

Sygn. akt I C 801/10

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 stycznia 2014 roku

Sąd Okręgowy w Lublinie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krzysztof Stefaniak**

Protokolant: st. sekr. sądowy Agnieszka Michaluk

po rozpoznaniu w dniu 30 grudnia 2013r. w Lublinie

na rozprawie

sprawy z powództwa J. K. (1)

przeciwko (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W.

o zapłatę

I. zasądza od (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz J. K. (1) kwotę 75.000 zł (siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) z ustawowymi odsetkami od dnia 21 grudnia 2010 roku do dnia zapłaty z tytułu zadośćuczynienia;

II. zasądza od (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz J. K. (1) kwotę 925,05 zł (dziewięćset dwadzieścia pięć złotych pięć groszy) z ustawowymi odsetkami :

a. od kwoty 614,80 zł (sześćset czternaście złotych osiemdziesiąt groszy) od dnia 25 października 2010 roku,

b. od kwoty 310,25 zł (trzysta dziesięć złotych dwadzieścia pięć groszy) od dnia 21 grudnia 2010 roku do dnia zapłaty,

III. oddala powództwo w pozostałej części;

IV. zasądza od (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz J. K. (1) kwotę 4.117 zł (cztery tysiące sto siedemnaście złotych) z tytułu zwrotu kosztów procesu;

V. nakazuje ściągnąć od (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Lublinie kwotę 3.050,32 zł (trzy tysiące pięćdziesiąt złotych trzydzieści dwa grosze) z tytułu brakującej części opłaty od pozwu i wydatków;

VI. nakazać wypłacić J. K. (1) z sum Skarbu Państwa kwotę 500 zł (pięćset złotych) zaksięgowaną w księdze C pod pozycją 44/2011 i kwotę 1.500 zł (jeden tysiąc pięćset złotych) zaksięgowaną w księdze C pod pozycją 742/2012 z tytułu niewykorzystanych zaliczek.

Sygn. akt **I C 801/10**

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 25 października 2010 roku, powód J. K. (1), wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. kwoty 75.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę oraz kwoty 925,05 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem odszkodowania.

Dodatkowo powód domagał się zasądzenia od pozwanego na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 3.600 zł wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa (petitum pozwu, k. 2-3).

W uzasadnieniu pozwu, powód wskazał, że w lutym 2009 roku, korzystał z usług lekarza stomatologa B. M. w Prywatnym Gabinetie Stomatologicznym w C.. Podjął wówczas leczenie endodontyczne zęba 37, podczas którego, lekarz, wskazana powyżej, doprowadziła do perforacji kanału tegoż zęba i do przepchnięcia materiału wypełnieniowego, w wyniku czego u powoda wystąpiły objawy „znieczulenia” bródki i kącika ust po stronie lewej, jak również zaburzenia czucia w obrębie nerwu zębodołowego dolnego strony lewej, co obecnie skutkuje problemami z wymową oraz przygryzaniem wargi w trakcie jedzenia i mówienia. Ponadto powód utracił smak, co uniemożliwia mu wykonywanie zawodu kucharza.

Z uwagi na powyższe, J. K. (1) doznał intensywnych cierpień fizycznych związanych z bolesnym leczeniem oraz długotrwałą rehabilitacją, jak również cierpień psychicznych.

Odnosząc się z kolei do żądania odszkodowania, powód wskazał, że jest ono udowodnione załączonymi do pozwu fakturami i rachunkami (uzasadnienie pozwu, k. 4-7).

W odpowiedzi na pozew z dnia 20 grudnia 2010 roku, (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W. nie uznał powództwa, wnosząc o jego oddalenie oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm prawem przepisanych (odpowiedź na pozew, k. 56).

W piśmie procesowym z dnia 12 stycznia 2011 roku, pozwany zakład ubezpieczeń podtrzymał zajęte stanowisko w sprawie, z uwagi na brak jego odpowiedzialności cywilnej za szkodę, która wystąpiła u powoda na skutek leczenia endodontycznego zęba 37 przez lekarza stomatologa B. M.. Zastosowana przez tegoż lekarza metoda leczenia jest bowiem metodą powszechnie przyjętą przy „leczeniu kanałowym”, dlatego też, przypadek powoda należy traktować w kategorii normalnych następstw związanych z tymże leczeniem (pismo procesowe, k. 94).

W toku postępowania, strony podtrzymywały stanowiska reprezentowane w sprawie.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

J. K. (1) z zawodu jest kucharzem. Od dnia 1 czerwca 1992 roku, prowadził sezonowo bar (...) w miejscowości O. nad Jeziorem B. (dowód: dyplom, k. 29; zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, k. 30; okoliczność bezsporna).

Od 2 grudnia 2008 roku J. K. (1) rozpoczął leczenie w Prywatnym Gabinetie Stomatologicznym w C. u lekarza stomatologa B. M., która w pierwszej kolejności zleciła mu wykonanie pantomogramu 3D.

W dniu 10 grudnia 2008 roku, J. K. (1) rozpoczął leczenie endodontyczne zęba 37 z uwagi na wystąpienie zmian okołowierzchołkowych typu ziarninowego przy korzeniu tegoż zęba. Były one skutkiem wcześniejszego leczenia endodontycznego tego zęba, podczas którego wypełniony został tylko jeden kanał, zaś dwa pozostałe - nie. W związku z powyższym, leczenie miało na celu przeleczenie kanałów i wypełnienie ich metodą kondensacji bocznej gutaperdii. Jako uszczelniacza użyty został preparat Endomethazone firmy (...). Lekarz stomatolog nie podjął bowiem wówczas decyzji o ekstrakcji zęba z uwagi na konieczność utrzymania wysokości zgryzu (dowód: historia zdrowia i choroby, k. 84-87; zeznania świadka B. M., k. 90-90v; okoliczność bezsporna).

W związku z powyższym, w dniu 5 lutego 2009 roku, lek. med. B. M. usunęła wypełnienie oraz częściowo udroźniła kanały korzenia mezialnego. Nie poinformowała jednak wówczas J. K. (1) o ewentualnych skutkach takiego leczenia, mogących zaistnieć w jego przypadku.

W dniu 10 lutego 2009 roku, lekarz stomatolog wykonała przemycie kanałów solą fizjologiczną. Następnie określiła długość kanałów radiologicznie, jak i za pomocą igły, po czym wypełniła je gutaperką i Endomethasone, a następnie założyła opatrunek. Po dziesięciu minutach, J. K. (1) zgłosił objawy „mrowienia” i „znieczulenia” okolicy brody, mimo iż

wcześniej nie otrzymał znieczulenia. Od razu lek. med. B. M. zaczęła podejrzewać, że materiał uszczelniający przedostał się do kanału nerwu zębodołowego dolnego, na skutek czego prawdopodobnie wystąpiła parastezja w wyniku ucisku nerwu zębodołowego dolnego przez materiał uszczelniający. Natychmiast przystąpiła więc do usunięcia gutaperki wraz z materiałem, zaś kanały przemyła solą fizjologiczną. Następnie założony został opatrunek oraz zastosowana została laseroterapia 5J, która odbyła się w dniach: 12 i 13 lutego 2009 roku (dowód: zaświadczenie, k. 12; zeznania powoda J. K. (1), k. 89v-90; 324v-325v; okoliczność bezsporna).

Podczas badania kontrolnego, lek. med. B. M., stwierdziła u J. K. (1) utrzymujące się zaburzenia czucia w obrębie bródki i kącika ust. Nie zgłaszał on jednak jakichkolwiek dolegliwości bólowych (dowód: dokumentacja medyczna, k. 14; okoliczność bezsporna).

W dniu 17 lutego 2009 roku, J. K. (1) poddany został badaniu wolumetrycznemu części twarzowej czaszki, z którego wynikało: „kanał dalszy zęba 37 wypełniony. W kanale bliższym widoczne jest wypełnienie w odcinku przy komorze. Widoczna duża ilość materiału wypełnieniowego w tkance kostnej części zębodołowej żuchwy do przodu od wierzchołka korzenia bliższego – najprawdopodobniej wyniku perforacji” (dowód: opis badania, k. 15; okoliczność bezsporna).

W związku z powyższym, w dniu 18 lutego 2009 roku, na podstawie wystawionego w dniu 13 lutego 2009 roku, przez lekarza stomatolog B. M.- która „nie mówiła, co się stało” - skierowania, J. K. (1) zgłosił się na konsultację do Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej do prof. T., który wskazał, że ma on „chemicznie zatruty nerw, więc konieczne jest leczenie operacyjne, bowiem może dojść do zakażenia” (dowód: skierowanie, k. 13; zeznania powoda J. K. (1), k. 89v-90; 324v-325v; okoliczność bezsporna).

W związku z powyższym, w okresie od dnia 2 marca 2009 roku do dnia 9 marca 2009 roku, J. K. (1) hospitalizowany był w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym (...) w L. w Klinice Chirurgii Szcękowo-Twarzowej z rozpoznaniem: jatrogenne zaburzenia czucia w obrębie nerwu zębodołowego dolnego strony lewej. W dniu 3 marca 2009 roku, poddany został leczeniu chirurgicznemu polegającemu na ekstrakcji zęba 37 oraz odbarczeniu nerwu zębodołowego dolnego strony lewej po wycięciu okna kostnego. Usunięty został wówczas materiał endodontyczny z kanału żuchwy od strony przyśrodkowej, zaś bloczek kostny - ustabilizowany za pomocą płytki 6-cio oczkowej i 2 śrub. Pomimo jednak wykonania powyższego zabiegu operacyjnego, J. K. (1) nadal odczuwał ból (dowód: karta informacyjna, k. 17, 112-117; zeznania powoda J. K. (1), k. 89v-90; 324v-325v; okoliczność bezsporna).

W okresie od dnia 25 maja 2009 roku do dnia 28 maja 2009 roku, J. K. (1) ponownie hospitalizowany był we wskazanym powyżej szpitalu z rozpoznaniem: zaburzenie czucia w obrębie nerwu zębodołowego dolnego po stronie lewej – stan po uszkodzeniu chemicznym w wyniku leczenia endodontycznego.

W związku z powyższym, w dniu 27 maja 2009 roku, J. K. (1) poddany został chemicznemu w znieczuleniu miejscowym usunięciu płytki 6-cio oczkowej i 4 śrub po osteosyntezie żuchwy strony lewej. Niemniej jednak „ból jaki był, taki pozostał”, mimo iż, w okresie od dnia 3 czerwca 2009 roku do dnia 19 maja 2009 roku, J. K. (1) korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w C.. Dodatkowo odbywał wizyty kontrolne u prof. T., jak również korzystał z porad lekarza neurologa (dowód: karta informacyjna, k. 23, 118-120; zaświadczenie, k. 24; zeznania powoda J. K. (1), k. 89v-90; 324v-325v; okoliczność bezsporna).

Niemniej jednak, mimo przebytych zabiegów operacyjnych, J. K. (1) cały czas cierpi na brak czucia po stronie lewej. W związku z tym, „gdy przychodzi do jedzenia, to jest dla (niego) horror, nie tylko się przygryza, ale pokarm mu wypływa”, przy czym przez okres jednego miesiąca od ostatniego zabiegu, mógł on przyjmować tylko i wyłącznie pokarmy płynne (dowód: zeznania powoda J. K. (1), k. 89v-90; 324v-325v; okoliczność bezsporna).

Z opinii sądowej z zakresu stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej sporządzonej przez dr hab. n. med. J. K. (2) wynika jednak, że podczas leczenia zęba 37 nie doszło do popełnienia błędu lekarskiego, a jedynie do powikłania zastosowanego leczenia endodontycznego, które wykonane zostało zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (w ocenie biegłego – powikłanie leczenia endodontycznego pozostaje w związku przyczynowym ze szkodą), mimo iż przyznał, że

zaburzenia czucia, brak odczuwania zmian temperatury i zaleganie śliny w lewym kąciку ust, występujące u powoda w obrębie wargi dolnej i brody są wynikiem chemo-mechanicznego uszkodzenia nerwu zębodołowego dolnego strony lewej. Dolegliwości te są trwałe i nieodwracalne. Ponadto, w znacznym stopniu (wraz z problemem z wymową i podczas jedzenia, kiedy dochodzi do nagryzania wargi) ograniczają możliwość pracy w zawodzie kucharza, mimo, iż jak biegły podkreślił, zaburzenia smaku nie mają związku z uszkodzeniem nerwu zębodołowego lewego (dowód: opinia, k. 136-139).

W ustnej opinii uzupełniającej biegły zaopiniował w sposób odmienny, niż we wskazanej powyżej opinii pisemnej, wskazując, że przy leczeniu J. K. (1) doszło do popełnienia błędu lekarskiego, jakim było przepchnięcie materiału wypełniającego kanał zęba 37. Przypadek powikłania, jaki wystąpił u opiniowanego oraz długość przepchnięcia w praktycznej medycynie zdarza się bowiem bardzo rzadko. Niemniej jednak, błąd ten był niezawiniony przez lekarza stomatologa wykonującego zabieg (dowód: ustna opinia uzupełniająca, k. 163v-164).

W sprawie wywołana została kolejna opinia sądowa z zakresu stomatologii, tym razem sporządzona przez biegłego dr hab. n. med. M. R., z której, analogicznie, jak w opinii sporządzonej przez biegłego dr hab. n. med. J. K. (2) wynika, że przepchnięcie materiału endodontycznego do kanału żuchwy oraz zabieg operacyjny mający na celu usunięcie tego materiału z kanału żuchwy w żaden sposób nie mogły doprowadzić do uszkodzenia nerwu językowego, ani językowo-gardłowego.

W ocenie biegłego, powstałe uszkodzenie nerwu zębodołowego dolnego strony lewej i parestezji w obrębie połowy wargi dolnej i połowy brody po stronie lewej najprawdopodobniej wystąpiło w wyniku ucisku uszczelnacza kanałowego na nerw w jego kanale i neurotoksycznego wpływu substancji wchodzących w skład materiałów służących do wypełniania kanałów na powierzchnię nerwu. Objawy, które wystąpiły u J. K. (1), zaliczane są do powikłań leczenia endodontycznego. W jego przypadku bowiem, ze względu na pewne uwarunkowania anatomiczne (obliteracja kanału, przewlekły proces w okolicy wierzchołków korzenia zęba 37) mogły predysponować do wystąpienia tego powikłania. Niemniej jednak, odstępianie od leczenia kanałowego mogłoby spowodować obniżenie wysokości zgryzu, co z kolei mogło wiązać się z wystąpieniem wielu innych powikłań. Dlatego, biorąc pod uwagę ryzyko związane z leczeniem endodontycznym zęba 37 – w ocenie biegłego - wydaje się ono być dużo mniejsze, niż ryzyko powikłań związanych z utratą tego zęba, obniżeniem wysokości zgryzu i związanych z tym konsekwencji.

Biegły sądowy odniósł się również do cierpień, wskazując, że cierpienia fizyczne J. K. (1) trwały od momentu wypełnienia kanałów korzeniowych zęba 37, czyli od 10 lutego 2009 roku. Cierpienia te były intensywne bezpośrednio po wypełnieniu kanałów i po zabiegu chirurgicznym wykonanym w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. W chwili obecnej powód nie cierpi, tylko odczuwa dyskomfort związany z brakiem czucia.

Konkludując, w ocenie biegłego, działanie, czyli przeprowadzone leczenie pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym ze szkodą, niemniej jednak, nie stwierdził on żadnych zaniechań w procesie diagnostycznym i leczniczym prowadzonym przez lekarza stomatologa B. M. (dowód: opinia, k. 183-199).

W pisemnej opinii uzupełniającej dr hab. n. med. M. R. zaopiniował, że lek. med. B. M. była świadoma faktu trudności przeprowadzonej procedury, podeszła do niej z należytą starannością, niemniej jednak powinna była przekazać pacjentowi informacje odnośnie przebiegu leczenia i możliwych jego komplikacji.

Odnosząc się do powikłań leczenia endodontycznego zęba 37, biegły zaopiniował, że jedynie toczący przewlekły proces zapalny oraz sąsiedztwo struktury, jaką jest kanał nerwu zębodołowego dolnego (kanał żuchwy) miało wpływ na tak znaczne przepchnięcie. Inaczej rzecz ujmując, wskutek zniszczenia tkanki kostnej między okolicą okołowierzchołkową zęba 37 i kanałem żuchwy, w wyniku toczącego się przewlekłego procesu zapalnego, w połączeniu z przerwaniem ciągłości ozębnej (tkanki znajdującej się pomiędzy blaszką zbitą zębodołu, a cementem korzeniowym), doszło do przepchnięcia materiału do kanału żuchwy (dowód: pisemna opinia uzupełniająca, k. 231-236).

W sprawie wywołana została również trzecia opinia sądowa z zakresu stomatologii, sporządzona przez dr n. med. Agnieszkę A. P., według której,

analiza rtg panoramicznego wykonana w dniu 20 listopada 2008 roku mogła dostarczyć jeszcze jednej informacji, dotyczącej warunków anatomicznych w okolicy zęba 37. Na pantomogramie widać, że korzenie zęba 37 rzutują się na kanał żuchwowy. Budowa anatomiczna odbiegała więc od częściej spotykanych sytuacji, kiedy to wierzchołki korzeni zębów trzonowych leżą powyżej kanału żuchwy. Taki obraz rtg panoramiczny mógłby sugerować wykonanie rtg małoobrazkowego, by wyjaśnić detale rozmieszczenia struktur anatomicznych. Potwierdzenie obrazu na rtg małoobrazkowym wniosłoby zatem dodatkową wiedzę na etapie diagnozy i świadomości dotyczącej ryzyka komplikacji (dowód: opinia, k. 303-306).

W wyniku leczenia powstałego na skutek przepchnięcia materiału wypełniającego do kanału żuchwy, J. K. (1) poniósł koszty:

1. zakupu leków w wysokości 725,05 zł - w okresie od dnia 9 marca 2009 roku do dnia 30 listopada 2009 roku (k. 32; 34-45);
2. wykonania w dniu 17 lutego 2009 roku badania pantomogramu 3D w wysokości 200 zł (k. 33); przy czym wydatki udokumentowane fakturami znajdującymi się na kartach 33-41 akt sprawy, zostały zgłoszone już podczas prowadzonego postępowania likwidacyjnego.

Pismem z dnia 22 czerwca 2009 roku, J. K. (1), dokonał zgłoszenia szkody w (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W., domagając się wypłaty na jego rzecz odszkodowania w wysokości:

1. 666,80 zł z tytułu kosztów wizyt lekarskich i zakupu leków;
2. 341,78 zł z tytułu kosztów zakupu paliwa (dowód: pismo, k. 25-26; okoliczność bezsporna).

Niemniej jednak, zakład ubezpieczeń odmówił wypłaty zgłoszonego roszczenia, bowiem – w jego ocenie - leczenie endodontyczne zęba 37 u J. K. (1), przeprowadzone przez lek. med. B. M. było zgodne z aktualną wiedzą medyczną przy zastosowaniu prawidłowych metod i materiałów stomatologicznych. A zatem brak jest możliwości przypisania mu odpowiedzialności cywilnej za powikłania tegoż leczenia, powstałe u J. K. (1) (dowód: pismo, k. 27-28; okoliczność bezsporna).

Ustalając stan faktyczny Sąd oparł się na wskazanych powyżej dowodach.

Odnośnie dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, należy wskazać, iż żadna ze stron nie zgłaszała zastrzeżeń, co do ich prawdziwości. Sąd z urzędu nie dostrzegł również jakichkolwiek podstaw do zakwestionowania ich mocy dowodowej. Stąd też, ta kategoria dowodów została obdarzona przez Sąd w całości walorem wiarygodności.

Sąd uznał również za w pełni wiarygodne zeznania świadków: B. M. (k. 90-91v) i M. K. (k. 89v-90), bowiem były one spójne oraz wzajemnie się uzupełniały. Ponadto zeznania tychże świadków de facto odnosiły się do okoliczności bezspornych w niniejszej sprawie, bowiem do etapów leczenia endodontycznego zęba 37 przez lekarza stomatologa B. M., do skutków tegoż leczenia, jak również do kontynuacji dalszego leczenia powoda w wyniku przepchnięcia materiału wypełnieniowego do kanału żuchwy. Podkreślenia wymaga fakt, iż ocena zeznań świadków wynikała z bezpośredniego kontaktu z nimi na sali rozpraw, obserwacji sposobu składania przez nich zeznań oraz reakcji na zadawane im pytania.

Zgodne z zeznaniami wskazanymi powyżej świadków pozostawały zeznania powoda J. K. (1) (k. 88v-89; 324v-325v), dlatego też Sąd również i tym zeznaniom nie odmówił wiarygodności.

W sprawie wywołane zostały również opinie sądowe z zakresu stomatologii, sporządzone przez biegłych sądowych: dr hab. n. med. J. K. (2) (k. 136-139, ustna opinia uzupełniająca, k. 163v-164), dr hab. n. med. M.R. (k. 183-189; pisemna opinia uzupełniająca, k. 231-236) oraz dr n. med. A. P. (k. 303-306). Każda z opinii została wywołana na

okoliczność negatywnych trwałych następstw zdrowotnych powstałych u powoda na skutek leczenia endodontycznego zęba 37 w Prywatnym Gabinetcie Stomatologicznym w C. oraz dalszego koniecznego leczenia powoda pozostającego w bezpośrednim związku z leczeniem lek. med. B. M..

Co do tych okoliczności, wszystkie wywołane w sprawie opinie korelowały ze sobą, jak również wzajemnie się uzupełniały, dlatego też w tym zakresie Sąd, nie miał zastrzeżeń do ich wartości dowodowej.

Niemniej jednak, główną okolicznością, na którą wywołane zostały powyższe opinie, było to, czy podczas leczenia dentystrycznego zęba 37 doszło do popełnienia błędu lekarskiego przez lekarza stomatologa B. M., jeśli tak, to na czym on polegał oraz czy zachowanie lecznicze lek. med. B. M. było zgodne z zasadami sztuki medycznej. Wprawdzie jedynie biegły sądowy dr hab. n. med. J. K. (2) w ustnej opinii uzupełniającej (k. 163v-164) zaopiniował, iż lekarz stomatolog dopuściła się błędu medycznego podczas leczenia endodontycznego zęba 37, niemniej jednak, wszystkie pozostałe opinie wskazywały na pewne nieprawidłowości w postępowaniu lek. med. B. M. podczas leczenia zęba 37.

W związku z powyższym, również i w tym zakresie, Sąd nie miał żadnych zastrzeżeń do wartości dowodowej tychże opinii. Zakwalifikowanie bowiem nieprawidłowości do pojęcia błędu w sztuce medycznej należy w konsekwencji do kompetencji Sądu, w oparciu o całokształt materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie.

Ponadto ocenie Sądu, wywołane w sprawie opinie, opracowane przez wyżej wymienionych biegłych, spełniają wymagania stawiane im przez przepisy proceduralne, są bowiem zupełne, jasne i niesprzeczne, a wyrażone w nich wnioski stanowcze i wyważone. Powyższe argumenty pozwoliły Sądowi uznać te opinie za przekonujące.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo jest zasadne, dlatego też zasługuje na uwzględnienie.

Okolicznością bezsporną w niniejszej sprawie, były etapy leczenia endodontycznego zęba 37 przez lekarza stomatologa B. M., w wyniku którego doszło do chemo-mechanicznego uszkodzenia nerwu zębodołowego po stronie lewej, skutki tegoż leczenia i jego następstwa na przyszłość, jak również jego kontynuacja w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym (...)w L.. Bezsporne było również to, że na skutek zabiegu leczenia zęba 37 doznał on cierpień fizycznych, jak i psychicznych, jak również poniósł celowe i konieczne wydatki, wykazane dołączonymi do pozwu fakturami VAT.

Okolicznością sporną była natomiast odpowiedzialność cywilna pozwanego zakładu ubezpieczeń za skutki zdarzenia z dnia 10 lutego 2009 roku, a dokładnie za skutki powstałe w wyniku leczenia endodontycznego zęba 37 w postaci przepchnięcia przez lekarza stomatologa B. M. materiału wypełnieniowego do kanału żuchwy. Pozwany zakład ubezpieczeń stał bowiem na stanowisku, że lek. med. B. M. nie dopuściła się błędu medycznego. Niemniej jednak przyznał jednocześnie, że ewentualną odpowiedzialność cywilną za powyższe, ponosiłby do sumy gwarancyjnej 200.000 zł (pismo L. Izby Lekarskiej, k. 344).

Przechodząc do podstawy prawnej, znajdującej zastosowanie w przedmiotowej sprawie, należy wskazać na treść art. 415 k.c., zgodnie z którym, kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

A zatem, przesłankami odpowiedzialności cywilnej lekarza są: wina, szkoda oraz występujący między zawinionym postępowaniem lekarza, a szkodą tzw. adekwatny związek przyczynowy. Wina obejmuje zarówno element obiektywny (bezprawność), czyli naruszenie reguł prawidłowego postępowania, jak również subiektywny (przypisywalność) w postaci np. niedbalstwa, czy lekceważenia obowiązków.

Błąd w sztuce medycznej jest powszechnie zaliczany do obiektywnych przesłanek zawinienia. Błędem w sztuce medycznej nazywamy takie postępowanie, które jest obiektywnie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej. W literaturze podkreśla się jednak, że nie stanowi błędu w sztuce tzw. „zwykłe” niedbalstwo, lecz „rażące niedbalstwo”.

W tym miejscu należy wskazać na treść art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011 roku, Nr 277, poz. 1634 – tekst jednolity ze zm.), według którego, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Jednak pojęcie „błąd w sztuce medycznej” nie jest tożsame z: „naruszeniem obowiązku należytej staranności”. Rozróżnienie tych dwóch określeń nie jest łatwe, ale uzasadnione koniecznością klarownego wyjaśnienia podstaw odpowiedzialności prawnej lekarza. Niemniej jednak, dla rozróżnienia zwykłego naruszenia obowiązku należytej staranności od błędu sztuki medycznej powinno być udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy dla stwierdzenia prawidłowości działania lekarza konieczne jest zasięgnięcie opinii specjalisty (wówczas mamy do czynienia z błędem w sztuce), czy wystarczający będzie osąd dokonany przez rozsądną osobę mającą doświadczenie życiowe (chodzi o niezachowanie należytej staranności).

Występują trzy rodzaje błędów w sztuce medycznej. Sąd odniesie się jednak jedynie do błędu diagnostycznego, bowiem tylko on może przesądzać o odpowiedzialności lek. med. B. M. za powikłania, które wystąpiły u powoda na skutek leczenia endodontycznego zęba 37.

Błąd diagnostyczny polega na postawieniu niewłaściwej diagnozy na skutek obiektywnie sprzecznego z zasadami obowiązującymi w medycynie postępowania lekarza. Błąd ten może przybierać albo postać tzw. błędu pozytywnego, jeżeli lekarz rozpoznaje u pacjenta chorobę, podczas gdy jest on faktycznie zdrowy albo – znacznie bardziej niebezpiecznego dla pacjenta – błędu negatywnego. Błąd negatywny zachodzi wtedy, gdy lekarz w ogóle nie rozpoznaje choroby albo rozpoznaje chorobę inną niż ta, na którą pacjent faktycznie cierpi. Przyczyny błędnej diagnozy mogą być różne, przy czym pamiętać należy, że lekarz poniesie odpowiedzialność tylko wtedy, gdy nie dochował należytej staranności podczas czynności podjętych w celu postawienia właściwej diagnozy.

Należy jednak podkreślić, zgodnie ze stanowiskiem doktryny, że pominięcie badań koniecznych dla postawienia diagnozy i możliwych w danych warunkach do przeprowadzenia należy zawsze oceniać na płaszczyźnie błędu.

Przechodząc do niniejszej sprawy, należy podnieść, że istotę roszczenia zgłoszonego w pozwie stanowi okoliczność, że w dniu 10 lutego 2009 roku, w wyniku leczenia endodontycznego zęba 37, doszło do przepchnięcia przez lek. med. B. M. materiału wypełnieniowego do kanału żuchwy. A zatem, zdaniem powoda, lekarz stomatolog dopuściła się błędu medycznego.

W oparciu o materiał dowodowy zgromadzony w sprawie, Sąd opierając się na treści opinii sądowych wywołanych w sprawie, podzielił stanowisko powoda w tym przedmiocie.

Po pierwsze, a co było najistotniejsze w leczeniu endodontycznym zęba 37 powoda, lek. med. B. M. podjęła leczenie, jedynie w oparciu o zdjęcie pantomograficzne wykonane w dniu 20 listopada 2008 roku (w tym miejscu podkreślić należy, że zdjęcie to zatem zostało wykonane trzy miesiące wcześniej od daty leczenia kanałowego zęba 37). Niemniej jednak, analiza rtg panoramicznego dostarczyła jeszcze jednej informacji, dotyczącej warunków anatomicznych w okolicy zęba 37. Na pantomogramie widać było bowiem, że korzenie zęba 37 rzutują się na kanał żuchwy. Budowa anatomiczna odbiegała więc od częściej spotykanych sytuacji, kiedy to wierzchołki korzeni zębów trzonowych leżą powyżej kanału żuchwy. Taki obraz rtg panoramiczny winien sugerować zatem wykonanie rtg małoobrazkowego, by wyjaśnić detale rozmieszczenia struktur anatomicznych. Potwierdzenie obrazu na rtg małoobrazkowym wniosłoby bowiem dodatkową wiedzę na etapie diagnozy i świadomości dotyczącej ryzyka komplikacji (opinia, k. 303-306).

Inaczej rzecz ujmując, ze względu na pewne uwarunkowania anatomiczne zęba 37 (obliteracja kanału, przewlekły proces w okolicy wierzchołków korzenia zęba 37) występujące u powoda, bezsprzecznie mogły one bowiem predysponować do wystąpienia powikłania przepchnięcia materiału wypełnieniowego do kanału żuchwy.

Jak wynika z zeznań lek. med. B. M. (k. 90-90v), była ona świadoma stanu zapalnego przy korzeniu zęba 37, a zatem winna ona być również świadoma, że toczący przewlekły proces zapalny oraz sąsiedztwo struktury, jaką jest

kanał nerwu zębodołowego dolnego lewego (kanał zuchwy) może skutkować znacznym przepchnięciem materiału wypełnieniowego do kanału zuchwy (pismna opinia uzupełniająca, k. 231-236).

Mając na uwadze powyższe okoliczności, biegły sądowy dr hab. n. med. J. K. (2), w ustnej opinii uzupełniającej zaopiniował, że przy leczeniu J. K. (1) doszło do popełnienia błędu lekarskiego, jakim było przepchnięcie materiału wypełniającego kanał zęba 37. Przypadek powikłania, jaki wystąpił u opiniowanego oraz długość przepchnięcia w praktyce medycznej zdarza się bowiem bardzo rzadko. Niemniej jednak, błąd ten był niezawiniony przez lekarza stomatologa wykonującego zabieg (dowód: ustna opinia uzupełniająca, k. 163v-164).

Sąd w pełni podzielił stanowisko biegłego sądowego wynikające ze wskazanej powyżej opinii.

A zatem, za niezasadne należy uznać twierdzenia lek. med. B. M., iż każdy lekarz ma całkowitą dowolność, na jakiej diagnostyce radiologicznej dokonuje oceny stanu zęba i podejmuje decyzję o metodzie leczenia.

Nie można również pominąć okoliczności, iż lekarz stomatolog świadoma była faktu trudności zabiegu leczenia endodontycznego zęba 37, winna zatem przekazać pacjentowi informacje odnośnie przebiegu leczenia i możliwych jego komplikacji (pismna opinia uzupełniająca, k. 231-236). Inaczej rzecz ujmując, jeżeli lekarz wie o występującym u pacjenta rozrzedzeniu struktur kostnych zuchwy przy leczonym zębie, powinien poinformować pacjenta o ewentualnych skutkach leczenia kanałowego (opinia, k. 163v-164).

Niemniej jednak, jak zeznał powód w toku postępowania, lekarz stomatolog „nie informowała (go) o żadnym niebezpieczeństwie do jakiego mogło dojść i że coś w tym leczeniu kanałowym może być źle”. Podkreślić należy, że okoliczności tej, nie kwestionowała sama B. M..

A zatem, pozwany zakład ubezpieczeń, w oparciu o art. 822 § 1 k.c. ponosi odpowiedzialność cywilną za powikłania leczenia endodontycznego zęba 37 z uwagi na popełnienie w tym przedmiocie błędu medycznego przez lek. med. B. M., bowiem nie dochowała ona należytej staranności w diagnozie oceny stanu zęba 37.

W następstwie powyższego, Sąd oceniał zasadność i wysokość zgłoszonych pozwem roszczeń.

W pierwszej kolejności, powód J. K. (1) dochodził zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, którego podstawę prawną stanowi treść art. 445 § 1 k.c., zgodnie z którym, w wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym, tj. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia jest najczęstszą podstawą żądania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Chodzi tu o krzywdę ujmowaną jako cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) i cierpienia psychiczne (ujemne uczucia) przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia. W literaturze prezentowane jest stanowisko, iż zadośćuczynienie pieniężne ma na celu przede wszystkim złagodzenie tych cierpień. Obejmuje ono wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te, które zapewne wystąpią w przyszłości. Ma więc ono charakter całościowy i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego, mowa jest bowiem o „odpowiedniej sumie tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę”, przyznawaną jednorazowo (G. Bieniek „Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania”, Wydawnictwo Prawnicze – Warszawa 1996, tom I, str. 368).

Zasądzenie na rzecz powoda J. K. (1) zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę jest uzasadnione tym, że na skutek zdarzenia z dnia 9 lutego 2009 roku doznał on niewątpliwie cierpień fizycznych.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że okoliczność ta nie była przez strony niniejszego postępowania kwestionowana. Nie może bowiem budzić wątpliwości fakt, mając chociażby na uwadze zasady doświadczenia życiowego, iż uraz, którego powód doznał w wyniku przedmiotowego zdarzenia, w tym zabiegi operacyjne, jakim w związku z tym został poddany, związane były ze znacznym cierpieniem fizycznym. Jak powód zeznał: „po operacji

ciągle mnie bolało. Ja mam wyciętą jedną nerkę i nie można mi było podawać wszystkich leków przeciwbólowych. Podawano mi jakieś znieczulenia, ale to nic nie pomagało. Ból jaki był, taki pozostał”. (...) „Po operacji ból nie ustąpił i mam go tak samo, jak zaraz po zejściu z fotela”. „Usunięto mi szynę było to w miejscowym znieczuleniu i potem bardzo bolało”. Powyższe zeznania potwierdził świadek M. K., wskazując, że „twarz miał spuchniętą, widać było że go bolało”.

W tym przedmiocie należy również zwrócić uwagę na opinię sądową sporządzoną przez biegłego dr hab. n. med. M. R., zgodnie z którą, cierpienia fizyczne J. K. (1) trwały od momentu wypełnienia kanałów korzeniowych zęba 37, czyli od 10 lutego 2009 roku. Cierpienia te były intensywne bezpośrednio po wypełnieniu kanałów i po zabiegu chirurgicznym wykonanym w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej. W chwili obecnej powód nie cierpi, tylko odczuwa dyskomfort związany z brakiem czucia po stronie lewej (k. 183-199). Analogicznie powód zeznał, że mimo przebytych zabiegów operacyjnych, cały czas cierpi na brak czucia po stronie lewej. W związku z tym, „gdy przychodzi do jedzenia, to jest dla (niego) horror, nie tylko się przygryza, ale pokarm mu wypływa”.

Niewątpliwie na skutek następstw leczenia endodontycznego zęba 37, powód doznał również cierpień psychicznych.

Powyższe okoliczności niewątpliwie bowiem skutkują u niego poczuciem „pewnej ułomności, niepełnosprawności”, co z pewnością prowadzi do obniżenia poczucia swojej wartości. Nie można również pominąć okoliczności, że przed skutkami leczenia endodontycznego zęba 37, które miało miejsce w dniu 10 lutego 2009 roku, powód pracował w barze gastronomicznym (...) w miejscowości O. nad Jeziorem B., jako kucharz. W chwili obecnej jednak, powód pozbawiony został możliwości wykonywania tegoż zawodu, z uwagi na brak czucia, „nie ma smaku” (...). Powyższe potwierdził świadek M. K. (k. 89v-90), zeznając: „w tej chwili nie ma już smaku i ludzie skarżyli się że potrawy albo są za słone, albo za kwaśne albo za pikantne”.

Mając na uwadze powyższe okoliczności, Sąd uznał oparte na art. 445 § 1 k.c. roszczenie o zapłatę zadośćuczynienia pieniężnego za uzasadnione co do istoty.

Na wstępie podnieść należy, iż przepisy kodeksu cywilnego nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględniać przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia pieniężnego, ponieważ wypracowała je judykatura, a w szczególności Sąd Najwyższy.

Zadośćuczynienie z art. 445 k.c. ma przede wszystkim charakter kompensacyjny i tym samym jego wysokość musi przedstawiać ekonomicznie odczuwalną wartość. Wysokość ta nie może być jednak nadmierna w stosunku do doznanej krzywdy i aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinna być utrzymana w rozsądnych granicach (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 lutego 1962 roku, 4 CR 902/61, OSNCP 1963 rok, nr 5, poz. 107; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 24 czerwca 1965 roku, I PR 203/65, OSPiKA 1966 rok, poz. 92; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 kwietnia 1985 roku, II CR 94/85, lex nr 8713; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2000 roku, II CKN 1119/98, lex nr 50884; wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, lex nr 52766).

Mając na uwadze powyższe należy podkreślić, iż mimo, że zadośćuczynienie powinno być utrzymane w rozsądnych granicach to nie może być to symboliczna kwota, ale musi stanowić odczuwalną ekonomicznie korzyść majątkową, (co potwierdza wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 3 listopada 1994 roku, III APr 43/94, OSA 1995/5/41).

Mając na uwadze wymienione powyżej kryteria ustalania wysokości zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, a z drugiej strony - rodzaj, rozmiar, czas trwania cierpień fizycznych, Sąd uznał, iż dochodzona pozwem kwota 75.000 zł nie jest kwotą wygórowaną prowadzącą do bezpodstawnego wzbogacenia.

Od kwoty 75.000 zł, Sąd zasądził odsetki od dnia 21 grudnia 2010 roku, tj. po upływie 30 dni od dnia doręczenia odpisu pozwu pozwanemu zakładowi ubezpieczeń. Wynikająca z art. 455 k.c. reguła, według której dłużnik ma świadczenie spełnić niezwłocznie po wezwaniu go przez wierzyciela do wykonania, ulega modyfikacji w odniesieniu do świadczeń przysługujących poszkodowanemu od zakładu ubezpieczeń. W okolicznościach niniejszej sprawy, termin wymagalności tych świadczeń i zarazem ich płatności określał art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli

Komunikacyjnych (Dz. U. 2013.392 – tekst jednolity z późn. zm.). Zgodnie z treścią tego przepisu, zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez poszkodowanego lub uprawnionego zawiadomienia o szkodzie. (...). W sytuacji jednak, kiedy poszkodowany nie zgłosił roszczenia do zakładu ubezpieczeń, termin spełnienia świadczenia kończy się z upływem 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń odpisu pozwu (co miało miejsce w dniu 19 listopada 2010 roku, k. 83), które stanowi wówczas swoiste wezwanie do zapłaty.

Sąd uznał również za zasadne roszczenie powoda o odszkodowanie, którego podstawę prawną stanowi powołany na wstępie art. 444 § 1 k.c.

Odszkodowanie przewidziane w artykule 444 § 1 k.c. obejmuje wszelkie wydatki pozostające w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli są konieczne i celowe. Przykładowo można wymienić koszty leczenia (pobytu w szpitalu, konsultacji u wybitnych specjalistów, dodatkowej pomocy pielęgniarstwa, koszty lekarstw itp.), specjalnego odżywiania się, nabycia protez i innych koniecznych aparatów (okularów, aparatu słuchowego, wózka inwalidzkiego itp.) (wyrok sądu Najwyższego z dnia 16 stycznia 1981 roku, I CR 455/80, OSPiKA 1981 r., poz. 223), wydatki związane z przewozem chorego do szpitala i na zabiegi, z przejazdami osób bliskich w celu odwiedzin chorego w szpitalu, z koniecznością specjalnej opieki i pielęgnacji (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 października 1973 roku, II CR 365/73, OSNCP 1974 r., nr 9, poz. 147), koszty zabiegów rehabilitacyjnych, przygotowania do innego zawodu (np. opłaty za kursy, szkolenia, koszty podręczników i innych pomocy, dojazdów).

Podkreślenia wymaga fakt, iż prawa żądania zwrotu, bądź wyłożenia z góry kosztów leczenia nie pozbawia poszkodowanego okoliczność, że korzysta on z leczenia uspołecznionego, jeżeli tylko zostanie wykazane, iż celowe jest stosowanie takich metod leczenia, zabiegów lub środków leczniczych, które nie wchodzą w zakres świadczeń z tytułu ubezpieczenia społecznego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 czerwca 1969 roku, II PR 217/69, OSNCP 1970 r., nr 3, poz. 50).

W przedmiotowej sprawie, powód dochodził od pozwanego odszkodowania w wysokości 925,05 zł. Na powyższe składały się koszty:

3. zakupu leków w wysokości 725,05 zł - w okresie od dnia 9 marca 2009 roku do dnia 30 listopada 2009 roku (k. 32; 34-45);
4. wykonania w dniu 17 lutego 2009 roku badania pantomogramu 3D w wysokości 200 zł (k. 33).

Powyższe wydatki powód udokumentował przedłożonymi do pozwu dokumentami w postaci faktur VAT oraz rachunku. Natomiast strona pozwana nie kwestionowała, aby wskazane powyżej wydatki nie były celowe i konieczne.

Sąd zasądził odsetki:

- od kwoty 614,80 zł od dnia 25 października 2010 roku – od daty wniesienia pozwu, bowiem wydatki udokumentowane fakturami znajdującymi się na kartach 33-41 akt sprawy, zostały zgłoszone już podczas prowadzonego postępowania likwidacyjnego.
- od kwoty 310,25 zł od dnia 21 grudnia 2010 roku – analogicznie, jak w przypadku żądania zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

Z tych też wszystkich względów, Sąd powództwo uwzględnił.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 k.p.c. stanowiącego o zasadzie odpowiedzialności za wynik procesu.

Dlatego też pozwany (...) Spółka Akcyjna z siedzibą w W., będący stroną przegraną w niniejszej sprawie, zobowiązany był uiszczyć na rzecz J. K. (1) kwotę 4.117 zł stanowiącą: część uiszczoną przez powoda opłaty sądowej od pozwu w wysokości 500 zł (potwierdzenie przelewu, k. 11) oraz koszty zastępstwa procesowego wraz z opłatą skarbową

od pełnomocnictwa w wysokości 3.617 zł (opłata skarbową – potwierdzenie przelewu, k. 10)), na podstawie § 6 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. z 2002 roku, Nr 163, poz. 1349 z późn. zm.).

Z kolei rozstrzygnięcie zawarte w pkt V wyroku uzasadnione jest treścią art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku „o kosztach sądowych w sprawach cywilnych” (Dz. U. z 2010 roku, Nr 90, poz. 594 ze zm.).

W przedmiotowej sprawie, na nieuiszczone koszty sądowe składało się wynagrodzenie biegłego za sporządzenie opinii sądowej w łącznej wysokości 3.050,32 zł (postanowienia tut. Sądu, k. 169, 227, 261, 314).

W pkt VI wyroku, natomiast, Sąd nakazał wypłacić J. K. (1) z sum Skarbu Państwa kwotę 500 zł, zaksięgowaną w księdze C pod pozycją 44/2011 i kwotę 1.500 zł, zaksięgowaną w księdze C pod pozycją 742/2012 z tytułu niewykorzystanych zaliczek, w oparciu o treść art. 113 ust. 4 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku „o kosztach sądowych w sprawach cywilnych” (Dz. U. z 2010 roku, Nr 90, poz. 594 ze zm.).

Z tych też względów oraz w oparciu o wskazane powyżej przepisy, Sąd Okręgowy orzekł, jak w wyroku.