

Sygnatura akt I C 846/10

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Wrocław, dnia 23 października 2014 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu, Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Piotr Jarmundowicz

Protokolant: Błażej Łój

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 9 października 2014 r. we Wrocławiu

sprawy z powództwa M. M. (1)

przeciwko (...)Szpitalowi (...)– (...) we W.

o zapłatę

I. oddała powództwo,

II. nie obciąża powoda kosztami procesu poniesionymi przez stronę pozwaną.

Sygn. akt I C 846/10

## UZASADNIENIE

Powód M. M. (1), reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, po ostatecznym sprecyzowaniu żądania pozwu wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...)Szpitala (...)– (...) we W.kwoty 40.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę; kwoty 26.606 zł wraz z ustawowymi odsetkami od kwoty 24.316 zł od dnia wniesienia pozwu oraz od kwoty 3.290 zł od dnia 3 marca 2011 roku do dnia zapłaty tytułem odszkodowania za wydatki związane z uszkodzeniem ciała i wywołaniem rozstroju zdrowia, w tym kosztów leczenia operacyjnego i rehabilitacji; ustalenie odpowiedzialności za dalsze przyszłe szkody, jako następstwo wadliwego leczenia, w związku z błędną diagnostyką dokonaną w pozwanym szpitalu; kwoty 14.000 zł skapitalizowanej renty tytułem utraconych zarobków w kwocie 2.800 zł miesięcznie w związku z utraconym dochodem za okres od czerwca 2010 roku do grudnia 2010 roku; renty uzupełniającej w kwocie po 800 zł miesięcznie, płatnej do dnia 10 - ego każdego miesiąca z dołu, począwszy od miesiąca grudnia 2010 roku włącznie, w związku z pomniejszonymi możliwościami zarobkowymi powoda. Jednocześnie powód wniósł o zasądzenie od strony pozwanej koszty procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (k. 2 i k. 204).

Uzasadniając żądanie pozwu powód wskazał, że został przywieziony przez zespół Pogotowia (...)do Oddziału (...)(...)Szpitala (...)(...) w dniu 10 września 2008 roku z powodu otwartego złamania 1/4 dalszej trzonów kości łokciowej i promieniowej lewej z przemieszczeniem. W dniu przyjęcia powód został zoperowany. Wykonano otwartą repozycję z zastosowaniem stabilizacji złamania kości łokciowej drutami K.i pętlą drucianą. Kość promieniową zespolono płytą AO i 5 śrubami. Zabieg operacyjny odbył się bez powikłań. Powodowi założono opatrunek dłoniowo - ramienny. Powodowi zalecono wizytę kontrolną w Poradni (...)(...)pozwanego w dniu 22 września 2008 roku oraz utrzymanie opatrunku gipsowego dłoniowo - ramiennego przez okres 6 tygodni.

Powód wskazał, że w okresie do 25 listopada 2008 roku. był pod kontrolą Poradni (...)(...). Zgodnie z wpisem w historii choroby w trakcie wizyty w dniu 25 listopada 2008 roku powód podał informację lekarzowi prowadzącemu

M. M. (2), że drut K.z kości łokciowej usunięty został w P.w dniu 17 listopada 2008 roku. Ostatnia wizyta powoda w Poradni (...) (...) miała miejsce w dniu 3 marca 2009 roku. Wówczas powód przedstawił kontrolne RTG przedramienia lewego, w którym lekarz prowadzący stwierdził cechy tworzącego się słabego zrostu kostnego. Powód podkreślił, że po usunięciu jednego z drutów K., brak usztywnienia kości ramienia skutkowało jej odśrodkowym odkształceniem się. Wzajemne ustawienie kości ramienia winno dać lekarzowi prowadzącemu kolejny asumpt do podjęcia adekwatnego działania. Ten stan winien zostać zauważony przez lek. med. M. M. (2) i wymagał odpowiedniej interwencji - repozycjonowania kości. Wobec błędnego rozpoznania, wskazującego zdaniem lekarza prowadzącego na prawidłowy zrost kości, nie zaistniały przesłanki do natychmiastowej interwencji operacyjnej, a powodowi wyznaczono termin kolejnej wizyty kontrolnej za 3 miesiące, co poświadcza wpis w dokumentacji medycznej. Na wyznaczoną wizytę powód nie stawiał się, albowiem w wyniku diagnozy wskazującej na konieczność ponowienia zabiegu operacyjnego, o której to perspektywie powód nie został poinformowany przez lekarza prowadzącego M. M. (2), utracił zaufanie do sposobu i jakości leczenia oferowanego mu przez pozwanego.

Dalej powód wskazał, że z informacji jakie uzyskał w toku konsultacji z dr nauk med. P. L.z kliniki (...) Sp. z o.o.w P.wynikało wprost, że w dniu 3 marca 2009 r. brak zrostu kości. Nadto, zdaniem lekarza med. A. Z., z którym powód konsultował się podczas pobytu w Stanach Zjednoczonych w dniu 14 kwietnia 2009 roku, jasno ze zdjęć wynika, że kość strzałkowa zaczęła się odśrodkowo odkształcać, a na obydwu kościach wytworzył się staw rzekomy. W związku z powyższym, w ocenie powoda, nie sposób uznać rozpoznania dokonanego przez lekarza prowadzącego M. M. (2) za prawidłowe. Konsekwencją błędu diagnostycznego stała się zwłoka we wskazaniu na konieczność ponownego zabiegu operacyjnego. Co więcej, odkształcenie odśrodkowe kości oraz staw rzekomy były możliwe do zaobserwowania już podczas konsultacji w styczniu 2009 roku. Podkreślenia wymaga, że analiza zdjęć została dokonana samodzielnie przez lekarza ortopedę, bez zasięgnięcia opinii radiologa. Na skutek błędu diagnostycznego i terapeutycznego popełnionego przez lekarza kierującego M. M. (2), polegającego na braku zalecenia ponownej operacji ramienia lewego, pomimo niewystąpienia zrostu kości i wytworzenia się stawu rzekomego, doszło do opóźnienia procesu leczenia o co najmniej 4 miesiące. Na zdjęciach rentgenowskich pozostających w posiadaniu pozwanego uwidoczniło wyraźnie, że stan powyższy wystąpił najpóźniej w miesiącu styczniu 2009 roku. Błąd lekarza spowodował konieczność poddania się kolejnej operacji dopiero w maju 2009 roku. Nadto, w wyniku wzmiankowanego opóźnienia doszło do obumarcia tkanki kostnej w miejscu złamania, skutkującego 3 mm skróceniem kości. Powód utracił zdolność pełnej supinacji nadgarstka. Dolegliwość powyższa oznaczać może dla powoda jako muzyka koniec kariery, a w każdym bądź razie konieczność długotrwałej i bolesnej rehabilitacji.

Wobec powyższego zdaniem powoda, na skutek błędu diagnostycznego popełnionego przez lekarza prowadzącego M. M. (2) okres powrotu do zdrowia uległ wydłużeniu co najmniej o cztery miesiące, a negatywnym następstwem przedmiotowego błędu jest obumarcie kości, skutkujące koniecznością przeprowadzenia kolejnego zabiegu operacyjnego.

Powód podkreślił, że jest zawodowym muzykiem, skrzypkiem. Ukończył studia magisterskie na Akademii (...) im. I.J. P.w P.w klasie altówki I. M., a następnie studia podyplomowe na wydziale solistycznym C. S.de P., we Francji w klasie B. P.. Obecnie jest muzykiem tutti zatrudnionym w Filharmonii (...) im. (...), jak również jest stałym muzykiem pierwszego składu (...).

Powód wskazał, że domaga się zadośćuczynienia za doznaną krzywdę związaną z fizycznym bólem jaki przysparza mu ręka w czasie czynności rehabilitacyjnych. Wykonywany przez niego zawód wymaga szczególnego zakresu ruchowego dłoni, w związku z czym również natężenie ćwiczeń, którym musi ją poddawać, cechuje szczególna intensywność. Obecnie nie jest w stanie uzyskać pełnej supinacji (dostatecznego odśrodkowego zgięcia dłoni), która stanowi warunek gry na instrumencie smyczkowym na dotychczasowym poziomie. Wskazał także, że wnosi o zapłatę z tytułu poniesionych cierpień psychicznych, które szczególnie są dotkliwe w związku z długotrwałą niemożnością wykonywania zawodu muzyka. Powód ma wyłączoną zdolność samorealizacji artystycznej, co stanowi dla niego dojmującą uciążliwość. Sytuacja psychofizyczna w jakiej powód się znajduje jest dodatkowo pogarszana stałą obawą że mimo podejmowanych starań nigdy nie powróci do sprawności umożliwiającej mu kontynuowanie kariery muzyka.

M. M. (1) oświadczył, że odszkodowanie, którego się domaga się składa się z dwóch elementów. W pierwszej mierze domaga się zwrotu kosztów leczenia, w tym zabiegu operacyjnego i zabiegów rehabilitacyjnych, jakim został poddany po dowiedzeniu się, że wymagana była reoperacja uszkodzonego ramienia. Powód podniósł dalej, że gdyby w ramach świadczeń oferowanych przez publiczną służbę zdrowia lub pokrywanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mógł uzyskać adekwatną i dostatecznie pilną pomoc, nie zaistniałaby konieczność korzystania ze świadczeń pełnopłatnych w (...) Sp. z o.o. w P.. Drugą część odszkodowania objętego żądaniem stanowią utracone zarobki. Wynagrodzenie brutto jakie osiągnął powód w roku 2008 wynosiło 4280,06 zł miesięcznie. Przyjmując z ostrożności, że w latach kolejnych w stosunku miesięcznym wynagrodzenie powoda nie uległoby zwiększeniu, to co najmniej nie powinno się zmniejszyć. Tymczasem na skutek przedłużającej się rehabilitacji okres niezdolności do wykonywania pracy przez powoda uległ prolongacji o co najmniej 4 miesiące. Powyższy czasokres, gdyby przeliczyć go na wartość wyrażalną w pieniądzu, utracony zarobek opiewa w przybliżeniu na kwotę 5.400 zł, co stanowi trzykrotną miesięczną różnicę w wynagrodzeniu uzyskiwanym przez powoda w stosunku do wartości uzyskiwanego świadczenia rehabilitacyjnego (w kwocie 1573,48 zł brutto).

Powód wskazał, że domaga się zasądzenia rzecz renty uzupełniającej, która stanowić powinna różnicę pomiędzy dochodem osiąganym przez niego w chwili obecnej, w stosunku do wartości wynagrodzenia jaką mógłby osiągnąć, gdyby nie jego pogorszona sytuacja życiowa. Do czasu wypadku osiągał średniomiesięczny dochód w wysokości 4280,06 zł brutto. Obecnie miesięczny dochód jest zerowy, albowiem od miesiąca kwietnia br. pracodawca zaprzestał wypłacania wynagrodzenia powodowi, a ZUS nie podjął jak dotąd stosownej wysokości odnośnie wypłaty zasiłku rehabilitacyjnego. Z prostej kalkulacji wynika, że adekwatna kwota renty powinna rekompensować stratę pomiędzy aktualnym dochodem, a tym, który byłby najprawdopodobniej jego udziałem.

Zdaniem powoda, gdyby nie błędy diagnostyczne, które opóźniły wykonanie ponownego zabiegu operacyjnego, w tej chwili byłby już sprawny i w pełni zdolny do wykonywania swojej pracy. Przyczyną, z powodu której nie może profesjonalnie grać na smyczkowym instrumencie muzycznym jest brak pełnej supinacji dłoni. Wskazane powyżej ograniczenie ruchliwości dłoni spowodowane jest zbyt długim okresem oczekiwania na zrost kości, który bezpośrednio doprowadził do obumarcia części tkanki kostnej i skrócenia kości.

Uzasadniając żądanie w zakresie ustalenie odpowiedzialności na przyszłość powód wskazał, nie jest wciąż zakończone leczenie i proces rehabilitacyjny.

W odpowiedzi na pozew strona pozwana (...)Szpital (...)– (...) we W.wniosła o oddalenie powództwa całości oraz o zwrot kosztów postępowania w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Jednocześnie strona pozwana wniosła o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu ubezpieczyciela to jest (...) SAz siedzibą w W.(k. 101).

Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie strona pozwana wskazała, że leczenie podjęte zostało we właściwym czasie i prawidłowo przeprowadzone, a stan pacjenta był i jest bezpośrednim skutkiem urazu, jakiego doznał powód czasie upadku na rowerze w dniu 10 września 2008 r., jak i powikłań towarzyszących otwartemu złamaniu przedramienia lewego. Strona pozwana podkreśliła, iż powikłania powstałe u powoda są bardzo częste w tego typu przypadkach. Odniesione przez powoda złamanie jest poważnym urazem, którego konsekwencją może być staw rzekomy, bez względu na prawidłowość podjętych działań diagnostycznych i leczniczych. Powstanie bowiem stawu rzekomego jest powikłaniem, które należałoby w przedmiotowej sytuacji wkalkulować w ryzyko wykonanej operacji i procesu leczniczego. Zdaniem strony pozwanej zaburzenia zrostu kości należy traktować jako powikłanie, tj. niezawinione zdarzenie, do którego dojść może z przyczyn zupełnie niezależnych, pomimo dłożenia należytej staranności, jak to miało niewątpliwie miejsce w przedmiotowej sprawie. Dlatego zdaniem strony pozwanej, brak jest podstaw do przyjęcia twierdzenia, iż sugerowana przez powoda niedostateczna kontrola ortopedyczna i radiologiczna mogły być powodem powstania zaburzeń zrostu kości. Zdarza się bowiem często, że po zabiegach operacyjnych powstają stawy rzekome i jest to niejako ryzyko wpisane w tego rodzaju urazy. Zdaniem strony pozwanej warto nadmienić, że ciężki uraz przedramienia, jakim jest otwarte złamanie obu trzonów kości przedramienia powoduje często przedłużający się okres zrostu złamania nawet do wielu miesięcy i nie można było postawić jednoznacznego rozpoznania stawu rzekomego w dniu 3 marca 2009 r. Uraz powyższy nawet przy znacznie krótszym okresie zrostu może prowadzić do

ograniczenia ruchów rotacyjnych przedramienia (supinacji i pronacji), a także może dojść do nieznacznego, nawet 3 mm, skrócenia odłamów.

Strona pozwana dalej oświadczyła, że odnośnie oskarżenia powoda, iż analiza zdjęć rtg została dokonana samodzielnie przez lekarza ortopedę, bez zasięgnięcia opinii radiologa, to zarzut ten jest bezpodstawny. Opisywanie zdjęć rtg przez ortopedę nie stanowi bowiem przekroczenia kompetencji zawodowych. Decyzję co do procesu leczenia oraz wykonywania kontrolnych zdjęć rtg podejmuje lekarz prowadzący, czyli w tym przypadku ortopeda i miał on kompetencje do oceny radiogramu, tym bardziej, że leczy danego pacjenta i go zna; lekarze ortopedzi niejednokrotnie nie opierają się na opisie radiologicznym - a przynajmniej nie w pełni - i są szkoleni w ramach swojej specjalizacji i późniejszej praktyki lekarskiej w ocenie zdjęć radiologicznych z ich dziedziny. Nie stanowiło zatem przekroczenia kompetencji zawodowych przez lekarza ortopedę leczącego powoda opisywanie jego zdjęć rtg. Także częstość wyznaczanych powodowi wizyt kontrolnych w Przychodni strony pozwanej oraz wykonywanej dokumentacji rtg u powoda nie budzi zastrzeżeń; wykonanie zdjęcia rtg w marcu 2009 r. oraz wyznaczenie kolejnej wizyty za 3 miesiące spełniało pojęcie należytej i starannej opieki szpitalnej, bowiem celem lekarza prowadzącego było nie narażanie powoda na kolejne zdjęcia radiologiczne.

Strona pozwana wskazała, że wobec faktu, iż kość powoda zrastała się w ocenie lekarza prowadzącego prawidłowo, nie było wskazań do natychmiastowej interwencji operacyjnej, a pacjentowi wyznaczono termin kolejnej wizyty kontrolnej za 3 miesiące, co poświadcza wpis w Historii choroby Poradni (...)(...). Na wyznaczoną kolejną wizytę powód już się jednak nie pojawił.

Dalej strona pozwana wskazała, że niezrozumiałym jest dla niej fakt, dlaczego do usunięcia drutu z kości przedramienia powód zgłosił się w P. w dniu 17 listopada 2008 r., a nie do lekarza prowadzącego u strony pozwanej, ponieważ zaburzyło to w jakimś sensie plan postępowania leczniczego. Przy jakichkolwiek dolegliwościach powód powinien się zgłosić do Poradni strony pozwanej, gdzie był pod stałą kontrolą.

Strona pozwana oświadczyła, iż kwestionuje zarzuty w zakresie dopuszczenia się przez swój personel uchybień w procesie diagnostycznym i leczniczym, skutkujących powstaniem opisanych w uzasadnieniu pozwu dolegliwości zdrowotnych. Żądania powoda w stosunku do Szpitala nie są zasadne. Wszelkie działania podjęte od chwili przyjęcia powoda w pozwanym Szpitalu były działaniami mającymi na celu wyjaśnianie stanu zdrowia chorego. Diagnostyka podjęta w Oddziale (...)(...) pozwoliła postawić pełną diagnozę pozwalającą na podjęcie właściwego leczenia w stosunku do powoda. Nieuprawnionym jest zatem twierdzenie powoda, że postępowanie diagnostyczne i lecznicze ze strony personelu Szpitala było nieprawidłowe oraz podjęte ze zwłoką oraz stanowiło przyczynę, która zadecydowała o skutkach odczuwanych przez powoda po dzień dzisiejszy. Na Oddziale (...)(...) podjęto leczenie zgodne z zasadami wiedzy i sztuki medycznej, a obecny stan zdrowia nie ma związku z przeprowadzonymi u strony pozwanej czynnościami. Leczenie w (...)(...) Szpitalu (...)(...) podjęte było we właściwym czasie i prawidłowo przeprowadzone, zgodnie z zasadami sztuki medycznej, a stan zdrowia powoda jest - jak wspomniano wyżej - bezpośrednim skutkiem poważnego urazu, jakiego doznał powód i powikłań temu towarzyszących.

Zdaniem strony pozwanej powód nie wykazał (pomimo spoczywającego na nim przy odpowiedzialności deliktowej ciężaru dowodu), że zachowanie personelu pozwanego Szpitala im. (...) było nieprawidłowe oraz wypełnia znamiona błędu medycznego zatem jest zawinione. Powód nie wykazał również istnienia związku przyczynowego, a jak wynika z dokumentacji medycznej oraz przeprowadzonego u strony pozwanej postępowania wyjaśniającego obecny stan zdrowia powoda wynika przede wszystkim z powagi doznanego urazu. W pozwanym Szpitalu nie zaniechano żadnego działania na etapie stawiania diagnozy, przeprowadzone zostały wszystkie niezbędne badania, typowe w takich przypadkach, znajdujące uzasadnienie medyczne, a proces diagnostyczny zakończono pełnym rozpoznaniem. Zabieg operacyjny został przeprowadzony zgodnie z zasadami i wiedzy i sztuki medycznej, w sytuacji gdy stan zdrowia chorego wymagał podjętych czynności, natomiast podczas ostatniej wizyty powoda w Poradni w dniu 3 marca 2009 r. kontrolne rtg przedramienia lewego wykazało jedynie tworzący się słaby zrost kostny, w związku z czym powód nie wymagał natychmiastowej interwencji operacyjnej.

Zdaniem strony pozwanej, podkreślenia wymaga fakt, iż uciążliwości i przykrości odczuwane przez poszkodowanego nie uzasadniają przyznania zadośćuczynienia (vide: wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 9 lipca 2003 r., I ACa 396/03 Wokanda 2004/12/41). Kryteria istotne przy ustalaniu "odpowiedniej" sumy zadośćuczynienia to: rodzaj naruszonego dobra, zakres i rodzaj rozstroju zdrowia, czas trwania cierpień, wiek pokrzywdzonego, intensywność ujemnych doznań fizycznych i psychicznych, rokowania na przyszłość, stopień winy sprawcy (vide: wyrok SN z dnia 20 kwietnia 2006 r., IV CSK 99/05 niepublikowany).

W ocenie strony pozwanej nie można zarzucić personelowi strony pozwanej popełnienia „błędu lekarskiego” ponieważ, pod powyższym kryje się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki medycznej. Tzw. błąd lekarski nigdy nie pociąga odpowiedzialności sam przez się. Jego stwierdzenie nie przesądza automatycznie o cywilnej odpowiedzialności lekarza. Wystąpienie tzw. błędu lekarskiego, a zatem obiektywnej sprzeczności z powszechnie przyjętymi zasadami i regułami postępowania dyktowanymi przez naukę i praktykę medyczną wyczerpuje tylko obiektywny element winy tzn. bezprawność zachowania i samo w sobie nie jest wystarczające dla postawienia zarzutu winy lekarzowi. Jest zatem jakby pierwszym etapem, ponieważ należy jeszcze ustalić subiektywne przesłanki uczynienia zarzutu w postaci umyślności działania lub też niedbalstwa (L.-P.B., artykuł (...) - (...), Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu).

W ocenie strony pozwanej w sytuacji, gdy nie nastąpiła zwłoka w podjęciu leczenia, a leczenie było prawidłowe, Szpital nie może ponosić odpowiedzialności za brak pomyślnego wyniku leczenia. Działanie lege artis wyklucza zatem zawinienie a tym samym jest podstawą wyłączenia odpowiedzialności strony pozwanej.

Odnosząc się do żądania w zakresie renty, zdaniem strony pozwanej, podkreślenia jednakże wymaga fakt, iż renty można żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody, natomiast wyżej przytoczone okoliczności dowodzą, że zobowiązanym nie jest (...) (...). Strona pozwana podjęła wszelkie czynności, które uzasadnione były stanem zdrowia pacjenta, zgłaszanymi dolegliwościami oraz zaobserwowanymi objawami, a jako że strona pozwana nie jest sprawcą szkody w rozumieniu art. 444 k.c, skierowane w stosunku do niego żądanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Uzasadniając wniosek o przypozwanie strona pozwana powołała się na przepis art. 84 k.p.c. Strona pozwana wskazała, że zawarła z przypozwanym umowę ubezpieczenia na okres od 1 stycznia 2008 r. do 1 grudnia 2008 r. Również obecnie pozwany objęty jest ochroną ubezpieczeniową. (...) S.A. udzieliło ochrony ubezpieczeniowej, gdy w związku z określoną we wniosku i umowie ubezpieczenia działalnością polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub posiadanych mieniem zaistnieją zdarzenia, w następstwie których ubezpieczony jest zobowiązany do naprawienia szkody osobowej lub rzeczowej wyrządzonej osobie trzeciej. (...) S.A. udzieliło ochrony ubezpieczeniowej w granicach odpowiedzialności ustawowej z tytułu czynu niedozwolonego (odpowiedzialność deliktowa) lub z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (odpowiedzialność kontraktowa).

Pomimo prawidłowego zawiadomienia o terminie rozprawy (k. 159) ubezpieczyciel strony pozwanej (...) SA z siedzibą w W. nie zgłosił swojego udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego.

### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

M. M. (1) jest z zawodu muzykiem orkiestrowym. Pracuje jako (...) w Filharmonii (...).

W dniu 10 września 2008 r. powód wraz z kolegą udał się na wycieczkę rowerową, w trakcie której postanowił wjechać na wzgórze w celu obejrzenia obiektu architektonicznego. W czasie zjazdu z góry, powód przewrócił się. Konsekwencją upadku było otwarte złamanie trzonów obu kości przedramienia lewego. Na miejsce zdarzenia została wezwana karetka pogotowia ratunkowego, która odwiozła M. M. (1) do pozwanego szpitala.

U strony pozwanej wykonano zabieg operacyjny polegający na zespoleniu kości promieniowej płytką AO a kości łokciowej drutem K. śródszpikowo. Powód przebywał na leczeniu szpitalnym u strony pozwanej w okresie od 10 do 18 września 2008 r.

W zaleceniach lekarskich, które powód otrzymał przy wypisie ze szpitala, zlecono kontrolę w (...) w dniu 22 września 2008 r., usunięcie szwów w 12 – 14 dobie po zabiegu oraz utrzymania opatrunku gipsowego dłoniowo – ramiennego przez okres 6 – ciu tygodni. Wskazano także termin kolejnej kontroli w poradni.

W wyznaczonym terminie powód udał się do (...) strony pozwanej, gdzie został przyjęty przez lekarza M. M. (2). Ponieważ były problemy ze wzrostem kości zostały wyznaczone kolejne terminy wizyt, w trakcie których wykonywano zdjęcia rtg celem ustalenia postępu wzrostu kości. Powód w trakcie wizyt w poradni był konsultowany przez lekarza M. M. (2), oprócz wizyty w dniu 11 lutego 2009 r., kiedy został przyjęty przez lekarza W. K.. Ponieważ w dalszym ciągu braku było wzrostu kości wyznaczono kolejne terminy wizyt i wykonanie kontrolnych zdjęć rtg.

W dniu 3 marca 2009 r. powód był na ostatniej wizycie w poradni ortopedycznej strony pozwanej. Na kolejną wizytę powód się nie stawił.

Powód w trakcie leczenia w (...) strony pozwanej miał zalecone zabiegi rehabilitacyjne, które były finansowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego powoda.

Dowód:

przesłuchanie powoda M. M. (1) k. 197 verte – 201,

przesłuchanie za stronę pozwaną M. N. k. 201 – 203,

zeznanie świadka M. M. (2) k. 187 verte – 189,

zeznanie świadka B. R. k. 189 – 190,

dokumentacja medyczna leczenia powoda k. 15 verte – 41, k. 116 – 143,

W listopadzie 2008 r. w związku z wysuwającym się drutem K., powód zdecydował się na jego usunięcie. Zabieg usunięcia wystającego drutu został wykonany w prywatnej klinice w P..

Dowód:

przesłuchanie powoda M. M. (1) k. 197 verte – 201,

pismo zatytułowane (...) k. 213,

W kwietniu 2009 r. M. M. (1) przebywał w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. W czasie pobytu został skonsultowany przez lekarza chirurga A. Z., który stwierdził brak kostniny w miejscu złamania kości promieniowej oraz utraty stabilizacji przez gwóźdź S. kości łokciowej. Lekarz zalecił powodowi poddanie się przeszczepowi kości promieniowej i ewentualnie kości łokciowej.

Dowód:

przesłuchanie powoda M. M. (1) k. 197 verte – 201,

pismo A. Z. w języku angielskim wraz z jego uwierzytelnionym tłumaczeniem na język polski k. 180 – 186,

Po powrocie do Polski powód zdecydował się na wykonanie zabiegu zalecanego przez lekarza A. Z.. Zabieg miał miejsce (...) w P. w dniu 5 maja 2009 r. W trakcie leczenia wykonano operacyjne (...): usunięto materiał zespalający, resekcję

stawu rzekomego trzonu kości promieniowej i łokciowej, repozycję i stabilizację z przeszczepami kostnymi z talerza kości biodrowej płytami (...). W dniu 6 maja 2009 r. powód został wypisany ze szpitala.

Po zabiegu powód uczestniczył w zabiegach rehabilitacyjnych wykonywanych w (...) sp. z o.o. w P..

Za wykonany zabieg operacyjny powód zapłacił 7 500 zł., a za świadczenia rehabilitacyjne i konsultacje lekarskie łącznie 10 416,00 zł.

Dowód:

przesłuchanie powoda M. M. (1) k. 197 verte – 201,

dokumentacja medyczna leczenia powoda k. 15 verte – 41, k. 116 – 143,

faktury VAT k. 43 – 69,

O dnia 11 marca 2009 r. powód pobierał zasiłek rehabilitacyjny., który w dniu 3 lipca 2009 r. na mocy orzeczenia lekarza orzecznika ZUS został przedłużony na okres 4 miesięcy w związku z rokowaniem odzyskania zdolności do pracy.

Dowód:

orzeczenie lekarza ZUS z dnia 3 lipca 2009 r. k. 31,

zaświadczenie Filharmonii im. (...)we W.z dnia 4 lutego 2010 r. k. 42,

Po zakończonej rehabilitacji po drugim zabiegu operacyjnym powód w kwietniu 2010 r. wrócił do pracy. W związku z wykonywanym przez powoda zawodem muzyka orkiestrowego, nie był z uwagi na odniesiony uraz, w stanie wykonywać nadgarstkiem pełnego zakresu ruchów. Chcąc osiągnąć pełen zakres ruchów powód szukał pomocy u wielu specjalistów. Miedzy innymi udał się do dr A. D., który zaproponował operację skrócenia kości w szpitalu w T.. Ostatecznie powód zdecydował się na wykonanie zabiegu skrócenia kości promieniowej, usunięcie materiału zespoleniowego z kości promieniowej i kości łokciowej oraz osteosyntezę końca dalszego kości promieniowej płyta (...) w Klinice (...) w S.. Zabieg miał miejsce w dniu 11 czerwca 2010 r. Powód w związku z tym leczeniem przebywał w szpitalu w okresie od 10 do 14 czerwca 2010 r.

Po operacji powód w okresie od października do grudnia 2010 r. odbył zabiegi rehabilitacyjne, za które zapłacił łącznie 3 290 zł.

Dowód:

przesłuchanie powoda M. M. (1) k. 197 verte – 201,

dokumentacja medyczna leczenia powoda k. 216 – 220 verte,

rachunek nr (...) k. 210,

Powód wrócił do pracy w grudniu 2010 r. Przed przyjęciem do pracy powód musiał zdać wewnętrzny egzamin kwalifikacyjny.

Obecnie w życiu codziennym nie odczuwa skutków wypadku. W pracy zawodowej z uwagi na brak możliwości ruchów nadgarstkiem w takim stopniu jak przed wypadkiem, powód ma pewne ograniczenia, uniemożliwiające np. pracę solistyczną lub w kameralistyce.

Dowód:

przesłuchanie powoda M. M. (1) k. 465 - 466,

opracowanie pt.: „B. ocena funkcjonalna M. M. (1) 10 - 07 – 2014” k. 564 – 573,

Proces diagnostyczny prowadzony u strony pozwanej w okresie leczenia ambulatoryjnego do 7 stycznia 2009 r. był prawidłowy. Rozpoznanie zrostu kostnego obu kości, w tym kości promieniowej zrostu słabego, było pomyłką diagnostyczną. Pomyłką diagnostyczną było także rozpoznanie w lutym 2009 r. przez kolejnego lekarza zrostu opóźnionego. W tym czasie można było już przeprowadzić przyspieszenia zrostu złamania lub jego powstania poprzez miejscowe podanie czynnika wzrostu (metoda (...)) lub wcześniejsze przeprowadzenie zabiegu operacyjnego polegającego na zespoleniu obu kości przedramienia płytka i śrubami z obłożeniem miejsc złamania przeszczepami kostnymi własnymi i miejscowym, śródoperacyjnym podaniem w/w czynnika.

Jednakże niezastosowanie powyższych metod i przyjęcie postawy oczekującej nie jest błędem medycznym. Przedłużyło jedynie okres powrotu powoda do pracy, nie wpływając na ostateczny wynik leczenia tzn. sprawność kończyny.

Dowód:

pisemna opinia biegłego sądowego W. R. z dnia 23 grudnia 2013 r. k. 499 – 501,

ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego W. R. e – protokół rozprawy z dnia 2 lipca 2014 r. od 00:01:09 do 00:28:32 k. 553,

pisemna opinia biegłego sądowego S. G. z dnia 5 grudnia 2012 r. k. 343 - 347,

pisemna opinia uzupełniająca biegłego sądowego S. G. z dnia 25 lutego 2013 r. k. 374 – 375,

ustna opinia uzupełniająca biegłego sądowego S. G. e – protokół rozprawy z dnia 13 czerwca 2013 r. od 00:02:25 do 00:33:34 k. 418.

Pismem z dnia 1 września 2009 r. pełnomocnik powoda wystąpił do strony pozwanej z wezwaniem do zapłaty 45 000 zł. tytułem zadośćuczynienia i zapłaty odszkodowania oraz do uznania przez stronę pozwaną odpowiedzialności na przyszłość za skutki zdarzenia.

W odpowiedzi na pismo strona pozwana poinformowała, iż w związku z przeprowadzonym postępowaniem wyjaśniającym uznaje zgłoszone roszczenia za bezzasadne. Zdaniem strony pozwanej postępowanie lekarzy w procesie leczenia i diagnozowania pacjenta było prawidłowe i zgodne z wiedzą oraz sztuką medyczną.

Dowód:

pismo pełnomocnika powoda z dnia 1 września 2009 r. k. 76 – 77,

pismo strony pozwanej z dnia 17 września 2009 r. k. 70 – 71.

Sąd ustalił stan faktyczny w sprawie na podstawie zaferowanego przez strony materiału dowodowego.

Sąd ustalając okoliczności wypadku, któremu uległ powód oraz proces jego leczenia dał wiarę złożonym do akt dokumentom w postaci dokumentacji medycznej oraz rachunkom i fakturom. Trzeba podkreślić, iż żadna ze stron nie podważała ani nie kwestionowała autentyczności tych dokumentów. Ponadto treść zeznań przesłuchanych w sprawie świadków oraz przesłuchanie powoda potwierdziły i uzupełniły okoliczności faktyczne ustalone na podstawie złożonych do akt dokumentów. Z tych też przyczyn w ocenie Sądu brak jest podstaw do odmówienia wiary zeznaniom złożonym przez świadków M. M. (2) i B. R..

W przekonaniu Sądu na wiarę zasługują zeznania złożone przez powoda oraz przedstawiciela strony pozwanej. Brak jest bowiem jakichkolwiek dowodów, które podważyłyby ich wiarygodność.



Sąd w całości dał wiarę opiniom pisemnym biegłych sądowych W. R. i S. G.. Opinie są rzetelne, oparte na materiale dowodowym zgromadzonym w toku postępowania oraz na wiedzy specjalistycznej biegłych. Sposób skonstruowania opinii pozwala na prześledzenie toku rozumowania biegłych oraz zweryfikowania przyjętych przez nich wniosków. Ponadto zarzuty stron co do pisemnych opinii biegłych zostały w sposób jednoznaczny wyjaśnione w trakcie składania ustnych opinii na rozprawach.

W ocenie Sądu zarzuty formułowane przez strony do opinii nie podważyły wniosków opinii biegłych. Z tych względów, wobec w zasadzie identycznych wniosków końcowych opinii biegłego S. G. i W. R., Sąd nie znalazł podstaw uzasadniających uwzględnienie wniosku powoda o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego W. R. na okoliczność ustalenia określenia stopnia supinacji i pronacji nadgarstka powoda.

W ocenie Sądu zgromadzony materiał dowodowy pozwalał na ustalenie wszystkich istotnych okoliczności w sprawie i na jej rozstrzygnięcie. W tym miejscu należy podkreślić, że z uwagi na wnioski końcowe opinii biegłego W. R., iż w postępowaniu strony pozwanej nie można postawić zarzutu błędu medycznego a jedynie błąd diagnostyczny, a także ustalenie przez Sąd, iż powód nie ma takiej samej supinacji i pronacji nadgarstka jak przed wypadkiem, prowadzenie postępowania dowodowego na okoliczność ustalenia określenia dokładnego stopnia supinacji i pronacji nadgarstka powoda, spowodowało by jedynie zbędą zwłokę w rozstrzygnięciu sprawy.

Wskazać także należy, że wnioski opinii biegłych mają także częściowo potwierdzenie w pisemnych opiniach biegłego J. S..

Sąd pominął dowód z zeznań B. A. na okoliczność sprecyzowaną w piśmie przygotowawczym z dnia 3 marca 2011 r. albowiem powyższe okoliczności zostały wyjaśnione złożonymi przez powoda zeznaniami oraz dokumentacją medyczną.

***W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd zważył co następuje:***

Powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie powód dochodzi od strony pozwanej zapłaty zadośćuczynienia w związku z odniesioną krzywdą, odszkodowania związanego z koniecznością powtórnej operacji i wydatków z nią związanych, ustalenia odpowiedzialności na przyszłość za skutki błędnej diagnostyki oraz renty.

Przechodząc do oceny zgłoszonych przez powoda żądań należy wskazać, iż zgodnie z art. 444 k.c. w związku z art. 445 § 1 k.c. w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty. Na żądanie poszkodowanego zobowiązany do naprawienia szkody powinien wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, a jeżeli poszkodowany stał się inwalidą, także sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Jeżeli poszkodowany utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyły się jego potrzeby lub zmniejszyły widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanego do naprawienia szkody odpowiedniej renty. Jeżeli w chwili wydania wyroku szkody nie da się dokładnie ustalić, poszkodowanemu może być przyznana renta tymczasowa (art. 444 k.c.). W wypadkach przewidzianych w artykule poprzedzającym sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 k.c.).

Bezsporna w niniejszej sprawie była okoliczność objęcia opieką medyczną powoda w pozwanej placówce szpitalnej w okresie od 10 do 18 września 2008 r. a następnie do marca 2009 r. w (...).

Strona pozwana co do zasady ponosi odpowiedzialność cywilnoprawną za skutki działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia pacjentów tejże jednostki na podstawie art. 430 k.c. Odpowiedzialność szpitala jest w tym przypadku odpowiedzialnością za czyn cudzy. Zgodnie z powołanym przepisem, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności 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

powierzonej jej czynności. Odpowiedzialność zwierzchnika za działanie podwładnego oparta jest na zasadzie ryzyka. Przesłanką odpowiedzialności przełożonego jest wyrządzenie szkody z winy podwładnego, przy czym do wykazania tej okoliczności konieczne jest wykazanie istnienia tak zwanej winy bezimiennej, jeśli tylko poszkodowany wykaże, że szkoda była wynikiem zachowania osoby podlegającej określonemu zwierzchnictwu i wykonującej określoną czynność dla powierzającego i w jego interesie. Dla stwierdzenia odpowiedzialności szpitala w niniejszej sprawie zasadnicze znaczenie ma zatem ocena postępowania personelu medycznego szpitala.

W tym miejscu zważyć należy, że wina w art. 430 k.c. została użyta w tym samym znaczeniu co w art. 415 k.c. Na gruncie prawa cywilnego winę można przypisać podmiotowi prawa, kiedy istnieją podstawy do negatywnej oceny jego zachowania z punktu widzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego. W obszarze deliktów prawa cywilnego rozróżnia się dwie postaci winy – umyślną i nieumyślną. Przy winie umyślnej sprawca ma świadomość szkodliwego skutku swojego działania i przewiduje jego nastąpienie, celowo do niego zmierza. Przy winie nieumyślnej sprawca przewiduje możliwość wystąpienia szkodliwego skutku, lecz bezpodstawnie przypuszcza, że zdoła go uniknąć albo nie przewiduje możliwości jego nastąpienia, choć powinien i może je przewidywać. W obu formach winy nieumyślnej mamy do czynienia z niedbalstwem. Niedbalstwo polega nie niedołożeniu należytej staranności w stosunkach danego rodzaju staranności, niezbędnej do uniknięcia skutku, którego sprawca nie chciał wywołać.

Należy zauważyć, że art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że 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 należyłą starannością. Naruszenie powyższych zasad może przybrać w szczególności postać błędu lekarskiego, polegającego bądź to na błędnym zdiagnozowaniu lub zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu (błąd diagnostyczny), bądź też na nieprawidłowym, niezgodnym ze sztuką lekarską wykonaniu zabiegu lub leczeniu (błąd wykonawczy). Z kolei ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje, że pacjentowi przysługuje między innymi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1), udzielanych z należyłą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym (art. 8 zd. 1), jak również prawo do informacji o swoim stanie zdrowia (art. 9 ust. 1). W myśl natomiast art. 4 ust. 1 tejże ustawy w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta Sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. Ustalenie winy lekarza w procesie diagnostycznym wymaga odwołania się do wiadomości biegłych sądowych. Jednocześnie należy mieć na uwadze, że jeżeli zachowanie lekarza odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, stopień naukowy), posiadane doświadczenie, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia.

O zawinięciu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Nie chodzi zatem o staranność wyższą od przeciętnej wymaganej wobec lekarza, lecz o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej (art. 355 § 2 k.c.). Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się działanie zgodne ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny (patrz wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lutego 2010, V CSK 287/09 LEX nr 786561).

Dokonując analizy zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Sąd doszedł do przekonania, że brak jest podstaw do ustalenia, że w trakcie leczenia powoda wystąpiły takie nieprawidłowości, które skutkowały by uszkodzeniem ciała powoda lub rozstrojem jego zdrowia. Niewątpliwie bowiem tylko w takiej sytuacji żądanie zapłaty zadośćuczynienia od strony pozwanej zasługiwało by na uwzględnienie.

W niniejszej sprawie nie ziściły się przesłanki odpowiedzialności za szkodę strony pozwanej. Biegły sądowy W. R. w sporządzonych opiniach w sposób jednoznaczny podkreślał, iż w przypadku postępowania lekarzy leczących powoda w (...) można mówić o błędzie diagnostycznym i to dopiero od stycznia 2009 r. Wtedy już można było podjąć decyzję o zastosowaniu innej metody leczenia powoda co przyśpieszyło by powrót do sprawności ręki M. M. (1). Jednakże jak podkreślił biegły W. R. przyjęcie postawy wyczekującej nie wpłynęło w żaden sposób na rozstrój zdrowia powoda, a jedynie wydłużyło proces powrotu do zdrowia. Oznacza to, że postępowanie lekarzy leczących powoda w (...) strony pozwanej nie spowodowało uszczerbku na zdrowiu powoda ani jego rozstroju. Należy w tym miejscu zauważyć, iż brak jest dowodów na to, że przyjęcie przez stronę pozwaną postawy wyczekującej, poczynawszy od stycznia 2009 r., spowodowało, że powód nie ma takiej sprawności nadgarstka jak przed wypadkiem. W szczególności powód nie zaoferował wniosków dowodowych, których realizacja mogła by wykazać, iż odłożenie w czasie zastosowania innej metody leczenia braku wzrostu spowodowało uszczerbek na jego zdrowiu. Tymczasem jak wynika z akt sprawy powód ostatecznie pracuje w swoim zawodzie. Sąd miał przy tym na uwadze, iż powód po powzięciu wiedzy o braku wzrostu kości i konieczności zastosowania innej metody leczenia, nie poinformował o tym lekarz leczącego, nie stawiając się na wyznaczonym terminie badania kontrolnego. Tym samym uniemożliwił lekarzom strony pozwanej zajęcia stanowiska co do konieczności wykonania zabiegu operacyjnego.

Powód nie wykazał także aby na skutek nieusprawiedliwionego odłożenia w czasie leczenia operacyjnego przez stronę pozwaną doznał cierpień psychicznych, uzasadniających zasądzenie odpowiedniej kwoty zadośćuczynienia. W konsekwencji, zdaniem Sądu, brak jest podstaw do żądania od strony pozwanej zapłaty na rzecz powoda zadośćuczynienia.

Podobnie, w ocenie Sądu, jest w przypadku żądania ustalenia odpowiedzialności za skutki wadliwego leczenia strony pozwanej.

Zgromadzony materiał dowodowy nie pozwala bowiem na przyjęcie, iż żądanie ustalenia odpowiedzialności za skutki błędnego leczenia strony pozwanej jest uzasadnione. Ostateczny wynik leczenia powoda pozwolił mu na powrót do pracy i brak jest przesłanek, że w przyszłości mogą ujawnić się nowe, nieznanne w chwili obecnej negatywne następstwa wypadku z dnia 10 września 2008 r.

W ocenie Sądu także żądania zapłaty renty uzupełniającej oraz skapitalizowanej renty w wysokości 14 000 zł. nie zasługują na uwzględnienie. Jak wskazano wyżej żądanie zapłaty renty aktualizuje się w przypadkach gdy na skutek rozstroju zdrowia lub odniesionego uszczerbku na zdrowiu brak jest możliwości podjęcia dotychczas wykonywanej pracy. Niezbędną przesłanką uzasadniającą żądanie zapłaty renty jest wykazanie winy podmiotu w stosunku do którego kierowane jest roszczenie. Tymczasem na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego brak jest podstaw do przypisania odpowiedzialności stronie pozwanej.

Wskazać także należy, że brak jest podstaw do uznania za uzasadnione żądania zapłaty w części dotyczącej utraconych zarobków przez powoda za okres od czerwca 2010 r. do grudnia 2010 r.

Ze zgromadzonego materiału dowodowego wynika, iż powód powrócił do pracy w kwietniu 2010 r., a następnie kolejny zabieg operacyjny miał w czerwcu 2010 r. Na podstawie dowodów zaoferowanych przez powoda nie ma możliwości ustalenia, czy powód w okresie od czerwca do grudnia 2010 r. przebywał na zwolnieniu lekarskim i czy w tym czasie korzystał ze świadczeń z ZUS. Przedłożona przy piśmie z dnia 3 marca 2011 r. kserokopia PIT 11 nie pozwala na poczynienie ustaleń w zakresie dochodów powoda, gdyż zawiera jedynie stronę 2, a w konsekwencji nie ma możliwości ustalenia kogo dotyczy. Tymczasem to na powodzie ciążył zgodnie z art. 6 k.c. ciężar dowodowy w tym zakresie. Zgodnie bowiem z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne.

Zdaniem Sądu żądanie zapłaty odszkodowania tytułem zwrotu poniesionych wydatków przez powoda w związku z leczeniem nie zasługuje na uwzględnienie. Należy zauważyć, że decyzja o wykonaniu drugiej operacji w prywatnej klinice wynikała z samodzielnej i suwerennej decyzji powoda. Na podjęcie takiej decyzji nie miała wpływu strona pozwana. Powód nie wykazał nadto aby nie było możliwości wykonania takiego zabiegu u strony pozwanej lub w innym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Zdaniem Sądu jedynie w takim przypadku możliwe było by domaganie się od strony pozwanej zapłaty poniesionych wydatków.

To samo dotyczy zgłoszonych roszczeń związanych z wydatkami poniesionymi na rehabilitację. Jak wynika z zeznań powoda, (patrz zeznania powoda złożone na rozprawie w dniu 17 lutego 2011 r. k. 200 verte) nie starał się po drugim i trzecim zabiegu o rehabilitację w ramach NFZ, gdyż był niezadowolony z ich jakości.

Z tych też względów w ocenie Sądu brak jest podstaw prawnych uzasadniających uwzględnienie żądań pozwu.

Kierując się powyższymi względami, Sąd działając na podstawie powołanych wyżej przepisów orzekł jak w pkt. I sentencji wyroku.

Orzeczenie w przedmiocie kosztów procesu znajduje uzasadnienie w art. 102 k.p.c. Zgodnie z powołanym przepisem w wypadkach szczególnie uzasadnionych sąd może zasądzić od strony przegrywającej tylko część kosztów albo nie obciążać jej w ogóle kosztami.

Powołana norma prawna pozwala Sądowi na nie obciążenie strony przegrywającej kosztami procesu w wypadkach szczególnie uzasadnionych.

W ocenie Sądu ziściły się przesłanki uzasadniające nie obciążenie powoda kosztami procesu poniesionymi przez stronę pozwaną. Za przyjęciem takiego poglądu przemawia charakter sprawy – usprawiedliwione przekonanie powoda o nieprawidłowym postępowaniu lekarzy leczących w (...). Podkreślić należy, że ostatecznie dopiero po przeprowadzeniu postępowania dowodowego okazało się, iż pomimo popełnionego przez lekarzy błędu diagnostycznego, strona pozwana nie ponosi odpowiedzialności wobec powoda.

Mając powyższe na uwadze Sąd orzekł jak w pkt. II sentencji wyroku.