

Sygn. akt I ACa 580/20

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 kwietnia 2022 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Paweł Rygiel
Protokolant:	st. sekretarz sądowy Grzegorz Polak

po rozpoznaniu w dniu 4 kwietnia 2022 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa B. J.

przeciwko (...) Szpitalowi (...) (...) w K. (poprzednio (...) Centrum (...) w K.)

o zapłatę

na skutek apelacji powódki

od wyroku Sądu Okręgowego w Krakowie

z dnia 9 grudnia 2019 r. sygn. akt I C 1803/13

1. **oddala apelację;**

2. **nie obciąża powódki kosztami postępowania apelacyjnego;**

3. **przyznaje od Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Krakowie na rzecz radcy prawnego M. G. kwotę 5.400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych), w tym podatek od towarów i usług, tytułem wynagrodzenia za pomoc prawną udzieloną powódce z urzędu w postępowaniu apelacyjnym.**

SSA Paweł Rygiel

sygn. akt I ACa 580/20

## UZASADNIENIE

wyroku z dnia 4 kwietnia 2020 r.

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy oddalił powództwo B. J. (poprzednio: S.) skierowane przeciwko (...) Szpitalowi (...) (...) w K. (poprzednio: (...) Centrum (...) w K.) o zapłatę kwoty 150.000 zł z ustawowymi odsetkami tytułem zadośćuczynienia oraz kwoty 1.000 zł miesięcznie tytułem renty, jak też o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości. Zgłoszone żądania powódka wywodziła z twierdzenia o wadliwym przeprowadzeniu u niej zabiegu operacyjnego wymiany stawu skokowego prawego na sztuczny.

Sąd I instancji ustalił, że w 2004 r. B. J. doznała złamania prawej nogi, czego konsekwencją była konieczność prowadzenia leczenia połączonego z zabiegami operacyjnymi oraz występowanie u niej dalszych problemów zdrowotnych. Wynikiem tych dolegliwości (wynikających m.in. z rozpoznanych uprzednio zmian zwyrodnieniowych stawu skokowego, objawiających się bólem i ograniczeniami ruchowymi) była konieczność poddania powódki zabiegowi wstawienia endoprotezy stawu skokowego prawego. Zabieg ten został przeprowadzony w dniu 17 czerwca 2011 r. w pozwanej placówce medycznej.

Sąd Okręgowy - po odwołaniu się do okoliczności dotyczących przyjęcia powódki do szpitala, odnotowanego w dokumentacji medycznej rozpoznania, opisu zabiegu operacyjnego (alloplastyki totalnej prawego stawu skokowego protezą (...) firmy (...)), odnotowaniu faktu wybrania dla powódki protezy o optymalnym rozmiarze, odnotowaniu, iż powódka została wypisana ze szpitala w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, przy zaordynowaniu jej sposobu postępowania po zabiegu oraz rehabilitacji – wskazał, że w przebiegu pooperacyjnym po usunięciu szwów skórnych u powódki wystąpiła martwica brzeźna skóry dalszej części blizny pooperacyjnej. W związku z powyższym wdrożono antybiotykoterapię i uzyskano wygojenie rany.

Dalej Sąd ustalił, iż powódka uskarżała się na liczne bóle i brak poprawy w związku z zaordynowaną rehabilitacją. Efekty rehabilitacji były niejednorodne: od obserwowanej poprawy do nieznacznego zmniejszenia poważnego ograniczenia ruchomości (w zakresie stawu skokowego).

Sąd wskazał, że powódka podejmowała konsultacje w innych placówkach medycznych. W Poradni (...) w K., po wykonaniu u powódki badania radiologicznego, stwierdzono zbyt dużą protezę oraz kolizję implantu skokowego ze strzałką oraz nasiloną artrozę w stawie. Pozostawiono do rozważenia możliwość realloplastyki lub artrodezy stawu skokowego. Z kolei w Poradni (...) sp. z o.o. stwierdzono widoczną sklerotyzację wokół implantu piszczelowego oraz zmiany zwyrodnieniowe stawu skokowo-piętowego, jak też istnienie poszerzonych obrysów stawu skokowego oraz ból przy palpacji okolicy kostki bocznej. Powódka została skierowana do poradni (...) przy klinice (...) w Z., a w dalszym toku lekarz konsultujący jednoznacznie wskazał, że pacjentka kwalifikuje się do rewizji endoprotezy stawu skokowego.

W rezultacie B. J. została przyjęta do (...) Oddziału (...) (...) Szpitala (...) w Z. – Kliniki (...), gdzie w dniu 15 lutego 2017 roku przeprowadzono u niej realloplastykę prawego stawu skokowego. Zabieg polegał na usunięciu endoprotezy I. oraz implantacji endoprotezy T.. Operacja miała przebieg niepowikłany, a powódka odbyła w warunkach szpitalnych również cykl rehabilitacji okołoperacyjnej. Z kolei w dniu 7 września 2018 r., w tej samej placówce, przeprowadzono u powódki operację polegającą na wydłużeniu ścięgien prostowników palca I Iv i V prawej stopy oraz kapsulotomię stawu międzypaliczkowego bliższego palca IV i V.

Sąd Okręgowy, w oparciu o opinię biegłego B. K. ustalił, że sporny zabieg wstawienia u powódki endoprotezy stawu skokowego z dnia 17 czerwca 2011 w został przeprowadzony właściwie. W szczególności zaimplantowano prawidłowy rozmiar endoprotezy, zaś technika operacyjna oraz opieka pooperacyjna na podstawie dostępnych materiałów nie może być kwestionowana. W okresie pooperacyjnym nie doszło do ropienia rany, a jedynym powikłaniem była brzeźna martwica skóry części dalszej blizny pooperacyjnej, która nastąpiła w wyniku niezamierzonego uszkodzenia drobnych naczyń skórnych oraz obrzęku pooperacyjnego. Nie doszło u powódki do kolizji implantu skokowego z kością strzałkową. Biegły podkreślił, że na podstawie zdjęć RTG stawu skokowo-goleniowego stwierdzić można, że nie doszło do kontaktu elementu piszczelowego oraz skokowego ze strzałką. Jednocześnie nie można stwierdzić, żeby występowała impresja w kości strzałkowej w wyniku kolizji z elementem piszczelowym. Nie przesądza o wadliwości (tj. zbyt dużym rozmiarze) pierwotnie zaimplantowanej endoprotezy fakt, że w toku realloplastyki wstawiono powódce implant o innym rozmiarze. Po pierwsze, w trakcie zabiegu zostały usunięte poszczególne elementy endoprotezy, co doprowadziło do zmniejszeniem podłoża kostnego. Po drugie, dalsze przygotowanie pod implant skokowy wiąże się z kolejnym zmniejszeniem łoża kostnej. O prawidłowości doboru wielkości pierwotnej endoprotezy świadczy też (obserwowany na zdjęciach RTG wykonanych po realloplastyce) brak stałych odkształceń w obrębie kości strzałkowej, które wystąpiłyby na skutek stałego, długotrwałego ucisku przez krawędź elementu piszczelowego. Sama realloplastyka nie mogłaby z kolei doprowadzić do załagodzenia takiego stanu. Wzięcie pod uwagę obecnego stanu

zdrowia powódki prowadzi do wniosku, że po zakończeniu leczenia możliwe będzie podjęcie przez nią ponownie pracy zawodowej.

Omawiając zgromadzony w sprawie materiał dowodowy Sąd I instancji wskazał, iż w toku postępowania przeprowadził dowody z opinii 2-ch biegłych: W. R. (1) i B. K.. Opinie te różniły się od siebie też co do wielkości użytej endoprotezy. Biegły R., na podstawie oglądu zdjęć RTG wywodził, że u powódki doszło do kolizji implantu ze strzałką, z czego biegły wnioskował, iż u powódki zastosowano zbyt duży implant. Sąd Okręgowy nie przyjął za wykazane tych okoliczności, opierając się na ocenie wynikającej z opinii biegłego K.. W ocenie Sądu biegły ten w sposób wyczerpujący i przekonujący wyjaśnił, dlaczego brak jest podstaw do przyjęcia, że zdjęcia RTG uzasadniają stawianie tez o istnieniu przedmiotowej kolizji.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy, odwołując się do treści art. 445 § 1 k.c. i art. 44 § 2 k.c. oraz art. 361 § 1 k.c. uznał, że ustalone w sprawie okoliczności powodują, iż nie są spełnione przesłanki określone w/w przepisami. Przede wszystkim ustalenia faktyczne wskazują, że nie doszło do bezprawnego i zawinionego działania pozwanej placówki, skoro sporny zabieg operacyjny został wykonany prawidłowo, przy zastosowaniu właściwego rozmiaru protezy, zastosowaniu właściwej techniki operacyjnej i prawidłowej opiece pooperacyjnej. U powódki nie doszło do przemieszczenia implantu ani jego kolizji z kością strzałkową, a w konsekwencji – do powstania impresji i stałego odkształcenia w obrębie kości. Ewentualne powikłania późne nie stanowią wyniku zaniedbań lekarskich, postępowania sprzecznego z wiedzą i standardami medycznymi, lecz są wynikiem naturalnego ryzyka związanego z przeprowadzeniem tego typu zabiegu operacyjnego.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c.

Od powyższego orzeczenia apelację wniosła powódka, zarzucając naruszenie prawa procesowego, a to:

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez przekroczenie zasad swobodnej oceny dowodów przejawiające się w wysunięciu wniosków dalej idących niż pozwalał na to materiał dowodowy i oparcie orzeczenia na nieprawidłowych ustaleniach dokonanych przez biegłego B. K., w zakresie przyjęcia, że lekarze zaimplantowali prawidłowy rozmiar endoprotezy stawu skokowego, podczas gdy przeciwne wnioski wynikają z badania przeprowadzonego w 2013 r. przez prof. T. G., jak też z opinii biegłego W. R. oraz dalszej dokumentacji medycznej;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego i wnikliwego rozważenia materiału dowodowego, w tym poprzez nie powołanie trzeciego biegłego, pomimo że z materiału dowodowego wynikało, że opinie 2-ch biegłych znajdujące się w aktach sprawy są ze sobą sprzeczne i się wzajemnie wykluczają, a pozwana skutecznie uniemożliwia wyjaśnienie sprawy poprzez niedostarczenie dokumentacji z przebiegu operacji, w tym ilości dostępnych rozmiarów endoprotezy, oraz dokumentacji z prowadzonej rehabilitacji pooperacyjnej powódki;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez przekroczenie zasad swobodnej oceny dowodów przejawiające się w wysunięciu wniosków dalej idących niż pozwalał na to materiał dowodowy, a to przez przyjęcie, że na Sali operacyjnej podczas operacji powódki dostępne były 4 rozmiary endoprotezy, podczas gdy z zeznań świadka wynika jedynie, że są 4 rozmiary endoprotezy;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego i wnikliwego rozważenia materiału dowodowego, w tym poprzez niezasadne nierozpoznanie wniosku dowodowego powódki wskazanego w piśmie z dnia 26 marca 2014 r. z nagrania rozmowy powódki z dr J., w którym doktor przyznał, że założona powódce endoproteza była za duża, bo tylko taka była w szpitalu;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego i wnikliwego rozważenia materiału dowodowego, w tym poprzez nieprzeprowadzenie dowodu z dokumentacji z przebiegu operacji oraz z przebiegu rehabilitacji u pozwanej;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez brak wszechstronnego i wnikliwego rozważenia materiału dowodowego, w tym poprzez nieustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu powódki powstałego w wyniku operacji u pozwanej;

- art. 327<sup>1</sup> § 1 k.p.c. poprzez nie odniesienie się do wszystkich dowodów wskazanych w sprawie;

- art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 231 k.p.c. w zw. z art. 299 k.p.c. poprzez nie przesłuchanie powódki, podczas gdy powódka wskazywała odmienny opis procesu leczenia niż wynikało to z zeznań świadków, a także powoływała się na rozmowę z dr (...), z której wynikało, że podczas operacji nie było dostępnych innych rozmiarów endoprotezy poza tą, którą wstawiono powódce.

Apelująca zarzuciła także błąd w ustaleniach faktycznych, poprzez błędne ustalenie, że:

- podczas spornego zabiegu operacyjnego na Sali operacyjnej były dostępne 4 rozmiary endoprotezy i dla powódki wybrano optymalny rozmiar;

- powódce wszczepiono prawidłowy rozmiar endoprotezy, który nie uciskał na kość strzałkową;

- rehabilitacja powódki była przez pozwana prowadzona w sposób prawidłowy;

- zastosowano u powódki prawidłową technikę operacyjną;

- nieustalenie stopnia uszczerbku na zdrowiu powódki będącą konsekwencją leczenia u pozwanej.

Powódka zarzuciła, że w konsekwencji powołanych wyżej błędów doszło do naruszenia przepisów prawa materialnego tj. art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz art. 361 k.c. poprzez ich niezastosowanie.

Apelująca powódka wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i uwzględnienie powództwa w całości, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania – w obu przypadkach przy uwzględnieniu kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powódce z urzędu.

Wniosła o dopuszczenie dowodu z opinii kolejnego (trzeciego) biegłego, z przesłuchania powódki, z nagrania rozmowy z dr (...), z dalszej dokumentacji medycznej pozostającej w posiadaniu strony pozwanej.

Strona pozwana wniosła o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja powódki nie może odnieść zamierzonego skutku.

Istota problemu występującego w sprawie sprowadza się do ustalenia przyczyn dyskomfortu powódki po przeprowadzeniu u niej spornego zabiegu operacyjnego w pozwanej placówce medycznej i przyczyn, dla których konieczne było przeprowadzenie u powódki reoperacji alloplastyki prawego stawu skokowego. Poza sporem pozostaje bowiem, że po zabiegu z dnia 17 czerwca 2011 r. powódka uskarżała się na dolegliwości bólowe i brak ruchomości stawu, jak też, że już w toku procesu – bo w dniu 15 lutego 2017 r. – przeprowadzono u powódki w (...) Szpitalu (...) w Z. realloplastykę prawego stawu skokowego, która polegała na usunięciu endoprotezy założonej w pozwanej placówce i założeniu endoprotezy nowej. Powódka, powołując się na informacje uzyskiwane w innych placówkach w ramach podjętego leczenia oraz odwołując się do opinii biegłego R., wskazuje, iż lekarze operujący u strony pozwanej wadliwie wykonali zabieg, a błąd medyczny miał polegać na założeniu zbyt dużej endoprotezy oraz na takim wykonaniu zabiegu, że jego skutkiem było powstanie kolizji pomiędzy implantem ze strzałką oraz przemieszczenie implantu. Tezy te nie znalazły potwierdzenia w opinii biegłego K., którego wnioski były podstawą dokonanych w sprawie ustaleń faktycznych. Stąd apelacja powódki koncentruje się na zakwestionowaniu prawidłowości konkluzji podanych przez

w/w biegłego, a nadto akcentuje potrzebę uzupełnienia postępowania dowodowego w sprawie – formułując liczne zarzuty skierowane przeciwko podstawie faktycznej.

Zasadnie zarzuca apelująca powódka bezzasadne pominięcie dowodu z dokumentacji z przebiegu operacji. Istotnie, w toku postępowania przed Sądem I instancji powódka wniosowała o zobowiązanie strony pozwanej do przedłożenia dokumentu – protokołu operacyjnego z dnia 17 czerwca 2011 r. Jest oczywiste, że badając prawidłowość spornego zabiegu operacyjnego, biegły winien dysponować przedmiotowym dokumentem. W tym zakresie postępowanie dowodowe zostało uzupełnione przez Sąd Apelacyjny i pozwany Szpital, na żądanie Sądu, przedłożył odpis protokołu operacyjnego z zabiegu powódki.

W tym zakresie niezbędne zatem było uzupełnienie dowodu z opinii biegłego poprzez złożenie przez biegłego K. ustnej opinii uzupełniającej. Przedmiotem tej opinii było także wyjaśnienie przyczyn realloplastyki wykonanej u powódki w dniu 15 lutego 2017 r.

Na tej podstawie Sąd Apelacyjny uzupełnił ustalenia faktyczne poprzez stwierdzenie, iż sporny zabieg został u powódki przeprowadzony w sposób prawidłowy, a przy jego wykonaniu personel medyczny nie dopuścił się błędu. Dobrano powódce prawidłową protezę przy pomocy przymiaru w trakcie zabiegu operacyjnego i uzyskano dobrą stabilność stawu. Późniejsze obluźowanie endoprotezy było elementem ryzyka operacyjnego. Stopa powódki była chora – stwierdzono u niej chorobę wielotkankową, co przy dużych naciskach na elementy endoprotezy, przy słabej tkance kostnej, mogło wpływać na powstanie ubytków kostnych i obluźowanie implantu. Zapisy w protokole operacyjnym z realloplastyki wykonanej u powódki w dniu 15 lutego 2017 r. wykluczają, by pierwotnie, w trakcie spornego zabiegu, założono powódce zbyt dużą endoprotezę. Niedopasowanie implantu byłoby widoczne dla operujących, którzy usuwali pierwotną endoprotezę, jak też widoczne byłoby, gdyby implant pozostawał w kolizji ze strzałką. Tego rodzaju wady musiałyby być odnotowane w protokole operacyjnym z dnia 15 lutego 2017 r., a z zapisów w protokole nie wynika, by wady te były stwierdzone przez lekarzy dokonujących realloplastyki.

Brak ruchomości stawu u powódki po zabiegu przeprowadzonym u strony pozwanej wynikał ze skrócenia ścięgna achillesa. Zabieg wydłużenia ścięgna jest możliwy do przeprowadzenia w późniejszym czasie. Nie wykonanie wydłużenia ścięgna od razu nie jest błędem, bowiem możliwe jest, iż rehabilitacja pozwoli na uruchomienie stawu. Gdy rehabilitacja nie odniesie skutku, wówczas dopiero należy przeprowadzić zabieg wydłużenia ścięgna achillesa.

Powyższe ustalenia wynikają z ustnych wywodów biegłego K., podanych w ramach uzupełniającej opinii. Są one zbieżne z tezami zawartymi w opiniach pisemnych sporządzonych przez tego biegłego, a nadto odnoszą się do dodatkowego dokumentu – protokołu z zabiegu operacyjnego z dnia 17 czerwca 2011 r., którym biegły nie dysponował przy wydaniu opinii pierwotnej. Wreszcie, biegły dodatkowo wyjaśnił przyczyny, dla których konieczne było przeprowadzenie u powódki reoperacji (realloplastyki) prawego stawu skokowego.

Wyjaśnienia biegłego są przekonywujące i znajdują logiczne uzasadnienie w dostępnym materiale dowodowym, jak też biegły w sposób przystępny podał przyczyny, dla których – w świetle posiadanej wiedzy medycznej - formułuje ostateczne tezy co do prawidłowości spornego zabiegu operacyjnego oraz przyczyn późniejszej reoperacji.

Dla dokonywanych w sprawie ocen kluczowe znaczenie ma fakt, iż u powódki wykonano reoperację w Szpitalu w Z.. Usunięto endoprotezę wstawioną B. J. w 2011 r. W trakcie zabiegu dla operatora widoczny był stan tej endoprotezy oraz stan tkanki kostnej. Nie stwierdzono wówczas, by sporny implant był zbyt duży bądź też, by pozostawał w kolizji ze strzałką. Logiczne w tym zakresie są wywody biegłego, że gdyby tego rodzaju wady istniały, to musiałyby być opisane w protokole operacyjnym. Zamiast tego stwierdzono jedynie częściową niestabilność elementu skokowego oraz ubytki kostne w piszczeli. Okoliczność zatem, że efekty alloplastyki wykonanej u strony pozwanej były widoczne w trakcie kolejnego zabiegu, w którego trakcie nie stwierdzono podnoszonych przez apelującą wad, jest w tym zakresie decydująca. To wszystko w sytuacji, w której biegły K. w sposób przekonywujący wyjaśnił przyczyny powstałych u powódki ubytków kostnych – będących wynikiem już uprzednio występującego u powódki stanu chorobowego oraz pracy (nacisku) elementów endoprotezy. Ostatecznie zatem zasadna jest konkluzja, iż w 2011 r. założono

powódce endoprotezę w prawidłowym rozmiarze, sam zabieg został wykonany prawidłowo, a konieczność wykonania u powódki realloplastyki wynikała z ryzyka operacyjnego.

W tym stanie rzeczy nie mogą być decydujące uprzednie wskazania medyczne, mające miejsce przed reoperacją z 2017 r., sugerujące założenie u powódki zbyt dużej endoprotezy i występującą kolizję pomiędzy implantem a strzałką. Lekarze wskazujący na taką możliwość nie posiadali wiedzy co do rzeczywistego stanu rzeczy, a kierowali się wyłącznie odczytem wykonanych zdjęć RTG. Analiza tych samych zdjęć doprowadziła biegłego K. do odmiennych wniosków, a wnioski te znalazły potwierdzenie w opisie stanu kostnego powódki i stanu endoprotezy przy reoperacji z 2017 r. Wreszcie, racje ma Sąd Okręgowy o ile powołuje przyczyny, dla których przedmiotowe depozycje biegłego zasługują na uwzględnienie.

W tym stanie rzeczy Sąd Apelacyjny, po uzupełnieniu okoliczności faktycznych sprawy o wskazane wyżej dane, ustalenia dokonane przez Sąd I instancji przyjmuje za własne.

Nie były zasadne zarzuty apelującej kwestionujące nie przeprowadzenie dalszych dowodów.

Bezprzedmiotowe było prowadzenie postępowania dowodowego z dokumentacji procesu rehabilitacyjnego powódki. W świetle ustalonych danych, mających umocowanie także w faktach stwierdzonych przez operatorów dokonujących realloplastykę, nie mają znaczenia w sprawie okoliczności, dla których prowadzona rehabilitacja nie odniosła zamierzonego skutku. Podobnie, zbędne było weryfikowanie twierdzeń powódki co do rzekomego przyznania przez dr J. faktu założenia powódce zbyt dużej endoprotezy. W tym zakresie powódka powoływała się na prywatne nagranie jej rozmowy z lekarzem. Wskazać należy, że przesłuchiwany dr J. zaprzeczył tej okoliczności, podtrzymując, że przy zabiegu powódki zastosowano prawidłowy rozmiar implantu. W świetle pozostałego materiału dowodowego i wskazanej wyżej argumentacji uzasadniającej przyjęte ustalenia, dowód z prywatnego nagrania, dokonanego bez wiedzy rozmówcy, nie może mieć znaczenia w sprawie.

Z tych samych przyczyn zbędne było prowadzenie dowodu z przesłuchania powódki. Zważyć należy, że B. J. nie posiada wiedzy specjalnej pozwalającej jej na ocenę prawidłowości przeprowadzenia zabiegu. Jej odczucia i opis doznawanych przez nią dolegliwości jest natomiast znany – powódka opisała je zarówno w ramach twierdzeń jak i badania przez biegłych. Tym samym jej zeznania nie mogły wnieść do sprawy dalszych, istotnych okoliczności.

Chybiona jest także argumentacja apelującej, o ile wskazuje ona, iż z przeprowadzonych dowodów osobowych nie wynika by w trakcie zabiegu z 2011 r. operatorzy dysponowali na Sali operacyjnej różnymi rozmiarami endoprotez. Twierdzenie powódki, iż z dowodów tych wynika jedynie tyle, że potencjalnie występują cztery rozmiary endoprotezy stanowią nadinterpretację. W złożonych zeznaniach lekarz operujący P. K. wprost wskazuje, że w trakcie zabiegu dobierano rozmiar implantu i zastosowano najbardziej optymalny rozmiar. Z kolei z zeznania dr J. wynika, iż wybór jest dokonywany z protez w 4-ch rozmiarach. Sam proces doboru implantu opisywany przez w/w świadków (dokonywanie wyboru w trakcie zabiegu, na podstawie tzw. przymiaru) znajduje potwierdzenie w opisie biegłego K..

W tym stanie rzeczy zbędne było prowadzenie dalszego dowodu – z opinii kolejnego, trzeciego biegłego. Sam fakt, iż opinie sporządzone w sprawie przez biegłych W. R. (1) i B. K. pozostają ze sobą w sprzeczności, nie uzasadnia prowadzenie dowodu z opinii kolejnego biegłego. W świetle wykładni art. 286 k.p.c., sąd ma obowiązek dopuszczenia dowodu z dalszych biegłych, gdy zachodzi tego potrzeba, a więc wówczas gdy opinia złożona już do sprawy zawiera istotne braki, względnie też nie wyjaśnia istotnych okoliczności. Opinia biegłego K. takich wad nie zawiera. Z kolei – jak trafnie powołuje Sąd I instancji – sporządzający w 2014 r. opinie biegły R. nie dysponował pełnym materiałem dowodowym, w tym wiedzą co do wyników dokonanego w 2017 r. zabiegu reoperacji. W tym zakresie Sąd Apelacyjny w pełni podziela argumentację Sądu Okręgowego.

W rezultacie, podzielić należy podstawowe dla rozstrzygnięcia wnioski: sam zabieg operacyjny powódki u strony pozwanej został przeprowadzony w sposób prawidłowy; założono powódce endoprotezę w prawidłowym rozmiarze; skutkiem zabiegu nie było powstanie kolizji pomiędzy implantem a strzałką; konieczność wykonania realloplastyki prawego stawu skokowego objęta była ryzykiem operacyjnym związanym z dotychczasowym stanem zdrowia powódki.

Wreszcie, występujące u powódki powikłanie (brzeźna martwica skóry części dalszej blizny pooperacyjnej) była wynikiem niezamierzonego uszkodzenia drobnych naczyń skórnych i dolegliwości te nie mogą być kwalifikowane w kategorii błędu, jako objęte ryzykiem operacyjnym.

W rezultacie, Sąd Okręgowy nie dopuścił się naruszenia powoływanych w apelacji przepisów prawa materialnego tj. art. 445 § 1 k.c. w zw. z art. 444 § 1 k.c. oraz art. 361 k.c.

Zgłoszone w sprawie roszczenie powódka wywodzi z treści art. 444 i art. 445 k.c. Przedmiotowe roszczenie ma charakter odszkodowawczy.

Podstawą odpowiedzialności pozwanej placówki medycznej, w świetle powołanych na uzasadnienie zgłoszonych żądań okoliczności faktycznych, stanowi art. 430 k.c. Stosownie do treści tego przepisu, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności innej osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonych jej czynności. Zważyć zatem należy, że istotną przesłanką warunkującą odpowiedzialność strony pozwanej wobec powodów było ustalenie bezprawności działania i winy lekarzy wykonujących zabieg operacyjny.

Wreszcie, zakreślając materialnoprawny wzorzec rozpoznania niniejszej sprawy wskazać należy, że konsekwencją odszkodowawczego charakteru zgłoszonych w sprawie roszczeń jest to, że w sprawie znajduje zastosowanie także przepis art. 361 § 1 k.c., zgodnie z którym, odpowiedzialność osoby zobowiązanej do odszkodowania uzależniona jest od wykazania zdarzenia (działania lub zaniechania), szkody oraz adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą.

W rezultacie przyjmując należy, że odpowiedzialność strony pozwanej wobec powódki zależna jest od wykazania, że doszło do bezprawnego i zawinionego działania lekarzy wykonujących zabieg operacyjny oraz że doznane przez powódkę dolegliwości pozostają w normalnym związku przyczynowym z tym działaniem.

Dokonane w sprawie ustalenia faktyczne wskazują, że sporny zabieg alloplastyki prawego stawu skokowego został przeprowadzony u powódki zgodnie ze sztuką medyczną, a jego skutki (związane z martwicą brzeźną skóry, późniejszym obluźowaniem endoprotezy i koniecznością przeprowadzenia realloplastyki) nie wynikały z błędu medycznego, lecz z ryzyka operacyjnego. Świadczy to o braku bezprawności i winy w działaniu lekarzy. Efekty te stanowiły powikłania niezawinione ze strony lekarzy, a związane z istotą choroby oraz z techniką operacyjną.

Ponowieni zatem należy podkreślić, że pozwana placówka medyczna odpowiada na gruncie art. 430 k.c. jedynie za zawinione zachowanie lekarza. Dla przyjęcia jej odpowiedzialności niezbędne jest zatem stwierdzenie obiektywnej nieprawidłowości postępowania lekarza oraz możliwości postawienia mu z tego tytułu zarzutu. Dla odpowiedzialności tej nie ma znaczenia postać ani stopień zawinienia lekarza. Odpowiedzialność placówki medycznej za negatywne następstwa zabiegu opierać się musi na zawinionym błędzie w diagnostyce lub terapii, mającym negatywne skutki dla stanu zdrowia pokrzywdzonego. Zasadne przy tym jest przypisanie winy lekarzowi tylko w wypadku „wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. (tak Sąd Najwyższy np. w wyroku z dnia 24 października 2013 r., IV CSK 64/13, Legalis nr 877730).

W niniejszej sprawie nie wykazano, aby miał miejsce błąd lekarski – tak na etapie diagnostycznym jak i leczenia – skoro nie doszło do działań lub zaniechań obiektywnie niezgodnych z wiedzą medyczną, jak też przy spornym zabiegu operacyjnym lekarze dołożyli należytej staranności. W tym stanie rzeczy nie może być mowy o odpowiedzialności strony pozwanej.

Biorąc to pod uwagę Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 385 k.p.c., orzekł jak w sentencji.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. W ocenie Sądu Apelacyjnego w niniejszej sprawie zachodzi szczególny przypadek uzasadniający odstąpienie od obciążenia powódki kosztami postępowania. Sprawa miała bowiem charakter skomplikowany, o czym świadczy to, że dla ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy niezbędne było zasięgnięcie opinii biegłych, w tym opinii uzupełniających, i to na etapie apelacyjnym. W sytuacji, w której uprzednio w innych placówkach medycznych wskazywano powódce jako możliwą wadę zabiegu założenie zbyt dużej endoprotezy, zaś w toku postępowania przed Sądem I instancji sporządzone zostały dwie sprzeczne opinie, nie sposób było wymagać od powódki racjonalnej i obiektywnej oceny zasadności wytoczenia powództwa i wniesienia apelacji. Szczególnie, gdy sam sporny zabieg operacyjny zakończył się komplikacjami, które dla powódki wywołał dotkliwe i bolesne skutki oraz konieczność poddania się kolejnemu zabiegowi.

SSA Paweł Rygiel