natomiast – już po zakończeniu leczenia w gabinecie pozwanego - protezę akrylową osiadającą, co wiązało się ze skróceniem filarów zębów co najmniej do linii dziąseł, doprowadził do zniszczenia powierzchni nośnej zębów, a w konsekwencji do przyspieszenia procesów próchniczych i utraty wartości protetycznej zębów. Powyższe dowodzi, że winę za powstałe komplikacje ponosi powód który nie stosował się do zaleceń i ostatecznie przerwał leczenie u pozwanego na rzecz innych dentystów.

W związku z powyższym pozwany zanegował, aby powód dowiódł istnienia związku przyczynowo – skutkowego między powstałą szkodą a jego działaniami. Niezależnie od powyższego zakwestionował również wysokość kwoty żądanej przez powoda odszkodowania oraz zadośćuczynienia. (k. 60-63)

Do sprawy wstąpił po stronie pozwanego interwent uboczny - Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W.. (k. 125)

Wyrokiem dnia 10 października 2014 r. Sąd Okręgowy w Olsztynie oddalił powództwo uznając w oparciu o opinie biegłych, iż pozwany w okresie od 23 sierpnia 2006 r. do 15 grudnia 2006 r. nie dopuścił się żadnych zaniedbań wobec faktu, iż w tym okresie nie miał możliwości wdrożenia leczenia u powoda.

Niemożliwość ta wynikała z faktu, iż powód nie stawił się wizytę kontrolną po założeniu mostu tymczasowego i postawił pozwanego przed faktem dokonanym zakładając most stały w innym gabinecie.

Dalsze leczenie powoda Sąd Okręgowy również uznał za prawidłowe. (k.790).

Orzeczenie to wskutek zaskarżenia przez powoda wyrokiem z dnia 16 września 2015 r. zostało uchylone do ponownego rozpoznania, przy przesądzeniu braku właściwego leczenia przedprotetycznego powoda przez pozwanego i braku doniosłości faktu ewentualnego założenia mostka stałego w miejsce tymczasowego przez innego lekarza, wobec braku leczenia kanałowego niektórych zębów i wykonania wkładów koronowo korzeniowych przez pozwanego. (k. 901 i nast.)

Rozpoznając sprawę ponownie Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

Powód J. P. w 2005 r. leczył się stomatologicznie w gabinecie lekarza (...).

(dowód: zaświadczenia lekarskie k. 162-163)

W dniu 23 sierpnia 2006 r. powód zgłosił się do gabinetu stomatologicznego R. M. celem wykonania pracy protetycznej – wymiany mostu.

Stan uzębienia J. P. w momencie rozpoczęcia leczenia nie był zadawalający. Składało się na niego 8 zębów, przy tym rozległe braki międzyzębowe boczne. Zęby stanowiące filar mostu, tj. 21 – którego kanał korzeniowy był niedopełniony, 12 – nieprawidłowo przeleczone kanał i 11 – zagrożony głęboką próchnicą w korzeniu pod starą koroną, wymagały przeprowadzenia leczenia kanałowego, nadto wykonania wkładów koronowo-korzeniowych przed wykonaniem mostu.

Pozwany w toku wizyty powoda dokonał oceny filarów pod przyszłą pracę protetyczną oraz wykonał zdjęcia rtg zębów, które miały stanowić filary mostu.

Nie uznał przy tym za konieczne przeprowadzenia leczenia kanałowego zębów 11, 12, 21.

Także nie uznał za konieczne, by zachodziła potrzeba wykonania wkładów koronowo-korzeniowych przed wykonaniem mostu, choć taka potrzeba w oparciu o dostępną mu dokumentację i wyniki badań obiektywnie z punktu widzenia wiedzy medycznej i dobra pacjenta zachodziła.

W toku drugiej wizyty dnia 30 sierpnia 2006 r. zaplanowano założenie mostu lanego licowanego porcelaną wspartego na zębach 11, 12, 23, 25.

Podczas wizyty w dniu 8 września 2006 r. pozwany oszlifował filary mostu, pobrał wycisk masy silikonowej. Następnie oszlifowane filary zabezpieczył mostem tymczasowym.

W trakcie wizyty w dniu 22 września 2006 r. pozwany dokonał przymiarki mostu.

W dniu 26 września 2006 r. pozwany zacementował most tymczasowo, nie stwierdził reakcji powoda na opuk (ból).

Na zaplanowanej dwa tygodnie później wizycie powód nie stawił się.

Powód zgłosił się do pozwanego w dniu 15 grudnia 2006 r. sygnalizując silny ból zęba 25. Pozwany stwierdził wówczas zgorzel miazgi zęba i silny ból.

Pozwany podjął leczenie zęba 25 i w tym celu wykonał wejście przez koronę do kanału zęba 25. Leczenie to zakończyło się powodzeniem bowiem na kolejnej wizycie w dniu 12 stycznia 2007 r. nie stwierdzono bólu, kanał zęba wypełniono Endomethazonem, uszczelniono gutaperką natomiast koronę wypełnioną gładjonomerem zamknięto kompozytem.

Podczas wizyty w dniu 13 sierpnia 2007 r. pozwany stwierdził ruchomość mostu. W związku z powyższym pouczył powoda o konieczności zdjęcia mostu. Jednocześnie pozwany nie zgodził się na wykonanie zdjęć rtg. Powód poinformował pozwanego, że leczy się w innym gabinecie.

Na kolejną zaplanowaną wizytę powód nie zgłosił się.

W toku wizyty w dniu 19 września 2007 r. pozwany z uwagi na znaczną ruchomość na filarach 23 i 25 dokonał zbitcia mostu. W zębie 23 pozwany zainstalował wkład standardowy tytanowy, natomiast w zębie 25, (w którym nastąpiła odłamanie części koronowej w toku zbijania mostu), wkład kompozytowy. Most tymczasowo zacementowano.

W czasie wizyty w dniu 12 października 2007 r. pozwany stwierdził lekką bolesność zęba 25. Powód zgłaszał nieregularne dolegliwości bólowe w szczęcie po lewej stronie. Pozwany nie stwierdził ruchomości zacementowanego tymczasowo mostu.

W dniu 30 października 2007 pozwany, podczas wizyty powoda, stwierdził całkowite rozcementowanie tymczasowego cementowania i brak bólu. Pozwany dokonał oczyszczenia filarów i zdecydował o ostatecznym zacementowaniu mostu.

W dniu 22 stycznia 2008 r. miała miejsce kolejna wizyta, w trakcie której stwierdzono odłamanie korony zęba 12. Pozwany stwierdził bolesność zęba 23, 25 na opuk i nagryzanie, podejrzewając zapalenie zatoki szczękowej.

W toku wizyty powoda w dniu 25 stycznia 2008 pozwany stwierdził ustąpienie dolegliwości bólowych, opracował mechanicznie korzeń zęba w osi kanału, zacementował wkład kompozytowy, odbudował złamany zrąb korony i zacementował koronę.

W czasie kolejnej wizyty powoda w dniu 20 lutego 2008 r. pozwany stwierdził ropień trzyzębny korzenia 23. Pozwany pod znieczuleniem udroźnił jamę ropnia i zalecił konsultację u chirurga stomatologa.

Z kolei w trakcie wizyty w dniu 28 marca 2008 r. pozwany dokonał zdjęcia mostu, w trakcie której to czynności doszło do odłamania części koronowej 21 i 11, przedniej ściany zęba 23. Powód nie zgodził się na zabezpieczenie zębów w sposób proponowany przez pozwanego.

Ostatnia wizyta powoda w gabinecie pozwanego miała miejsce w dniu 9 kwietnia 2008 r. Pozwany zaproponował wówczas powodowi usunięcie zęba 23, odbudowę zębów 11,21,25 i wykonanie po kosztach technicznych protezy zębowej. Powód nie wyraził zgody na powyższe.

W dniu 24 lipca 2008 r. w gabinecie lekarza (...) odlana została proteza częściowa, górna, która z uwagi na wyjazd powoda do sanatorium założona została na niezabezpieczone korzenie zębów 11, 21, 25.

Korzenie zębów 12, 11, 21, 23, 25; zęby 12, 11, 23, w których powierzchnie nośne zniszczone są poddłużsłowo, zakwalifikowano do usunięcia.

Korzenie zębów 23, 25 usunięto powodowi w 2014 r. i 2015 r. i obecnie korzysta on z protezy tzw. klasycznej.

Powód w okresie leczenia nie zawsze należycie utrzymywał higienę jamy ustnej, również nie zawsze realizował recepty zaordynowane przez pozwanego tj. w dniach 13 sierpnia 2007 r. i 22 stycznia 2008 r.: na zakup maści antybiotykowej Carident i antybiotyku Dalacin C.

Stan zdrowia powoda, w tym zdiagnozowana u niego cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, migotanie przedsionków, dyskwalifikuje go do leczenia implantologicznego.

(dowód: opinia pisemna M. G. k. 327-332; opinia uzupełniająca M. G. k. 364-368; opinia pisemna T. M. k. 423-429; opinia uzupełniająca T. M. k. 487-490; opinia pisemna M. G. k. 552-555; opinie uzupełniające M. G. k. 668-670 i k. 699-703; oryginały kart leczenia powoda k. 204, 213; częściowo zeznania powoda k. 208v-209,951-952; częściowo zeznania pozwanego k. 209-210,952v-954; dokumentacja fotograficzna k. 78-79, 582; kserokopia zaświadczenia k. 151, k. 213; pisma z NFZ-u k. 136, 463)

Powód w dniach 30 sierpnia 2007 r.; 11 i 18 września 2007 r.; 25 października 2007 r.; 27 grudnia 2007 r.; 10 stycznia 2008 r.; 2 i 21 lipca 2008 r.; 9 kwietnia 2008 r.; 3 października 2008 r.; 9 i 27 stycznia 2009 r.; 16,18 i 20 marca 2009 r.; 18,19,31 sierpnia 2009 r.; 2 i 16 grudnia 2009 r. odbył wizyty u innych lekarzy dentyków.

(dowód: zaświadczenia lekarskie k. 93 /ksero/, k. 151 -152 /ksero/, k. 157-166 /ksero/, k. 168 /ksero/, k. 199, k. 204; dokumentacja fotograficzna k. 167; dane medyczne k. 137; pisma k. 140, 147; dane medyczne k. 137)

Orzeczeniem Okręgowego Sądu Lekarskiego (...) Izby Lekarskiej w O. z dnia 14 maja 2012 r. pozwany został uniewinniony od popełnienia przewinienia zawodowego mającego polegać na niedopełnieniu należytych starań podczas leczenia stomatologiczno-protetycznego J. P. w latach 2006 – 2008.

(dowód: dokumentacja z akt sprawy (...); kserokopia orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego k. 96-104, kserokopia protokołu k. 107-108; kserokopia pisma powoda z dnia 23.04.2008 r. k. 22-26, kserokopia dokumentacji k. 27-42, k. 477-481)

Przy kolejnym ponownym rozpoznaniu sprawy postępowania wobec pozwanego zostało umorzone z uwagi na przedawnienie

(k.412, 426 akt j.w.)

U powoda nie stwierdzono pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, w szczególności zaburzeń stresowych pourazowych, zaburzeń adaptacyjnych, wskutek nieprawidłowego leczenia stomatologicznego. Poniesiona przez wymienionego szkoda nie stała się przyczyną trwałego uszczerbku na jego zdrowiu psychicznym.

(dowód: opinia sądowo-psychiatryczna k. 245-248)

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie, co w konsekwencji doprowadziło do zasądzenia od pozwanego na rzecz powoda odszkodowania w kwocie 3.300 zł oraz zadośćuczynienia za doznaną przezeń krzywdę w kwocie 7.500 zł.

W pierwszej przy tym kolejności należało wskazać, iż podstawę faktyczną dochodzonego pozwem roszczenia stanowiło wadliwe przeprowadzenie przez R. M. w latach 2006-2008 leczenia protetycznego J. P., co – w ocenie powoda – pozostawało w bezpośrednim związku ze skutkiem w postaci zniszczenia powierzchni nośnych zębów 11, 12, 23 oraz 25 i ostatecznie stwierdzoną koniecznością przeprowadzenia ich ekstrakcji.

Podstawę prawną zaś dochodzonych roszczeń stanowiły, w zakresie zgłoszonego żądania odszkodowania - art. 415 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., a odnośnie do żądania zadośćuczynienia - art. 445 § 1 k.c. W doktrynie i judykaturze powszechnie przyjmuje się bowiem, że błędy diagnostyki i terapii stanowią przesłanki odpowiedzialności lekarza z tytułu czynu niedozwolonego. Lekarz, w tym lekarz dentyista, ma wykonywać zawód - co jest oczywistym - zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Obowiązkiem lekarza jest zatem również śledzenie postępów wiedzy i stałe jej uzupełnianie oraz wykonywanie swego zawodu z należyłą starannością. Wynika to nie tylko z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty, ale także

z art. 355 k.c., który choć wprost odnosi się do dłużnika, może i powinien być stosowany do oceny wszelkich sytuacji wiążących się z odpowiedzialnością deliktową (por. wyrok SA w Warszawie z 07.03.2014 r., I ACa 1244/13).

Trzeba mieć przy tym na uwadze, że błąd taki, wynikający zwykle z wadliwych przesłanek, na których oparł się lekarz, to postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej, kategoria obiektywna, niezależna od konkretnej osoby, czy okoliczności (por. wyrok SN z 1.04.1955 r., IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7). O zaistnieniu elementu obiektywnego winy lekarza decyduje naruszenie przez niego praw pacjenta, zaś element subiektywny wiąże się z możliwością postawienia lekarzowi w konkretnej sytuacji zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w rezultacie naganego zachowania się. Wśród praw pacjenta, o których mowa w art. 18 i 19 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w kontekście podstawy faktycznej powództwa, na pierwszy plan należy wysunąć prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej. Z prawem tym skorelowany jest obowiązek lekarza wynikający z art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry polegający na wykonywaniu zawodu zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Dokonując ustaleń i oceny w zakresie prawidłowości działań podejmowanych wobec powoda przez pozwanego Sąd oparł się na treści dokumentacji medycznej powoda (oryginały znajdujące się na k. 213, których autentyczność strony zgodnie potwierdziły dodatkowo na rozprawie w dniu 18 listopada i 30 grudnia 2015 r., k. 939, 952) i przede wszystkim wnioskami płynącymi z opinii – głównych oraz uzupełniających - autorstwa M. G. (3) biegłej z zakresu protetyki stomatologicznej, M. G. (4) biegłego z zakresu stomatologii zachowawczej i endodoncji oraz T. M. (2) biegłej z zakresu stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej.

Biegli ci dysponujący całokształtem zgromadzonego na potrzeby niniejszego postępowania materiału dowodowego w postaci przede wszystkim wzmiankowanej dokumentacji, zgodnie i spójnie wypowiedzieli się na temat podjętych przez pozwanego w latach 2006-2008 wobec powoda działań diagnostycznych i leczniczych, wskazując, że kwestią zasadniczą, rzutującą na ocenę jego postępowania jako lekarza dentystry, było zaniechanie przeprowadzenia odpowiedniego leczenia przedprotetycznego pacjenta. Wypowiadając się w tej mierze biegli wnikliwie ustosunkowali się przy tym do argumentacji obu stron wskazując, że niezależnie od zgłoszenia (bądź nie), przez powoda w trakcie pierwszej wizyty w dniu 23 sierpnia 2006 r. reakcji bólowych, (którą to okoliczność negował pozwany i która nie znalazła odzwierciedlenia w karcie pacjenta), to na lekarzu dentyście podejmującym decyzję o wymianie mostu ciążył obowiązek wyeliminowania wszelkich stanów patologicznych zębów – filarów tego mostu. Ekspertsi podkreślali jednoznacznie, że niezależnie od odczuwania przez pacjenta bólu zębów, powodzenie leczenia protetycznego – polegającego na zamontowaniu, bądź wymianie, mostu - zależne jest od wyeliminowania na jego wstępnym etapie ewentualnych punktów zapalnych.

Zapatorywanie owo należy uznać za tym bardziej trafne, jeśli się weźmie pod uwagę fakt, iż stan uzębienia powoda w sierpniu 2006 r. nie był zadawalający, zaś zęby mające stanowić podstawę rozległego, wielofilarowego, mostu, tj. 21 i 12 wykazywały ślady wcześniejszego, wadliwego, leczenia kanałowego, zaś 11 - głęboką próchnicę korzenia pod koroną na powierzchni dystalnej. W takiej sytuacji, stosując diagnostykę radiologiczną, (co uczynił zresztą pozwany), miał on - w ocenie ekspertów - uzasadnione podstawy do przyjęcia, iż odstąpienie od przeprowadzenia leczenia endodontycznego, spowoduje ujemne konsekwencje dla pacjenta.

Tak też biegła M. G. (3) wprost w opinii głównej oraz uzupełniającej stwierdziła, że pozwany był obowiązany – uwzględniając informacje uzyskane w toku leczenia powoda, jak też stan ówczesnej wiedzy protetycznej - przeprowadzić leczenie kanałowe i wykonać wkłady koronowo-korzeniowe w zębach 11, 21 i 23 powoda (ze wskazaniem wkładów indywidualnych). Tożsamy pogląd wyrazili w opiniach głównych oraz uzupełniających biegły z zakresu stomatologii zachowawczej i endodoncji M. G. (4) oraz biegła z zakresu stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej T. M. (2).

W tej sytuacji stanowisko pozwanego odnośnie słuszności wyboru metody i planu leczenia powoda nie znajduje swego procesowego i przede wszystkim medycznego uzasadnienia, tym bardziej, że biegli jednoznacznie wskazali,

że skutkiem umocowania mostu na niewyleczonych i niezabezpieczonych właściwie zębach powoda było kilkakrotne jego odcementowanie się, w wyniku czego zęby uległy złamaniom, co w dalszej kolejności skutkowało koniecznością podjęcia przez pozwanego doraźnych działań naprawczych, (tj. wykonaniem dopiero na późniejszym etapie wkładów koronowo-korzeniowych).

W opisanej sytuacji, wobec jednoznacznych, nie budzących wątpliwości, wzajemnie się uzupełniających wniosków przeprowadzonych na potrzebę niniejszego postępowania pisemnych opinii biegłych M. G. (3), M. G. (4) oraz T. M. (2), twierdzenia pozwanego, jakoby w sposób zgodny ze sztuką przeprowadził leczenie przedprotetyczne powoda nie znajduje uzasadnienia.

Co przy tym istotne, odpowiedzialności pozwanego nie może niweczyć stanowisko pozwanego co do dokonania trwałego zacementowania mostu powoda przed dniem 15 grudnia 2006 r. przez nieustalonego lekarza dentystę. Nie negując, że zapis na karcie pacjenta ze wskazanej daty wskazuje, iż cementowania tego nie dokonał pozwany (oryginał k. 213) - co w świetle stanowiska wyrażonego zgodnie przez biegłych M. G. (3), M. G. (4) oraz T. M. (2), zdaje się być mało prawdopodobne (choć niewykluczone) – podkreślić należy, że kwestia ta nie miała pierwszorzędno znaczenia dla określenia skuteczności i zasadności podjętych przez niego rozwiązań leczniczych. Jak to już wyżej bowiem wskazano, istotnym dla rozstrzygnięcia w sprawie był brak zastosowania przez pozwanego odpowiedniego leczenia przedprotetycznego, co stanowiło przyczynę dla ciągu dalszych niekorzystnych dla powoda następstw, choć nie wszystkich.

Co do tego ostatniego - potwierdza to stanowisko M. G. (4), w świetle którego cementowanie trwałe mostu w 2006 r. nie miało związku z powstaniem i zdiagnozowaniem u powoda w dniu 15 grudnia 2006 r. „zgorzeli miazgi” zęba 25 (k. 699). Koresponduje to z opinią M. G. (5), która wyjaśniła, że wystąpienie tzw. „zgorzeli”, tj. stanu zapalnego miazgi zęba, nie można rozpatrywać w kategorii błędu medycznego, albowiem jest ona powszechnie spotykanym powikłaniem mogącym wystąpić w związku z oszlifowaniem zęba pod koronę. Nie można zatem tutaj obarczać pozwanego odpowiedzialnością za jej powstanie, tym bardziej, że w związku z jej zdiagnozowaniem podjął on właściwe działania lecznicze, powszechnie akceptowane w tego typu sytuacjach (k. 328).

Zwrócić nadto wypada uwagę, że M. G. (4) wykluczył, aby trwałe zacementowanie mostu w 2006 r. mogło być przyczyną późniejszej ruchomości mostu na filarach 23 i 25. Ekspert wskazał, że problem ten wiązać należy raczej z utratą retencji koron 25 i ewentualnie 23 na filarach, co z kolei wynikało z niewystarczającej wytrzymałości struktury koronowej zębów filarowych (oba zęby nie były zaopatrzone we wkłady koronowo-korzeniowe zwiększające retencję, k. 701). Tezie tej - wbrew stanowisku strony pozwanej - nie przeczy przy tym zapis opinii biegłej M. G. (5), która podała wszak jedynie, że nie jest w stanie wykluczyć, aby nieprawidłowe cementowanie mostu mogło stać się przyczyną złej retencji pracy (k. 367).

Oceny powyższej nie niweczy również fakt wydania przez Okręgowy Sąd Lekarski (...) Izby Lekarskiej w O. orzeczenia z dnia 14 maja 2012 r. , na mocy którego pozwany został uniewinniony od popełnienia przewinienia zawodowego mającego polegać na niedopełnieniu należytych starań podczas leczenia stomatologiczno-protetycznego J. P. w latach 2006 – 2008. Pomijając, że wskazane orzeczenie nie wiąże Sądu w niniejszej sprawie, podnieść należy, że zostało ono wydane w oparciu o opinie H. S., która – w przeciwieństwie do biegłej M. G. (3), dysponującej na potrzeby niniejszego postępowania zdjęciami zębów rtg z dnia 23 sierpnia 2006 r. oraz pantomogramem z dnia 14 stycznia 2005 r. – miała dostęp wyłącznie do kopii zdjęć rentgenowskich uzębienia powoda z 2007 lub 2008 roku. Wymieniona, co sama zresztą przyznała, nie mogła zatem sformułować jednoznacznych i wiążących wniosków co do potrzeby, (bądź braku potrzeby), leczenia kanałowego powoda przed zastosowaniem leczenia protetycznego, jak też odnośnie do potrzeby zastosowania wobec niego metalowych wkładów korzeniowych w zębach 11, 21 i 23.

Jak ustalono i opisano zatem powyżej, pozwany R. M. podjął niewłaściwą metodę leczenia przedprotetycznego powoda i niewątpliwie zaniechanie przeprowadzenia przez niego leczenia kanałowego i wykonania wkładów koronowo-korzeniowych w zębach 11, 21 i 23 w konsekwencji doprowadziło do powstania szkody z postaci pogorszenia jego stanu uzębienia, tj. zniszczenia powierzchni nośnych tychże zębów.

W tym miejscu wskazać jednakże trzeba, na którą to okoliczność słusznie powołuje się strona pozwana, że wpływ na pogorszenie stanu uzębienia powoda, miały również jego działania bądź zaniechania.

Z dokumentacji medycznej załączonej do akt sprawy wynika mianowicie, że powód nie zawsze stosował się do zaleceń pozwanego - nie stawiał się mianowicie na wizytę kontrolną zaplanowaną po dniu 26 września 2006 r., kiedy to został mu zacementowany tymczasowo most oraz po dniu 13 sierpnia 2007 r., kiedy to stwierdzono ruchomość mostu. Ponadto nie utrzymywał właściwej higieny jamy ustnej, (okoliczność potwierdzona dodatkowo przez lekarza stomatologa L. B., k. 151v) i nie zrealizował recept zaordynowanych przez pozwanego w dniach 13 sierpnia 2007 r. i 22 stycznia 2008 r.: na zakup maści antybiotykowej Carident i antybiotyku Dalacin C.

Co więcej, w świetle wniosków opinii M. G. (3) i T. M. (2) nie może budzić wątpliwości, że powód odrzucając w 2008 r. propozycję pozwanego co do przeprowadzenia bezpłatnej rehabilitacji uzębienia (poprzez usunięcie zęba 23, odbudowę zębów 11,21,25 i wykonanie po kosztach technicznych protezy zębowej) - działał w jakimś stopniu na swoją niekorzyść, przyczyniając się do zwiększenia szkody czy krzywdy.

Zgoda na proponowane przez pozwanego zabiegi uchroniłaby bowiem zęby przed dalszym zniszczeniem i koniecznością ich usunięcia. Podobnie biegłe oceniły decyzję powoda o rezygnacji z zabezpieczenia korzeni zębów filarowych i o wykonaniu protezy akrylowej osiadającej na niezabezpieczone korzenie zębowe, co w konsekwencji wykluczyło możliwość wykonania jakiegokolwiek zabiegu poza ekstrakcją tych korzeni. Zdaniem ekspertów powód pozbawił się tym samym leczenia alternatywnego (k. 368, k. 427- 428).

W opisanej sytuacji przyjąć zatem należało, że powód przyczynił się do zwiększenia negatywnych skutków zaniechań pozwanego z szkody.

Zgodnie zaś z treścią art. 362 k.c., jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, obowiązek jej naprawienia ulega odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron. Wystarcza w takiej sytuacji obiektywna nieprawidłowość zachowania się poszkodowanego. Domniemanie prawne normalności związku przyczynowego staje się wówczas niewzruszalne (tak Sąd Najwyższy z dnia 5 września 2012 r, IV CSK 25/12, Lex 1232240). Jak ustalono i opisano powyżej głównym odpowiedzialnym za pogorszenie stanu uzębienia powoda niewątpliwie był pozwany, który jako specjalista w swojej dziedzinie podjął wadliwą decyzję odnośnie leczenia przedprotetycznego, co doprowadziło do zniszczenia powierzchni nośnych zębów 11, 21 i 23. W przekonaniu Sądu jednak J. P. ignorując zalecenia pozwanego, jak też stosując się do nich w sposób wybiórczy, a także ostatecznie odrzucając jego pomoc i podejmując samodzielnie decyzję o wyrobieniu protezy akrylowej wpłynął na zakres szkody, w stopniu 25 %.

Ostateczną i efektywną przy tym szkodę Sąd ustalił przyjmując za bazową kwotę odszkodowania sumę 4400,- zł, która to obrazuje koszt leczenia protetycznego alternatywnego prowadzącego do stanu (czy najbliższej prowadzącego do stanu) jaki miał być pożądanym i realnie osiągniętym u powoda, gdyby jego leczenie u pozwanego było przeprowadzone prawidłowo i wypadło pomyślnie. (opinia prof. dr. hab. M. G. – k. 332).

Opinia w tym zakresie zresztą nie została przez powoda zakwestionowana

Uwzględniając wszystkie wyżej wskazane okoliczności, w tym stopień przyczynienia, Sąd zasądził zatem na podstawie art. 415 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c., od pozwanego na rzecz powoda kwotę 3.300 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia upływu terminu wezwania wymienionego do zapłaty, co miało miejsce w dniu 15 sierpnia 2009 r. (pkt I wyroku).

Sąd przy tym nie mógł zasądzić dodatkowo poniesionych już przez powoda kosztów leczenia, bowiem w takiej to sytuacji byłby on w istocie nienależnie wzbogacony, skoro szkoda jest to różnica pomiędzy stanem majątkowym w sytuacji, gdyby do czynu niedozwolonego nie doszło (czyli przy poniesionych już kosztach leczenia), a tym jaki powstał w sytuacji leczenia zniweczonego wymagającego kosztów leczenia ponowionego. Ów dodatkowy koszt 4400,- stanowi tu zatem szkodę efektywną, podlegającą kompensacie.

Jednocześnie za bezpodstawne uznano żądanie uiszczenia na rzecz powoda przez powoda kwoty 22.000 z tytułu ewentualnego poniesienia kosztów leczenia implanto-protetycznego. Pomijając bowiem okoliczność, że tego typu kuracja jest zabiegiem ponadstandardowym i dalece wykraczającym ponad to co powód chciał i mógł osiągnąć lecząc się u pozwanego niekoniecznym, stwierdzić tu trzeba, iż stan zdrowia powoda, w tym stwierdzone u niego schorzenia w postaci cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i migotania przedsionków, stanowi przeciwwskazanie do jej przeprowadzenia. Z tego też względu żądanie powoda w omawianym zakresie nie mogło zostać uwzględnione i podległo oddaleniu.

Zgodnie natomiast z treścią z art. 445 § 1 k.c. w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, przy czym suma pieniężna stanowić ma ekwiwalent szkody niemajątkowej. W myśl przyjętego w doktrynie i w orzecznictwie Sądu Najwyższego poglądu, zadośćuczynienie winno mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, przy czym jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną. Zadośćuczynienie powinno być środkiem pomocy dla poszkodowanego i pozostawać w odpowiednim stosunku do rozmiaru krzywdy i szkody niemajątkowej. Na krzywdę poszkodowanego składają się z kolei cierpienia fizyczne w postaci bólu i innych dolegliwości oraz cierpienia psychiczne polegające na ujemnych uczuciach przeżywanych bądź w związku z cierpieniami fizycznymi, bądź w związku z następstwami uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, zwłaszcza trwałymi i nieodwracalnymi. Jednocześnie kwota zadośćuczynienia nie może być nadmierna oraz winna być należyście wyważona i utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (wyrok Sądu Najwyższego z 22 kwietnia 1985 r., II CR 94/85, Lex nr 8713).

Tak więc z jednej strony zadośćuczynienie musi przedstawiać wartość ekonomicznie odczuwalną, z drugiej zaś powinno być utrzymane w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej. Zasada umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia trafnie łączy wysokość zadośćuczynienia z wysokością stopy życiowej społeczeństwa, gdyż zarówno ocena, czy jest ono realne, jak i czy nie jest nadmierne, pozostawać musi w związku z poziomem życia (wyrok Sądu Najwyższego z 12 września 2002 r., IV CKN 1266/00). Jednocześnie reguła umiarkowanej wysokości zadośćuczynienia nie może oznaczać przyzwolenia na lekceważenie takich bezcennych wartości jak zdrowie czy integralność cielesna, a okoliczności wpływające na określenie tej wysokości, jak i kryteria ich oceny muszą być zawsze rozważane indywidualnie w związku z konkretną osobą poszkodowanego i sytuacją życiową, w której się znalazł (wyrok Sądu Najwyższego z 13 grudnia 2007 r., I CSK 384/07, LEX nr 351187). Zgodnie zaś z utrwalonym już stanowiskiem Sądu Najwyższego, przy ocenie wysokości zadośćuczynienia należy uwzględnić przede wszystkim nasilenie cierpienia, długotrwałość choroby, rozmiar kalectwa, trwałość następstw zdarzenia oraz konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym (tak Sąd Najwyższy m. in. w wyroku z 10 czerwca 1999 r., UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626 oraz w wyroku z 24 października 1968r., I CR 383/68, LEX nr 6407).

Dla określenia ewentualnego rozmiaru cierpień psychicznych, bądź negatywnych skutków rzutujących na funkcjonowanie sfery psychicznej powoda nieodzownym stało się w pierwszej kolejności wsparcie się w tej mierze na stanowisku biegłego z zakresu psychiatrii, który w swej kompletnej, jasnej i wyczerpującej opinii nie stwierdził u wymienionego pogorszenia stanu zdrowia psychicznego, w szczególności zaburzeń stresowych pourazowych, zaburzeń adaptacyjnych, wskutek nieprawidłowego leczenia stomatologicznego. Wynika z tego, że powód, na skutek leczenia w gabinecie pozwanego, nie doznał z pewnością trwałego uszczerbku na zdrowiu psychicznym. Tym niemniej, Sąd miał na uwadze, że zapatrywanie biegłego może stanowić tylko pomocniczy środek ustalania rozmiaru odpowiedniego zadośćuczynienia.

Sądowi nie umknęło bowiem uwadze to, iż pomimo braku trwałych następstw w omawianej płaszczyźnie, należy wziąć pod uwagę fakt, że uzębienie jest istotnym elementem wizerunku, wpływa na sposób postrzegania w otoczeniu.

Nie można w tej sytuacji pominąć zatem elementu dyskomfortu psychicznego, jakiego powód doświadczył w związku ze świadomością pogorszenia stanu zębów i ostatecznie niemożności korzystania z mostu opartego na filarach.

Skala tego, choć oczywiście nieprzekładalna wprost na wysokość zadośćuczynienia, niewątpliwie pośrednio musi rzutować na ocenę wysokości wyjściowo ustalonej kwoty zadośćuczynienia.

Mając na względzie wszystkie wyżej wskazane okoliczności, w tym kompensacyjny charakter zadośćuczynienia ale i zasadę jego umiarkowanej wysokości Sąd uznał, że odpowiednią kwotą zadośćuczynienia dla strony powodowej w realiach niniejszej sprawy będzie kwota w wysokości 10000,-zł, co przy uwzględnieniu przyczynienia daje kwotę 7.500 zł (punkt I wyroku).

Oczywiście można tu posiłkowo za podstawę prawną zadośćuczynienia wskazać art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który przewiduje, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym i zgodnie z art. 9 tej ustawy pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia..

Zgodnie zaś z art. 4 ust. 1 ww. ustawy, w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego, co jak się wydaje znajduje również oparcie w stanie faktycznym sprawy.

Z wyłożonych zaś powyżej przyczyn powództwo w pozostałym zakresie, jako bezzasadne, podlegało oddaleniu (punkt II).

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 100 oraz art. 102 kpc zasądzając część należnych przeciwnej stronie kosztów, pomimo złożonych przez pozwanego i interwenienta ubocznego żądań zwrotu kosztów procesu w całości.

Orzekając o powyższym Sąd miał na uwadze fakt, iż powód jest w trudnej sytuacji majątkowej. Co więcej powód mógł tkwić w uzasadnionym przekonaniu o swej racji, co zresztą obrazuje przebieg procesu i jego ostateczny wynik.

Sama zaś kwota zadośćuczynienia jest wynikiem oceny Sądu i zastosowania prawa sędziowskiego, nie sposób zatem uznać, by wniesienie pozwu o kwotę zawyżoną było wyłącznie wynikiem niedbalstwa powoda.

Ponadto w toku sprawy zostały poniesione tymczasowo przez Skarb Państwa wydatki z tytułu sporządzenia pisemnych opinii z zakresu protetyki stomatologicznej, stomatologii zachowawczej i endodoncji oraz z zakresu stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej. O nieuiszczonych kosztach sądowych obejmujących wydatki na opinie biegłych orzeczono zgodnie z art. 113 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, dokonując ich ściągnięcia od powoda w kwocie 1.000 zł na rzecz Skarbu Państwa. W pozostałym zaś zakresie odstąpiono od ściągnięcia kosztów sądowych.