

Sygn. akt XVI C 231/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 04 grudnia 2015 roku

Sąd Rejonowy dla W. M.w W., Wydział XVI Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący : SSR Ewa Suchecka - Bartnik

Protokolant: Anna Zembrowska- Stańczak

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2015 r. w W.

na rozprawie

sprawy z powództwa M. P. (1)

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

z udziałem interwenienta ubocznego po stronie pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.

o zadośćuczynienie

1. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda M. P. (1) kwotę 20.000 (dwudziestu tysięcy) złotych wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lipca 2012 roku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. zasądza od pozwanego (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz powoda M. P. (1) kwotę (...),28 (jeden tysiąc trzysta dwadzieścia cztery i 28/100) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu;
4. nie obciąża powoda kosztami procesu na rzecz interwenienta ubocznego;
5. nakazuje pobrać od powoda M. P. (1) na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla W. M.w W. kwotę 247,50 (dwieście czterdzieści siedem i 50/100) złotych tytułem przypadającej na niego części nieuiszczonej opłaty od pozwu;
6. nakazuje pobrać od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa- Sądu Rejonowego dla W. M.w W. kwotę 502,5 (pięćset dwa i 50/100) złotych tytułem przypadającej na niego części nieuiszczonej opłaty od pozwu.

(...)

Sygn. akt XVI C 231/13

UZASADNIENIE

W pozwie złożonym w dniu 25 stycznia 2013 roku (według daty stempla pocztowego) powód M. P. (1) wniósł o zasądzenie od strony pozwanej (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 30 000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 11 lipca 2012 roku do dnia zapłaty tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę. Wniósł także o zasądzenie od strony pozwanej na jego rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu powód wyjaśnił, iż w 2006 roku doznał urazu stawu kolanowego lewego. W związku z tym, że był piłkarzem ręcznym, chciał wrócić do zdrowia i kontynuować grę w swoim klubie jeszcze przez parę lat, w dniu 16 maja

2011 roku zawarł z pozwaną umowę na zabieg operacyjny – artroskopię kolana. Operacja została wykonana w dniu 23 maja 2011 roku, a już po dwóch tygodniach powód, zgodnie z zaleceniami lekarzy zatrudnionymi przez pozwaną, obciążał w pełni operowany staw kolanowy, a następnie został przez nich dopuszczony do treningów i gry. Mimo to powód wskazał, iż w lipcu 2011 roku nadal zauważalny był deficyt wyprostów w stawie, co więcej powstał stan zapalny. Ponadto w sierpniu 2011 roku, gdy powód rozpoczął ponownie grę w piłkę ręczną, ujawniły się dalsze problemy w postaci nagłego dotkliwego bólu, chrupania, chrzęszczenia stawu, co uniemożliwiało powodowi kontynuowanie sportowej kariery. Jak wskazał, w listopadzie 2011 roku, podczas badań przeprowadzonych w placówce pozwanej stwierdzono, że znaczny fragment łąkotki bocznej nie został podczas operacji resekowany oraz został pozostawiony w pozycji mocno zawiniętej ku tyłowi, co prowadziło do uszkodzenia chrząstki. W konsekwencji w dniu 2 grudnia 2011 roku przeprowadzono kolejną operację, po której powód przez parę tygodni nie mógł obciążać kończyny oraz konieczna była długa rehabilitacja. Powód wskazał, że w chwili obecnej nie może aktywnie grać w piłkę ręczną, a tym samym trenować w klubie, bowiem czynny przeprost stawu nie został odbudowany. W związku z powyższym podniósł, iż był zmuszony definitywnie zrezygnować z uprawiania sportu, tracąc źródło zarobków oraz możliwość uprawiania sportu, który był jego pasją. Dochodzona kwota, jak wskazał, stanowi zadośćuczynienie za doznaną krzywdę w postaci dolegliwości bólowych i nieprzyjemności w trakcie samego zabiegu, jak i po nim, oraz uniemożliwienie dalszego wykonywania ukochanego sportu, spowodowane błędnym przeprowadzeniem przez pozwaną zabiegu w dniu 23 maja 2011 roku. Odnosnie żądania odsetkowego strona powodowa wskazała, iż powód pozostaje zwłocze ze spełnieniem świadczenia, od dnia następującym po dniu wyznaczonym przez nią w wezwaniu do wypłaty stosownej kwoty tytułem zadośćuczynienia (pozew – 1-8).

W odpowiedzi na pozew z dnia 6 maja 2013 roku strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda zwrotu kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W pierwszej kolejności, powołując się na treść art. 429 k.c., wskazała, że przedmiotowy zabieg na stawie kolanowym powoda przeprowadził w zakresie swojej działalności zawodowej dr G. A., współpracujący z pozwaną na podstawie umowy o świadczenie usług, więc nie ponosi ona odpowiedzialności za ewentualne następstwa działania tego lekarza. Z ostrożności procesowej pozwana zaprzeczyła, ażeby proces leczenia powoda był obciążony jakimkolwiek błędem. Wskazała, iż powód został wyczerpująco i w sposób zrozumiały poinformowany o istocie proponowanego leczenia oraz wyraził zgodę na przeprowadzenie zabiegu stawu kolanowego lewego, a zarówno postawiona diagnoza jak i zakres oraz sposób leczenia operacyjnego były prawidłowe i uzasadnione w świetle aktualnej wiedzy medycznej i badań. Podkreśliła, iż już podczas pierwszej konsultacji medycznej powód został zaznajomiony o istocie problemu – tj. zastarzałym uszkodzeniu łąkotki bocznej, które jeszcze przed rozpoczęciem leczenia w placówce pozwanej doprowadziło do głębokiego uszkodzenia powierzchni stawowej z ogniskami uszkodzenia chrząstki. Wskazała, że w takich sytuacjach całkowite wygojenie patologicznej zmiany nie jest możliwe. Nadto zastrzegła, że powyższe schorzenie spowodowane było niezaleczonym urazem skrętnym stawu kolanowego z 2006 roku. Pierwsza wizyta powoda u pozwanej miała miejsce dopiero 11 maja 2011 roku, co oznacza, że powód przez ponad 4 lata grał z kontuzją. W konsekwencji stwierdziła, że doznana krzywda nie jest skutkiem jej działania, lecz urazu z 2006 roku, a pozwana nie może ponosić odpowiedzialności za zły stan zdrowia powoda sprzed podjęcia leczenia ani za skutki uprzednio doznanej urazu (odpowiedź na pozew – k. 56-60).

Pozwana wniosła także o zawiadomienie w trybie art. 84 k.p.c. o toczącym się procesie (...) S.A. z siedzibą w W. – ubezpieczyciela, z którym zawarła umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz G. A. – lekarza, któremu powierzyła leczenie powoda, w tym przeprowadzenie zabiegu artroskopii stawu kolanowego (wnioski – k. 68-70, 72-73; pismo procesowe – k. 107-108).

Zawiadomiona przez Sąd o toczącym się procesie, (...) S.A. na rozprawie w dniu 14 października 2013 roku zgłosiła swój udział w postępowaniu w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanego, wnosząc o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (interwencja uboczna – k. 126-128).

Uzasadniając swoje stanowisko w sprawie, interwenient uboczny zarzucił, że powód nie wykazał istnienia przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej, w szczególności nie udowodnił, zwinionego działania lekarzy udzielających mu świadczeń medycznych w placówce pozwanej ani adekwatnego związku przyczynowego między tym zachowaniem a szkodą. W tym zakresie co do zasady argumentował jak pozwany. Nadto zakwestionował roszczenie powoda co do wysokości, wskazując, że kwota 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia jest rażąco zawyżona. Wreszcie interwenient uboczny wskazał, że także żądanie w zakresie odsetek jest niezasadne, bowiem powinny one być naliczane nie od dnia wskazanego w wezwaniu do zapłaty, lecz od dnia wyrokowania, tj. dnia ustalenia wysokości zadośćuczynienia według stanu na chwilę zamknięcia rozprawy (pismo interwenienta ubocznego – k. 154-156).

W dalszym toku postępowania strony oraz interwenient uboczny po stronie pozwanej twierdzili i wnosili jak dotychczas.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

M. P. (1) wyczynowo grał w piłkę ręczną od 16-17 roku życia.

(dowód: zeznania świadka D. P. – k. 94)

W październiku 2006 roku podczas gry M. P. (1) doznał urazu skrętnego stawu kolanowego lewego. W związku z tym w dniu 16 października 2006 roku zasięgnął porady lekarza ortopedy w Klinice (...) w Ż.. Lekarz zdiagnozował występowanie cech radialnego uszkodzenia trzonu łąkotki bocznej. Stwierdził jednak, że staw jest stabilny, obrysy stawu są prawidłowe, a wyprost i zgięcie pełne. Ocenił, że brak jest wskazań do interwencji chirurgicznej i wystarczające jest leczenie zachowawcze.

(dowód: kartoteka pacjenta – k. 192)

M. P. (1) nie podjął dalszych działań w stosunku do kontuzjowanego kolana i przez okres następnych ponad 4 lat kontynuował karierę sportową. W tym okresie ww. uraz spowodował przykurcz zgięciowy lewego stawu kolanowego M. P. (1), który stopniowo postępował wskutek długotrwałego nieświadomego poruszania się na zgiętym kolanie.

(dowód: uzupełniająca ustna opinia biegłego sądowego – 00:49:20-01:20:24, k. 351-353)

W 2011 roku, w wieku 33 lat M. P. (1) wciąż aktywnie uprawiał piłkę ręczną, będąc jednym z głównych zawodników klubu (...). (...) ten był jego pasją i głównym źródłem utrzymania. Zamierzał grać wyczynowo w piłkę ręczną jeszcze przez co najmniej trzy lata.

(dowód: zeznania świadka D. P. – k. 93-94; dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

W lutym i kwietniu 2011 roku w związku z doznaną kontuzją stawu barkowego prawego M. P. (1) zasięgał porad lekarskich w (...) – placówce medycznej specjalizującej się w leczeniu sportowców, prowadzonej przez (...) S.A. z siedzibą w W.. Lekarzem kierującym jego leczeniem w tym i późniejszym okresie w ww. placówce był dr nauk medycznych G. A. – chirurg ortopeda.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania świadka G. A. – k. 176-178; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Dr G. A. wykonywał swoją działalność w (...) na podstawie zawartej w dniu 3 stycznia 2000 roku umowy o świadczenie usług w zakresie konsultacji lekarskich i zabiegów operacyjnych z dziedziny ortopedii i traumatologii sportowej oraz prowadzenia pooperacyjnego chorych zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej. Zgodnie z postanowieniami umowy G. A. zobowiązany był m.in. do zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swoich zadań, przekazywać zleceniodawcy wszelkie spostrzeżenia i informacje istotne dla prawidłowego działania firmy zleceniodawcy

poczynione w trakcie świadczeń wynikających z umowy oraz do realizowania ustalonej przez zleceniodawcę strategii działania.

(dowód: umowa o świadczenie usług – k. 62-66)

Dr G. A. świadcząc usługi w (...) podlegał nadzorowi medycznemu ze strony kierownika bądź ordynatora placówki.

(dowód: zeznania świadka T. B. – k. 141, zeznania świadka G. A. – k. 178)

(...) Spółka Akcyjna jest następcą prawnym (...) s.c. z którą umowę zawarł G. A.- w wyniku przekształceń podmiotowych przejęła ona bowiem C. (...)(...) – (...) S.A. Spółka jawna z mocy uchwały z dnia 5 września 2002 roku.

(dowód: odpis KRS k. 48- 50)

Podczas konsultacji z dr. G. A. M. P. (1) poinformował go także o występowaniu problemów z uszkodzonym w 2006 roku stawem kolanowym lewym, objawiających się obrzękiem, wysiękiem i bólem przy większym wysiłku, szczególnie na nierozgrzanym kolanie. Dr G. A. zlecił wykonanie rezonansu magnetycznego rzeczonego stawu.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania świadka G. A. – k. 176; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Podczas konsultacji ortopedycznej w dniu 11 maja 2011 roku, po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem, zapoznaniu się z wynikami wykonanego dzień wcześniej rezonansu magnetycznego, a także zasięgnięciu ustnej opinii innego lekarza, dr G. A. stwierdził u M. P. (1) zastarzałe uszkodzenie łąkotki bocznej lewego stawu kolanowego, objawiające się deficytem wyprostu w stawie na poziomie 5 stopni. W związku z powyższym dr G. A. wydał M. P. (1) skierowanie na zabieg operacyjny artroskopii stawu kolanowego, plastyki łąkotki oraz podanie płytko pochodnych czynników wzrostu. Wspomniane badanie rezonansem magnetycznym wskazywało na uszkodzenia łąkotki bocznej ze zwichnięciem dużego jej fragmentu w okolicie przyczepu rogu tylnego.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania świadka G. A. – k. 176-178)

W dniu 16 maja 2011 roku M. P. (1) zawarł ze (...) S.A. z siedzibą w W. umowę na zabieg operacyjny – artroskopię kolana lewego – w (...) w W..

(dowód: umowa na zabieg operacyjny – k. 16-18)

W dniu 22 maja 2011 roku M. P. (1) został przyjęty do (...) w celu wykonania ww. zabiegu. Został on przeprowadzony w dniu następnym przez dr. G. A.. W trakcie trwającej 70 minut operacji, dokonując inspekcji struktur wewnątrzstawowych G. A. zdiagnozował torbiele i zastarzałe uszkodzenie trzonu i rogu tylnego łąkotki bocznej stawu kolanowego lewego, chondromolację II/III stopnia kłykcia bocznego kości piszczelowej oraz II stopnia udowej, przetrwały fałd przyśrodkowy błony maziowej i zapalenie błony maziowej. Dokonał on następnie miniscetomii częściowej uszkodzonego fragmentu łąkotki bocznej, shavingu w ognisku chondromolacji II/III stopnia, mikrozlamania w ścianie dołu międzykłykciowego metodą healing response, usunięcia przetrwałego fałdu przyśrodkowego błony maziowej. Z oddzielnego cięcia opracował torbiel łąkotki bocznej, po czym podał w tę okolicę koncentrat płytko pochodnych czynników wzrostu.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52)

Dr G. A., mimo że zapoznał się z badaniem MR stawu i posiadał wiedzę na temat zwichnięcia dużego fragmentu operowanej łąkotki w okolicie przyczepu rogu tylnego, nie zbadał tego miejsca endoskopem, co było możliwe podczas wykonywania przedmiotowego zabiegu. Skutkowało to nierozpoznanie przez niego ww. wygiętego fragmentu łąkotki i nieprawidłowym pozostawieniem go w stawie M. P. (1).

(dowód: uzupełniająca ustna opinia biegłego sądowego – 00:49:20-01:20:24, k. 351-353)

Po przeprowadzeniu zabiegu dr G. A. zalecił M. P. (1) m.in. obciążanie operowanej kończyny do granicy bólu bez aktywności sportowej do czasu kontroli po 6 tygodniach, rehabilitację 2-3 razy w tygodniu od 3 tygodnia po zabiegu.

W dniu 24 maja 2011 roku M. P. (1) nie zgłaszał dolegliwości bólowych operowanej kończyny i został wypisany do domu.

W dniu 26 maja 2011 roku M. P. (1) zgłosił się do (...) w celu zmiany opatrunku. Nie zgłaszał dolegliwości bólowych. Lekarz dokonujący zmiany opatrunku – M. M. – stwierdził, iż okolica operowanego kolana jest bez wizualnie dużych zmian, praktycznie bez wysięku w stawie, a rany dobrze się goją.

W dniu 7 czerwca 2011 M. P. (1) zgłosił się do (...) roku w celu zdjęcia szwów. Czuł się dobrze, postępował dotychczas zgodnie z zaleceniami, obciążając operowaną kończynę w pełni bez pomocy kul. Dr G. A. stwierdził, że deficyt wyprostu wynosi wciąż 5 stopni; zgięcie 100 stopni. Zdiagnozował rozlane dolegliwości bólowe w stawie kolanowym. Odsączył ok. 5 ml płynu, odpowiadającego najprawdopodobniej staremu krwiakowi, z okolicy dościa do łąkotki bocznej. Zalecił utrzymanie opatrunku uciskowego do dnia następnego oraz stosowanie leku A. przez 7 dni; pozostałe elementy postępowania zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52)

W kolejnych tygodniach, zgodnie z zaleceniem dr. A., M. P. (1) przechodził w (...) na trwającą niemal pół roku rehabilitację, a po 6 tygodniach od operacji powrócił do aktywności fizycznej.

(dowód: zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Podczas konsultacji ortopedycznej w dniu 14 lipca 2011 roku dr G. A. stwierdził, że deficyt wyprostu w stawie kolanowym M. P. (1) nadal wynosi 3-4 stopni. Zdiagnozował także niewielki stan zapalny i obrzęk ciał tłuszczowych stawu bez większych wysięków.

W sierpniu 2011 roku, wraz z rozpoczęciem okresu przygotowawczego do nowego sezonu rozgrywek, M. P. (1) wznowił treningi piłki ręcznej w swoim klubie. Odczuwał jednak dyskomfort, ból oraz brak pełnego wyprostu w stawie kolanowym lewym, o czym poinformował dr. G. A.. W trakcie kolejnej konsultacji w dniu 17 sierpnia 2011 roku dr G. A. stwierdził deficyt wyprostu, odnotowując tylko wyprost w zoperowanym stawie kolanowym. Odnotował także żywe objawy bólu ze strony głowy strzałki. Uznał, że jest to efekt zbyt łagodnie prowadzonej rehabilitacji, zalecił więc jej zintensyfikowanie.

Dolegliwości bólowe w kolanie nie ustępowały. Podczas konsultacji ortopedycznej w dniu 21 września 2011 roku dr G. A. stwierdził w badaniu delikatne objawy łąkotkowe boczne, jednak bez ewidentnych objawów bólowych. Zachęcił M. P. (1) do kontynuowania gry w piłkę ręczną, zalecając ponowną wizytę w przypadku nieustąpienia dolegliwości po 3 tygodniach. Rehabilitacja nie była dostosowana stanu zdrowia powoda.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351, uzupełniająca ustna opinia biegłego sądowego – 00:49:20-01:20:24, k. 351-353)

M. P. (1), zgodnie z zaleceniem dr. A., próbował wrócić do aktywnej gry w piłkę ręczną, jednak podczas treningów regularnie nawracał dotkliwy ból w lewym stawie kolanowym, chrupanie, chrzęszczenie. Nadto staw nie odzyskał pełnego wyprostu. Uniemożliwiało to M. P. (1) dalsze sportowe funkcjonowanie, bowiem mimo swych starań nie był w stanie trenować i grać z taką intensywnością i w takim wymiarze czasowym jak przed operacją. W związku z tym obawiał się, że zostanie zwolniony z klubu.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania świadka D. P. – k. 93-; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Nieusunięty przez dr. A. podczas zabiegu w dniu 22 maja 2011 roku fragment łąkotki powodował czynny opór przy poruszaniu stawem. Prowadziło to do negatywnych konsekwencji dla chrząstki, m.in. przez powstawanie stanów zapalnych, skutkujących utratą przez nią sprężystości i jej zatłuszczania oraz bólem przy poruszaniu się. Prowadzona w tych warunkach intensywna rehabilitacja nasilała zmiany chorobowe stawu i dolegliwości bólowe.

(dowód: uzupełniająca ustna opinia biegłego sądowego – 00:49:20-01:20:24, k. 351-353)

W związku z nieustającymi dolegliwościami w dniu 23 listopada 2011 roku M. P. (1) ponownie zgłosił się na konsultację do dr. G. A.. Lekarz uznał, że ich przyczyną jest prawdopodobnie postępująca choroba chrząstki. Zalecił przeprowadzenie badania USG stawu kolanowego. W dniu 24 listopada 2011 roku w (...) przeprowadzono także rezonans magnetyczny chorego stawu kolanowego M. P. (1).

Na podstawie powyższych badań stwierdzono, że duży fragment łąkotki bocznej jest zwichnięty i wygięty w okolicę jej tylnego rogu i tylnego przedziału stawu kolanowego. Zdiagnozowano także: zmiany degeneracyjne okolicy rogu przedniego łąkotki bocznej z małymi torbielkami łąkotkowymi śródstawowymi (nieco większe niż w poprzednim badaniu MR), obrzęk kłykcia bocznego piszczeli w części tylnej z widocznymi pojedynczymi torbielkami podchrzęstnymi w dnie głębszych uszkodzeń chrząstki (progresja uszkodzeń w stosunku do poprzedniego badania), drobne torbiele/przestrzenie płynowe o wielkości 5 mm w strefie przytorebkowej trzonu łąkotki na wysokości jej radialnego pęknięcia, radialne pełnej grubości pęknięcie łąkotki w trzonie, a także cechy wzmożonej sklerotyzacji podchrzęstnej kłykcia bocznego kości udowej w części obciążonej bez cech uszkodzeń powierzchni chrzęstnej. Po zapoznaniu się z wynikiem badania dr G. A. stwierdził, że łąkotka w trakcie zabiegu artroskopii nie została w całości wyresetowana. W związku z tym uznał, że staw wymaga reoperacji i wydał M. P. (1) skierowanie na zabieg operacyjny stabilizacji i usunięcia łąkotki bocznej z dodatkowego dostępu zlokalizowanego w tylnobocznym aspekcie stawu kolanowego.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52)

Przypadek M. P. (1), jako skomplikowany, był konsultowany przez G. A. z innymi lekarzami kliniki, także w zakresie sposobu leczenia.

(dowód: zeznania świadka G. A. – k. 178)

W dniu 28 listopada 2011 roku M. P. (1) zawarł ze (...) S.A. z siedzibą w W. umowę na zabieg operacyjny – usunięcie fragmentu rogu tylnego łąkotki bocznej kolana lewego – w (...) w W.. Strony uzgodniły, że zabieg tym razem zostanie przeprowadzony nieodpłatnie.

(dowód: umowa na zabieg operacyjny – k. 20-22)

Wniosek M. P. (1) o nieobciążenie go kosztami powtórnego zabiegu, został pozytywnie zaopiniowany przez dr. G. A., który uzasadnił to koniecznością ponownego przeprowadzenia artroskopii spowodowaną pozostawieniem w trakcie pierwszego zabiegu w stawie kawałka łąkotki.

(dowód: zeznania świadka G. A. – k. 178)

W dniu 2 grudnia 2011 roku M. P. (1) poddał się w (...) drugiemu zabiegowi artroskopii stawu kolanowego lewego. Został on ponownie przeprowadzony przez dr. G. A.. W trakcie operacji, dokonując inspekcji struktur wewnątrzstawowych, rozpoznano zastarzałe uszkodzenie rogu tylnego łąkotki bocznej stawu kolanowego lewego, masywną bliznę zachyłka tylnobocznego, zastarzałe, częściowe uszkodzenie więzadła krzyżowego przedniego, chondromolację II stopnia kłykcia bocznego kości piszczelowej. Dokonano opracowania uszkodzeń łąkotki bocznej, usunięcia masywnej blizny z zachyłka tylnobocznego, mikrozlamania okolicy przyczepu udowego więzadła krzyżowego przedniego oraz podania osocza do przyczepu tego więzadła. Po przeprowadzonym zabiegu dr A. zalecił M. P. (1) m.in. oszczędzanie operowanej kończyny i chodzeniem o kulach przez 3 tygodnie, bez aktywności sportowej

przez minimum 6 tygodni, rehabilitację 2-3 razy w tygodniu od 3 tygodnia po zabiegu. W dniu 3 grudnia 2011 roku M. P. (1) został wypisany do domu. W dniu 6 grudnia 2011 roku dokonano zmiany opatrunku, a w dniu 20 grudnia 2011 roku zdjęto szwy. W dniu 19 grudnia 2011 roku M. P. (1) rozpoczął rehabilitację kończyny w ZOZ C. (...), która trwała około 4 miesiące.

Podczas konsultacji ortopedycznej w dniu 10 stycznia 2012 roku dr G. A. odnotował wyraźną poprawę stanu zdrowia M. P. (1), który prawie nie odczuwał dolegliwości związanych z operowaną kończyną. Wyprost operowanego stawu był wyraźnie bardziej miękki. Lekarz zalecił M. P. (1) stopniowy powrót do sportu w osłonie leków przeciwzapalnych.

M. P. (1) zgodnie z powyższym zaleceniem powrócił do gry w piłkę ręczną. Podczas gry poczuł jednak ponownie ból oraz zaobserwował deficyt wyprost operowanego stawu kolanowego. W związku z tym w dniach 8 i 15 lutego 2012 roku ponownie zgłosił się na konsultacje ortopedyczne do dr. G. A., który zaaplikował mu blokadę z marcainy i adenaliny oraz wydał leki przeciwzapalne. Zalecił powrót do treningów i kontakt w razie nawrotu dolegliwości.

(dowód: dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Dolegliwości nie ustąpiły. M. P. (1) był wprawdzie w stanie normalnie funkcjonować i poruszać się o własnych siłach, jednak nie mógł powrócić do wyczynowego uprawiania sportu. Czynny przeprost stawu nie został odbudowany. Nadto przy próbach wykonania piwotu czy też zeskoku na chorą nogę ze zmianą kierunku, wciąż odczuwał ból. M. P. (1) był w stanie grać w piłkę ręczną jedynie po zażyciu środków przeciwbólowych oraz przez zaledwie kilka minut w trakcie całego meczu.

(dowód: zeznania świadka D. P. – k. 93-94; dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52)

W dniu 17 maja 2012 roku, podczas ostatniej konsultacji z dr. G. A., ten stwierdził, że nie potrafi w większym stopniu pomóc już M. P. (1) i zaproponował mu skontaktowanie się z innym specjalistą – dr S. z B..

(dokumentacja medyczna M. P. (1) – koperta k. 52; zeznania świadka G. A. – k. 178; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Dr S. po zbadaniu M. P. (2) i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną stwierdził, iż doznane uszkodzenia stawu uniemożliwiają M. P. (1) kontynuowania kariery sportowej. W związku z tym, że M. P. (1) nie był w stanie grać w piłkę ręczną, jego kontrakt z klubem nie został przedłużony, a w czerwcu 2012 roku zakończył on sportową karierę.

(dowód: zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

Przykurcz stawu kolanowego M. P. (1) w wyniku przebytych zabiegów w (...) nie został zredukowany. Stan tego stawu, w szczególności utrzymujący się przykurcz, który obecnie wynosi 10-15 stopni, wyklucza wyczynowe uprawianie przez M. P. (1) sportu. Staw jest jednak na tyle sprawny, że pozwala M. P. (1) na wykonywanie codziennych czynności.

(dowód: pisemna opinia biegłego sądowego – k. 289-292; uzupełniająca ustna opinia biegłego J. D. – 00:49:20-01:20:24, k. 351-353)

Aktywność fizyczna M. P. (1) jest obecnie zredukowana do jazdy na rowerze i pływania. Odczuwa on ból w stawie kolanowym w czasie biegania, klęknięcia, schyłania się oraz intensywniejszego wysiłku fizycznego, jak na przykład w trakcie wchodzenia po schodach. Nie może grać w tenisa ani jeździć na nartach, czym rekreacyjnie zajmował się przed majem 2011 roku. Obecnie pracuje z młodzieżą jako trener piłki ręcznej.

(dowód: zeznania świadka D. P. – k. 93-95; zeznania powoda – 00:05:27-00:48:02, k. 346-351)

W okresie od dnia 10 stycznia 2011 roku do dnia 9 stycznia 2012 roku (...) S.A. była objęta ochroną ubezpieczeniową w zakresie odpowiedzialności cywilnej związanej ze świadczeniami zdrowotnymi na podstawie zawartej z (...) S.A. umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

(dowód: polisa ubezpieczenia – k. 71, 196-200)

Pismem z dnia 22 czerwca 2012 roku pełnomocnik M. P. (1) wezwał (...) S.A. z siedzibą w W. do wypłaty 50.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę spowodowaną nieprawidłowym przeprowadzeniem artroskopii stawu kolanowego w dniu 23 maja 2011 roku – w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania. Pismo to zostało doręczone (...) S.A. w dniu 26 czerwca 2012 roku.

(dowód: wezwanie do zapłaty – k. 25-27; potwierdzenie odbioru – k. 33)

(...) S.A. w piśmie datowanym na dzień 29 sierpnia 2012 roku odmówiła zapłaty na rzecz M. P. (1) ww. kwoty, twierdząc, iż proces leczenia M. P. (1) nie był obciążony żadnym błędem.

(dowód: pismo z dnia 29 sierpnia 2012 r. – k. 28-30)

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wskazanych w jego opisie dowodów z dokumentów i kserokopii dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, a także na podstawie zeznań świadków, dowodu z przesłuchania stron ograniczonego do przesłuchania strony powodowej oraz opinii biegłego powołanego ad hoc.

Wskazany powyżej dowodom z dokumentów, w tym złożonym w formie kserokopii, Sąd dał wiarę w całości. Strony postępowania nie kwestionowały ich wiarygodności oraz rzetelności. Także Sąd, działając w tym zakresie z urzędu, nie dopatrywał się w tych dowodach niczego, co uzasadniałoby powzięcie wątpliwości co do ich wiarygodności i mocy dowodowej.

Sąd dał wiarę w całości zeznaniom świadka D. P. (k. 93-95), jako wewnętrznie spójnym oraz co do zasady zbieżnym z pozostałym materiałem dowodowym.

Podobnie Sąd ocenił zeznania świadka T. B. (k. 139-141), które jednak w znacznej części okazały się nieprzydatne do ustalenia stanu faktycznego. Powód nie był bowiem pacjentem świadka, a źródłem wiedzy świadka na temat procesu leczenia powoda w placówce pozwanej była w całości dokumentacja medyczna zgromadzona w aktach sprawy, zeznania świadka ograniczały się więc w zasadzie do powtórzenia informacji tam zebranych. Nadto, jak przyznał sam świadek, nie był on obecny przy dokonywaniu przez dr. A. zabiegu operacyjnego w dniu 23 maja 2011 roku, więc nie jest w stanie ocenić czy zabieg ten został wykonany prawidłowo. Zeznania tego świadka miały zaś duże znaczenie w zakresie ustalenia zasad współpracy G. A. z pozwaną spółką (...). Świadek ten bowiem jako dyrektor medyczny placówki, w której leczeniu podlegał powód a która należy do pozwanej spółki, niewątpliwie posiadał wiedzę w tym zakresie, szczegółowo opisując charakter tej współpracy.

Sąd uznał za wiarygodne także zeznania świadka G. A. (k. 176-178) – lekarza który odpowiadał za proces leczenia powoda w placówce pozwanej spółki oraz przeprowadził oba zbiegi artroskopii stawu kolanowego. Ich treść co do przebiegu i oceny prawidłowości przeprowadzenia pierwszej z tych operacji zgodna była z pozostałym materiałem dowodowym – w szczególności przedłożoną dokumentacją medyczną oraz opinią biegłego J. D.. W ocenie świadka zabieg ten został wykonany prawidłowo, co potwierdził biegły, jednak w tym znaczeniu, że świadek zgodnie ze sztuką lekarską przeprowadził usunięcie całego fragmentu chrząstki, do której miał dostęp w drodze standardowego pojedynczego dojścia artroskopowego. Świadek przyznał jednak, iż mimo, że wiedział na podstawie rezonansu magnetycznego, że znaczny fragment łąkotki jest zawinięty wysoko i znajduje się w zachyłku tylnym boczny, to nie wprowadził endoskopu za pomocą drugiego tylnego dojścia, co było możliwe do przeprowadzenia podczas tego samego zabiegu i konieczne do usunięcia całości uszkodzonej łąkotki, w sytuacji gdy była w taki sposób wygięta. Co istotne świadek ten przyznał, iż zabiegi z wykorzystaniem drugiego sposobu podejścia do usunięcia chorej części narządu ruchu wykonywał uprzednio, miał świadomość takiej możliwości leczenia. Świadek ten także szczegółowo opisał zlecony powodowi sposób rehabilitacji po pierwszym zabiegu oraz wskazał na zasady jego współpracy z pozwaną spółką (...) w ramach C. (...).

Wreszcie Sąd dał w całości wiarę zeznaniom powoda M. P. (1), gdyż były one spójne, logiczne i konsekwentne a przy tym korelowały z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie. Wolne były również od treści, które mogłyby podlegać negatywnej ocenie z punktu widzenia wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. W konsekwencji Sąd nie znalazł dostatecznych podstaw do odmowy obdarzenia ich walorem wiarygodności. Powód w konsekwentny i spójny sposób opisał okoliczności leczenia, w tym obu zabiegów i rehabilitacji oraz konsekwencje jakie wywołały one w jego sferze tak fizycznej jak i psychicznej. Zeznania jego korespondują z zeznaniami świadka D. P. jak i G. A. oraz znajdują potwierdzenie w dokumentacji medycznej znajdującej się w aktach sprawy.

Na wniosek strony powodowej Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego chirurga ortopedy z zakresu medycyny sportowej, na okoliczność ustalenia: czy zabieg operacyjny z dnia 23 maja 2011 roku został wykonany prawidłowo, czy podczas tego zabiegu można było i czy należało dokonać resekcji fragmentu łąkotki bocznej zawiniętego ku tyłowi, czy wskutek zabiegu (dwóch zabiegów) stan lewego stawu kolanowego uległ poprawie, czy pogorszeniu, czy obecny stan lewego stawu kolanowego powoda umożliwia mu dalsze zawodowe uprawianie sportu, jaki jest stan tego stawu obecnie, czy ustalony przez pozwaną w maju 2011 roku plan leczenia powoda umożliwiłby powodowi powrót do zawodowego uprawiania sportu, czy podjęcie przez powoda leczenia po upływie 5 lat od doznania urazu skrętnego stawu kolanowego lewego miało wpływ na postępowanie diagnostyczne, terapeutyczne i operacyjne prowadzone przez pozwanego, a jeśli tak – to jakie miało to skutki, czy prowadzona przez powoda samodzielna rehabilitacja była wystarczająca i odpowiednia dla stanu jego zdrowia, czy i jakie następstwa w stanie zdrowia powoda miało przeprowadzenie dwóch zabiegów artroskopii oraz jaki wpływ na jego stan zdrowia będzie miało dalsze uprawianie sportu.

Ustalenie tych okoliczności wymagało wiedzy specjalnej, dlatego też Sąd postanowił dopuścić dowód z pisemnej opinii biegłego prof. dr. hab. n. med. J. D.- opinię sporządził biegły powołany ad hoc po złożeniu przyrzeczenia na piśmie (k. 260) z uwagi na brak dostępności biegłych sądowych, w tym ich zastrzeżenia, że warunkiem sporządzenia przez nich opinii będzie brak ich wezwania na rozprawę na co strony nie wyraziły zgody.

W złożonej opinii z dnia 27 listopada 2014 roku (k. 289-292) biegły, na podstawie dokumentacji, znajdującej się w aktach sprawy i po przeprowadzeniu badania powoda, stwierdził, że zabieg z dnia 23 maja 2011 roku co do zasady został wykonany prawidłowo, jednak lekarz go przeprowadzający nie rozpoznał uszkodzenia tylnego rogu łąkotki bocznej i pozostawił jej fragment w stawie, co nie usunęło dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta. Wskazał, że niestabilny fragment uszkodzonej chrząstki należało usunąć w całości. Biegły stwierdził, że przeprowadzone zabiegi nie cofnęły przykurczu zgięciowego stawu, a nawet prawidłowo przeprowadzony zabieg nie gwarantowałby oczekiwanych rezultatów ze względu na zastarzałość uszkodzenia. Biegły wykluczył, ze względu na utrzymujący się przykurcz stawu, możliwość uprawiania przez powoda wyczynowo sportu bez kolejnej operacji polegającej na przeszczepie łąkotki lub umieszczenia w stawie rusztowania biologicznego. Oceniał, że podjęcie przez powoda leczenia dopiero po upływie 5 lat od doznania urazu skrętnego kolana mogło mieć istotny wpływ na dalszy rozwój choroby. W odpowiedzi na pytanie jakie następstwa dla zdrowia powoda miały przeprowadzone przez pozwaną zabiegi, biegły wskazał, iż spełniły one oczekiwania lecznicze, jednakże nie spełniły ich w stopniu oczekiwanym przez chorego.

Zarzuty do powyższej opinii zgłosiła strona powodowa, wnosząc o dopuszczenie dowodu z uzupełniającej opinii biegłego. Wskazała, że skoro zabieg zakończył się niepowodzeniem, to niezrozumiałym jest stwierdzenie biegłego, iż został on przeprowadzony prawidłowo. Zarzuciła, że biegły nie udzielił precyzyjnej odpowiedzi na pytanie czy podczas zabiegu można było i należało dokonać resekcji wygiętego fragmentu łąkotki oraz pytanie o efekt przeprowadzonych zabiegów na zdrowie powoda. Zakwestionowała także stwierdzenie biegłego, iż zabiegi spełniły oczekiwania lecznicze (k. 299-300)

Ustosunkowując się do powyższych zarzutów w pisemnej opinii uzupełniającej, biegły wskazał, że przedmiotowy zabieg został wykonany prawdopodobnie prawidłowo, jednak lekarz nie rozpoznał uszkodzenia rogu tylnego łąkotki bocznej. Wyjaśnił, iż błędem w sztuce byłoby dopiero nieusunięcie uszkodzenia, w przypadku jego rozpoznania. Stwierdził, że stan zdrowia powoda w wyniku przeprowadzonych zabiegów się poprawił, gdyż umożliwiły mu one

powrót do wykonywania codziennych zajęć sprzed urazu z wyłączeniem jednakże uprawiania wyczynowo sportu (k. 314-315).

Strona pozwana ani interwenient uboczny nie zakwestionowali wniosków powyższej opinii biegłego, natomiast strona powodowa w dalszym ciągu je kwestionowała, wnosząc o dopuszczenie dowodu z ustnej opinii uzupełniającej biegłego (k. 329-330).

Na rozprawie w dniu 11 września 2015 roku, wobec powyższych zarzutów strony powodowej, Sąd przeprowadził dowód z uzupełniającej ustnej opinii biegłego J. D.. Biegły sprecyzował, że zabieg w dniu 23 maja 2011 roku był przeprowadzony prawidłowo pod kątem przygotowania i technologii wykonania. Wskazał jednak, iż zakładając, że lekarz znał wyniki uprzednio przeprowadzonego rezonansu magnetycznego, rzeczony zabieg był nieprawidłowo wykonany, gdyż nie dokonano rozpoznania uszkodzonego rogu tylnego łąkotki. Podkreślił przy tym, że było to możliwe podczas jednego zabiegu. Wskazał, że powód sam przyczynił się w pewnym stopniu do pogorszenia stanu zdrowia przez blisko 5 lat poruszając się na uszkodzonej kończynie. Stwierdził, że wykonane artroskopie ostatecznie nie miały wpływu na przykurcz stawu kolanowego powoda, choć negatywne konsekwencje mogło mieć trenowanie i rehabilitacja z nieusuniętym fragmentem łąkotki. Biegły podtrzymał twierdzenie co do braku możliwości powoda do uprawiania piłki ręcznej, wskazując, iż głównym powodem nie były przeprowadzone zabiegi, lecz zastarzały i pogłębiający się przykurcz stawu. Zaznaczył jednak, że prawidłowe przeprowadzenie pierwszej artroskopii zwiększyłyby szansę powrotu powoda, przynajmniej tymczasowego, do sportu.

Dokonując oceny sporządzonych przez biegłego opinii pisemnej oraz opinii pisemnej uzupełniającej, wskazać należy, iż zarzuty strony powodowej przynajmniej częściowo uznać należało za uzasadnione. Wnioski poczynione przez biegłego – w szczególności co do oceny prawidłowości przeprowadzonego zabiegu z dnia 23 maja 2011 roku i jego wpływu na stan zdrowia powoda – były niespójne, a odpowiedzi na postawione biegłemu pytania nieprecyzyjne. Niezbędne okazało się zatem złożenie przez biegłego wyjaśnień w postaci ustnej opinii uzupełniającej. Wskazać należy, iż dopiero na rozprawie biegły przekonywująco odniósł się do wszelkich podniesionych zarzutów wobec sporządzonych przez niego wcześniejszych opinii pisemnych, a wyciągnięte przez niego wnioski w ocenie Sądu były tym razem logiczne, wyczerpujące oraz kategoryczne – w szczególności co do uchybień, których dopuścił się lekarz dokonujący zabiegu operacyjnego w dniu 23 maja 2011 roku oraz negatywnych skutków z tym związanych na zdrowie powoda. Sąd wnioski te, mając na względzie niepodważalne doświadczenie oraz wysoki stopień wiedzy biegłego w przedmiotowej dziedzinie, w całości podzielił, uznając je za miarodajne w niniejszej sprawie. Co więcej, wskazać należy, że ostatecznie nie były one kwestionowane przez strony postępowania, czego dowodem są ich stanowiska zajęte na rozprawie w dniu 20 listopada 2015 roku.

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na częściowe uwzględnienie.

W niniejszym postępowaniu powód dochodził od pozwanej spółki kwoty 30.000 zł tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę, spowodowaną błędem w sztuce lekarskiej lekarza, który operował powoda w placówce medycznej prowadzonej przez pozwaną.

Podstawę prawną żądań pozwu stanowił zatem art. 415 k.c. w zw. z art. 430 k.c. w zw. z art. 445 § 1 k.c.

Stosownie do treści art. 430 k.c. 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.

Powyższa regulacja ma charakter szczególny wobec ogólnej podstawy odpowiedzialności deliktowej przewidzianej w art. 415 k.c., przewiduje bowiem odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego, a więc za czyn cudzy, niemniej odnoszą się do niej wszelkie przesłanki odpowiedzialności deliktowej, do których należą: zdarzenie, z którym system prawny wiąże odpowiedzialność na określonej zasadzie, szkoda i związek przyczynowy między owym zdarzeniem,

a szkodą oraz winą sprawcy. Przy ustalaniu odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych znajdują bowiem zastosowanie przepisy ogólne dotyczące związku przyczynowego, szkody i sposobów jej naprawienia (art. 361-363 k.c.). Tym samym odpowiedzialność zwierzchnika za podwładnego może wchodzić w grę, jeżeli szkoda została wyrządzona osobie trzeciej przez podwładnego i nastąpiło to, po pierwsze, z winy podwładnego, i po drugie, przy wykonywaniu przez niego powierzonej mu czynności. Poza tym konieczne jest wykazanie związku przyczynowego między zachowaniem podwładnego a szkodą (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 marca 2012 r., II CSK 343/11, LEX nr 1163192).

Obowiązek wykazania powyższych przesłanek odpowiedzialności deliktowej w odniesieniu do zgłoszonego roszczenia ciąży, zgodnie z art. 6 k.c., na stronie powodowej.

Przenosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, wskazać należy w pierwszej kolejności, że strona pozwana kwestionowała możliwość przypisania jej odpowiedzialności za doznaną przez powoda krzywdę. Wskazała bowiem, że wykonanie świadczeń zdrowotnych na rzecz powoda powierzyła dr. G. A., prowadzącemu indywidualną praktykę lekarską i świadczącemu na jej rzecz usługi z zakresu ortopedycznych zabiegów operacyjnych na podstawie umowy cywilnoprawnej, który to lekarz dokonał na powodzie przedmiotowego zabiegu operacyjnego i ponosi odpowiedzialność za ewentualne jego następstwa. Powołała się w tym względzie na regulację art. 429 k.c. stanowiącą, iż kto powierza wykonanie czynności drugiemu, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną przez sprawcę przy wykonywaniu powierzonej mu czynności, chyba że nie ponosi winy w wyborze albo że wykonanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem takich czynności.

W świetle okoliczności niniejszej sprawy nie sposób zgodzić się z powyższą argumentacją strony powodowej bowiem zastosowanie dla oceny odpowiedzialności strony pozwanej spółki (...) przy ocenie zasad współpracy G. A. z tą spółką winien mieć nie art. 429 k.c. lecz 430 k.c.

Hipoteza art. 430 k.c. obejmuje bowiem przypadki, w których do wyrządzenia szkody dochodzi z winy osoby, znajdującej się pod kierownictwem innej osoby i gdy osoba taka podlega jej wskazówkom. Wprawdzie co do zasady stosunek cywilnoprawny wynikający z umowy o świadczenie usług medycznych, do której znajdują zastosowanie przepisy o zleceniu, nie kreuje stosunku kierownictwa w rozumieniu art. 430 k.c., nie przesądza to jednak o wyłączeniu a priori odpowiedzialności zakładu leczniczego korzystającego z usług lekarza na podstawie takiej umowy. W konkretnych przypadkach nie sposób wykluczyć istnienia stosunku podległości. Jak wskazuje się bowiem w orzecznictwie, niepubliczny zakład opieki zdrowotnej może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność także za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej oba podmioty umowy o świadczenie usług medycznych – jeżeli przemawia za tym występowanie relacji zwierzchnictwa i podporządkowania. Może o tym świadczyć przede wszystkim istnienie kontroli i kierownictwa zakładu wobec lekarza oraz jego obowiązek stosowania się do wskazówek powierzającego czynności oraz jednocześnie świadczenie przez lekarza usług na rachunek centrum medycznego za wynagrodzeniem. Z punktu widzenia art. 430 k.c. bez znaczenia jest przy tym podstawa, na jakiej powierzono wykonywanie czynności i nie jest istotny fakt samodzielności lekarza świadczącego usługi jako lekarz tzw. kontraktowy i przedsiębiorca. (tak np. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 26 stycznia 2011 r., IV CSK 308/10, OSNC 2011/10/116; Sąd Apelacyjny w Łodzi w wyroku z dnia 31 października 2014 r., I ACa 531/14, LEX nr 1554755)

Tym samym, wobec tego, że stosunek wykreowany przez umowę o świadczenie usług medycznych może być ukształtowany różnie, nie można, jak chciał tego pozwany, wykluczyć istnienia więzi zależności, dostatecznej do stwierdzenia podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c. Ocena tych wzajemnych relacji ostatecznie zależy od okoliczności sprawy.

W niniejszej sprawie Sąd ustalił natomiast, że dr G. A., który dwukrotnie operował powoda w placówce pozwanej, mimo że łączyła go z nią jedynie umowa cywilnoprawna o świadczenie usług zawarta z poprzednikiem prawnym tej spółki, to niewątpliwie pozostawał w stosunku do zleceniodawcy w zakresie wykonywanej na jego rzecz

działalności medycznej w relacji podporządkowania. G. A. zobowiązany był do przekazywania zleceniodawcy wszelkich spostrzeżeń i informacji istotnych dla prawidłowego działania firmy zleceniodawcy poczynionych w trakcie świadczeń wynikających z umowy oraz do realizowania ustalonej przez zleceniodawcę strategii działania, co wynika z łączącej strony umowy. Przy tym lekarz ten podlegał nadzorowi medycznemu ze strony kierownika oddziału placówki medycznej prowadzonej przez pozwaną. W końcu konsultował procedurę i sposób leczenia swoich pacjentów, co sam przyznał w swoich zeznaniach – w tym powoda – podczas konsyliów lekarskich regularnie zwoływanych w placówce pozwanej. Zasady owej współpracy opisał szczegółowo świadek B. będący dyrektorem medycznym w C. (...).

W ustalonym stanie faktycznym w ocenie Sądu występują więc przesłanki pozwalające na stwierdzenie podporządkowania w rozumieniu art. 430 k.c., a zatem pozwana (...) S.A. ponosi odpowiedzialność za skutki wykonywania działań przez lekarza G. A. na zasadzie ryzyka.

W tym miejscu powtórzyć należy, iż przesłanki odpowiedzialności pozwanej na podstawie art. 430 k.c. w zw. z art. 415 k.c., które musiał wykazać powód to wyrządzenie szkody przez personel medyczny wykonujący zabieg (tj. dr G. A.), zawinione działanie lub zaniechanie tego personelu, normalny związek przyczynowy pomiędzy tym działaniem lub zaniechaniem a wyrządzoną szkodą oraz wyrządzenie szkody przy wykonywaniu powierzonej czynności.

Strona pozwana oraz interwenient uboczny po stronie pozwanej kolejno kwestionowali istnienie powyższych przesłanek, tj. aby przyczyną stanu zdrowia powoda było zachowanie ww. lekarza obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. W szczególności zaprzeczali, ażeby lekarz ten dopuścił się podczas wykonywania zabiegu w dniu 23 maja 2011 roku jakiegokolwiek błędu w sztuce lekarskiej, na co powoływał się powód.

W tym miejscu zaznaczyć trzeba, że system polskiego prawa cywilnego nie definiuje pojęcia „winy”. Doktryna prawa opowiada się w większości przypadków za obiektywno-subiektywnym jej rozumieniem (red. E. Gniewek „Kodeks cywilny. Komentarz”, C.H. Beck Warszawa 2011, str. 706, t. 1 i 2). Oznacza to, że dla przypisania sprawcy winy, koniecznym jest ustalenie w trakcie procesu zarówno jej elementu obiektywnego (bezprawności zachowania), jak też elementu subiektywnego (czyli psychicznego nastawienia sprawcy i możliwości postawienia mu zarzutu, z punktu widzenia powinności i możliwości przewidywania szkody oraz przeciwdziałania jej wystąpieniu).

W sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w przypadku 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 (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 2013 r. IV CSK 431/12).

Rzeczą oczywistą jest przy tym, że w przypadku podmiotów zawodowo trudniących się wykonywaniem określonych czynności – w szczególności podmiotów takich jak szpital - łączy się nacisk na zapewnienie pacjentom, z uwagi na możliwe zagrożenia ich zdrowia i życia, odpowiedniego poziomu ich ochrony, poprzez zapewnienie wykwalifikowanego i fachowego personelu medycznego oraz odpowiednich warunków przeprowadzania zabiegów i operacji. Przy tym wysokie wymagania stawiane lekarzom nie oznaczają ich odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność lekarza powstanie zatem w wypadku błędu w sztuce medycznej, czyli przeprowadzenia zabiegu niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeżeli był to błąd zawiniony, polegający za zachowaniu odbiegającym od ustalonego wzorca. Przy ocenie postępowania lekarza należy mieć na względzie uzasadnione oczekiwanie nienarażenia pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia.

W nieodłącznym związku z określeniem podstaw odpowiedzialności lekarza pozostaje zjawisko określone mianem ryzyka medycznego, gdyż nawet przy postępowaniu zgodnym z aktualną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności nie da się wykluczyć ryzyka powstania szkody. Pojęciem dozwolonego ryzyka jest objęte także niepowodzenie medyczne. Ryzyko, jakie bierze na siebie pacjent, wyrażając zgodę na zabieg operacyjny, obejmuje tylko zwykłe powikłania pooperacyjne. Ryzykiem pacjenta nie są jednak objęte komplikacje powstałe wskutek

pomyłki, nieuwagi lub niezręczności lekarza. (por. m.in. wyroki Sądu Najwyższego z 29 października 2003 r. III CK 34/02 z dnia 13 stycznia 2005 r. III CK 143/04 i z dnia 10 lutego 2010 r. VCSK 287/09).

Sąd dla ustalenia w niniejszym postępowaniu ewentualnej winy lekarza, który dokonał na zlecenie pozwanej zabiegu artroskopii stawu kolanowego powoda, skorzystał z wiadomości specjalnych, posiadanych przez biegłego z dziedziny ortopedii.

Jak ocenił biegły, zabieg artroskopii stawu kolanowego powoda z dnia 23 maja 2011 roku pod kątem samego tylko przygotowania i technologii wykonania został wykonany prawidłowo, jednak finalnie zakończył się niepowodzeniem wskutek nierozpoznania przez dr. A. w trakcie przeprowadzania rzeczonyj operacji uszkodzonego fragmentu łąkotki bocznej i pozostawienia go w stawie pacjenta. Jak zaznaczył bowiem biegły, niestabilny fragment uszkodzonej chrząstki należało usunąć w całości.

W tym miejscu podkreślić należy, że lekarz przed wykonaniem tegoż zabiegu dysponował wiedzą na temat uszkodzenia łąkotki – zwichnięcia jej dużego fragmentu w okolice przyczepu rogu tylnego – co wskazane zostało wprost w opisie badania rezonansem magnetycznym z dnia 10 maja 2011 roku, z którym dr A. się szczegółowo zapoznał przed przystąpieniem do wykonania zabiegu. Okoliczność ta została przyznana zresztą przez samego lekarza w złożonych przez niego zeznaniach.

Mimo świadomości rozległości i charakteru uszkodzenia łąkotki, w wyniku pomyłki lub nieuwagi, bądź jak to określił biegły „rutyny i powierzchowności działania”, lekarz nie dokonał jednak resekcji zwichniętego do tytułu fragmentu łąkotki bocznej. Jak stwierdził biegły, takie zachowanie lekarza nie było zgodne z zasadami sztuki medycznej, a tym samym zabieg nieprawidłowo wykonany. Co więcej, usunięcie całej łąkotki bocznej, łącznie z jej zwichniętym do tytułu fragmentem, było obiektywnie możliwe podczas jednego zabiegu – już w dniu 23 maja 2011 roku. Przyznał to także sam dr A., który miał także wiedzę co do możliwości zastosowania drugiego dojścia do usunięcia uszkodzonej części narządu ruchu.

W świetle powyższego, w ocenie Sądu, w szczególnych okolicznościach niniejszej sprawy zachowanie dr G. A. było niewątpliwie obiektywnie niezgodne ze sztuką lekarską i wiedzą medyczną, a więc zawinione i tym samym kwalifikuje się do uznania go za błąd lekarski. Nadto wskazuje na powyższe pośrednio także samo zachowanie ww. lekarza oraz pozwanej bezpośrednio po powzięciu wiedzy na temat pozostawienia w stawie fragmentu łąkotki. Lekarz niezwłocznie po stwierdzeniu tej okoliczności zalecił bowiem przeprowadzenie ponownej artroskopii kolana oraz przychylił się do wniosku powoda o jej nieodpłatne przeprowadzenie, a pozwana wniosek taki zaakceptowała. Gdyby lekarz prowadzący nie widział jakiegokolwiek swojej winy, gdyby uznawałby że zabieg pierwszy przeprowadził właściwie niewątpliwie nie zrzekałby się swojego wynagrodzenia za dalsze leczenie powoda, a z pewnością nie uczyniłaby tego pozwana (...), której działalność gospodarcza polega na odpłatnym świadczeniu usług medycznych, zwłaszcza przy założeniu że operacja taka jest kosztowna o czym świadczy wynagrodzenie uiszczone przez powoda za pierwszy zabieg- w kwocie 9900 zł za przeprowadzenie operacji, 1000 zł za hospitalizację oraz od 0 do 2200 zł za materiały medyczne. Co więcej zlecona przez G. A., pod opieką którego powód nadal pozostawał po pierwszej operacji z maja 2011 roku, rehabilitacja zakładająca powrót powoda do intensywnych treningów, ćwiczeń okazała się niedostosowana do stanu zdrowia powoda, została wadliwie dobrana przy uwzględnieniu, iż faktycznie nie dokonano w wyniku błędu usunięcia całej części łąkotki. Sąd podziela w tym względzie wskazania biegłego J. D., iż ćwiczenie przez powoda z nieusuniętym fragmentem łąkotki miała negatywny wpływ na stan chrząstki, bowiem łąkotka powodowała czynny opór, wysięki, które niekorzystnie wpływają na stan kolanowy, ma to poważne konsekwencje, bo prowadzi do chorób chrząstki, skutkuje bólem przy codziennych czynnościach i koniecznością ponownego leczenia. Ta pierwsza rehabilitacja przez pół roku w niekomfortowych warunkach dla stawu nasiliła zmiany i dolegliwości, ten okres spowodował, że powód musi zapamiętać o sporcie.

Istnienie przesłanek odpowiedzialności lekarza w postaci błędu lekarskiego otwiera pole do oceny adekwatnego związku przyczynowego między zawinionym zachowaniem personelu placówki pozwanej, za które odpowiada ona na zasadzie art. 430 k.c., a szkodą (krzywdą) na osobie powoda. Zgodzić się należy z aktualnymi poglądami

wyrażonymi w orzecznictwie, że w tzw. procesach lekarskich nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Wykazanie związku przyczynowego między zdarzeniem sprawczym a szkodą z reguły nie może być absolutnie pewne, gdyż związków zachodzących w dziedzinie medycyny nie da się sprowadzić do prostego wynikania jednego zjawiska z drugiego (por. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11, LEX nr 1168538; Sąd Apelacyjny w Poznaniu w wyroku z dnia 14 listopada 2013 r., I ACa 819/13, LEX nr 1416234). Nie wymaga się także, aby związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wadliwym zastosowaniem lub brakiem określonej procedury medycznej a szkodą miał charakter bezpośredni. Związek przyczynowy w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. istnieje także wtedy, gdy określone zdarzenie stworzyło warunki przychylne albo ułatwiło powstanie zdarzenia innego, które stało się bezpośrednią przyczyną szkody (por. uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 17 października 2007 r. w sprawie sygn. akt II CSK 285/07, LEX nr 490418).

W realiach niniejszej sprawy uznać należy, że związek taki – i to bezpośredni – niewątpliwie istnieje. Gdyby lekarz postępował bowiem w sposób zgodny z posiadaną wiedzą medyczną i przy zachowaniu należytej staranności, dokonanie drugiego zabiegu artroskopii, a następnie powtórne przeprowadzenie rehabilitacji powoda, nie byłoby konieczne, a jego powrót do względnego zdrowia i wykonywania przez niego codziennych czynności znacznie szybszy. Co więcej, pozostawienie w stawie na okres pół roku fragmentu łąkotki przy jednoczesnym zaleceniu powodowi powrotu do wyczynowego uprawiania sportu nasiliły zmiany chorobowe oraz dolegliwości bólowe – a więc cierpienia powoda. Ponadto, jak stwierdził biegły, choć nawet prawidłowe wykonanie zabiegu nie gwarantowało udanego powrotu powoda do sprawności sprzed 2011 roku, to szanse na to byłyby jednak większe, niewłaściwa rehabilitacja po pierwszej operacji, następnie ponowny zabieg i kolejna rehabilitacja wykluczyły możliwość powoda na powrót do sportu.

Mając na uwadze powyższe, stwierdzić należy, iż powód wykazał w toku procesu istnienie przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej pozwanej w postaci winy oraz adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego. W konsekwencji uznać należy, iż roszczenie powoda jest uzasadnione co do zasady, w oparciu o art. 415 k.c. i 430 k.c.

Kolejno Sąd stanął przed zadaniem ustalenia krzywdy, w tym także jej rozmiaru, jaką powód poniósł wskutek wyżej opisanego błędu lekarskiego, co determinowało ewentualne zasądzenie na jego rzecz zadośćuczynienia i jego wysokość.

Podstawę prawną roszczenia powoda w tym zakresie stanowił przepis art. 445 § 1 k.c., zgodnie z którym w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

W świetle art. 445 § 1 k.c. istotnym staje się zatem określenie pojęcia krzywdy, stanowiącej przesłankę przyznania zadośćuczynienia. Przez krzywdę (niemajątkową szkodę na osobie) należy rozumieć cierpienie fizyczne (ból i inne dolegliwości) i cierpienia psychiczne, tj. w szczególności ujemne uczucia przeżywane w związku z cierpieniami fizycznymi lub następstwami uszkodzenia ciała albo rozstroju zdrowia w postaci np. zeszpecenia, niemożności uprawiania określonej działalności, wyłączenia z normalnego życia (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 lipca 2000 roku, II CKN 1119/98, LEX nr 50884). Zadośćuczynienie pieniężne ma na celu złagodzenie tych cierpień i powinno stanowić rekompensatę pieniężną za całą krzywdę doznaną przez poszkodowanego.

Art. 445 k.c. i następne nie zawierają żadnych kryteriów, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu wysokości zadośćuczynienia. Celem powyższej instytucji jest wyłącznie złagodzenie doznanej krzywdy, zaś przy ustalaniu jej wysokości obowiązuje dość lakonicznie sformułowana zasada umiarkowania, wyrażająca się nakazem uwzględnienia przy obliczaniu wysokości tej kwoty: z jednej strony rozmiaru doznanej krzywdy, a zwłaszcza stopnia i czasu trwania cierpień fizycznych i psychicznych, trwałości skutków czynu niedozwolonego (pobyt w szpitalu, bolesność zabiegów, dokonywane operacje, rozmiar i trwałe następstwa zdarzenia, konsekwencje uszczerbku na zdrowiu w życiu osobistym i społecznym, zmiana jego sytuacji życiowej), prognozy na przyszłość, wieku poszkodowanego z drugiej zaś strony aktualnych stosunków majątkowych społeczeństwa, a więc powinności utrzymania jej w rozsądnych granicach (tak

wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 26 lutego 1962 roku, 4 CR 902/61, OSNCP 1963, Nr 5, poz. 107; z dnia 24 czerwca 1965 roku, I PR 203/65, OSP i KA 1966, poz. 92; z dnia 10 czerwca 1999 roku, II UKN 681/98, OSNAP 2000/16/626).

W doktrynie i orzecznictwie podkreśla się przy tym, że Sąd ustalając wysokość należnego zadośćuczynienia nie może posługiwać się szablonami, lecz powinien mieć na względzie wszystkie okoliczności konkretnej sprawy. Z jednej strony daje to Sądowi dużą swobodę, z drugiej jednak pozostaje kwestia niewymierności krzywdy. Z natury swej krzywda, zwłaszcza psychiczna, jest zjawiskiem o charakterze subiektywnym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 maja 1998 roku, II CKN 756/97).

Zadośćuczynienie ma mieć przede wszystkim charakter kompensacyjny, wobec czego jego wysokość nie może stanowić zapłaty symbolicznej, lecz musi przedstawiać jakąś ekonomicznie odczuwalną wartość. Jednocześnie podkreśla się, że wysokość ta nie może być nadmierną w stosunku do doznanej krzywdy, ale musi być „odpowiednia” w tym znaczeniu, że powinna być – przy uwzględnieniu krzywdy poszkodowanego – utrzymana w rozsądnych granicach, odpowiadających aktualnym warunkom i przeciętnej stopie życiowej społeczeństwa (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 września 2001 roku, III CKN 427/00, LEX nr 52766; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 maja 2001 roku, II Aka 81/01, OSA 2001/12/96; por.: M. Nesterowicz, Glosa do wyroku Sadu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 09 marca 2001 roku, I ACa 124/01, PS 2002/10/130; A. Szpunar, Glosa do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 września 1999 roku, III CKN 339/98, OSP 2000/4/66). Nie można także pominąć warunków indywidualnych danej osoby i przynależności do środowiska o pewnej stopie życiowej. W orzecznictwie wskazuje się, że przyznanego zadośćuczynienia nie należy traktować na zasadzie ekwiwalentności, którą charakteryzuje wynagrodzenie szkody majątkowej. Odpowiedniość kwoty zadośćuczynienia ma służyć złagodzeniu doznanej krzywdy, a jednocześnie nie być źródłem nadmiernego wzbogacenia (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 09 lutego 2000 roku, III CKN 582/98, LEX nr 52776).

Zgodnie zaś ze stanowiskiem, wyrażonym m.in. w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 września 2007 roku w sprawie o sygnaturze akt III CSK 109/07, LEX nr 328067, zadośćuczynienie, o którym mowa w art. 445 § 1 k.c., nie ma za zadanie zrekompensowania wszelkich możliwych utraconych szans życiowych, lecz tych, które znajdowały się w zasięgu możliwości pokrzywdzonego. Określając wysokość zadośćuczynienia, należy mieć na względzie aktualne warunki oraz stopę życiową społeczeństwa, kraju, w którym mieszka poszkodowany. Najbliższym punktem odniesienia jest zaś poziom życia powoda (tak w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 maja 2008 roku w sprawie o sygnaturze akt II CSK 78/08, LEX nr 420389).

Ponadto wskazać należy, iż wprawdzie wielkość trwałego uszczerbku na zdrowiu powinna mieć wpływ na wysokość zadośćuczynienia (zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 18 lutego 1998 roku, I ACa 715/97, OSA 1999/2/7). Jednakże z drugiej strony nie można ustalać zadośćuczynienia wyłącznie według tego miernika. Doświadczenie życiowe podpowiada, że im większy jest stopień uszczerbku na zdrowiu (rozstrój zdrowia) tym większe cierpienia poszkodowanego. Możliwe jest jednak żądanie zadośćuczynienia nawet przy braku trwałego uszczerbku na zdrowiu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 lutego 2000 roku, II UKN 416/99, OSNAP 2001/16/520).

Sąd orzekający w niniejszym składzie w pełni podziela powyższe poglądy doktryny i judykatury, dlatego miał je na względzie ustalając wysokość należnego powodowi zadośćuczynienia w niniejszej sprawie.

Odnosząc powyższe na grunt niniejszej sprawy, Sąd miał na względzie, iż nieprawidłowe wykonanie zabiegu w dniu 23 maja 2011 roku po pierwsze nie doprowadziło do oczekiwanej poprawy stanu zdrowia powoda oraz nie umożliwiło zrealizowania celu, dla którego powód w ogóle zdecydował się na zabieg, tj. powrotu do uprawiania wyczynowego sportu. Co istotne bowiem przed zabiegiem powód bowiem wyczynowo grał w piłkę ręczną w klubie piłkarskim, miał podpisany kontrakt do czerwca 2012 roku, dodatkowo był nauczycielem wychowania fizycznego, dolegliwości ze strony starej kontuzji nie uniemożliwiały mu zatem wykonywania zawodu, a jedynie przy okresowych dolegliwościach bólowych występujących przy okazji wysiłku na nierozgrzanym kolanie stosował on środki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Operacja z maja 2011 roku nie była wykonana w trybie nagłym, została zaplanowana i przeprowadzona

w wyniku konsultacji lekarskiej z G. A. po zgłoszeniu przez powoda jako dodatkowego problemu wynikającego z urazu skrętnego stawu kolanowego lewego z 2006 roku.

Co więcej, błąd lekarski przyczynił się jeszcze do pogorszenia stanu zdrowia powoda i zniwelował jego szanse na odzyskanie sprawności fizycznej pozwalającej mu na kontynuowanie zawodowej kariery piłkarza ręcznego. Nieusunięty podczas pierwszego zabiegu fragment łąkotki powodował bowiem czynny opór przy poruszaniu stawem. Doprowadziło to do negatywnych konsekwencji, m.in. przez powstawanie stanów zapalnych w obrębie chrząstki, skutkujących utratą przez nią sprężystości i jej zatłuszczaniem oraz bólem przy poruszaniu się. Nadto prowadzona w tych warunkach, zalecona przez lekarza intensywna, półroczna rehabilitacja stawu nasilała jeszcze zmiany chorobowe stawu i dolegliwości bólowe – podobnie jak podjęte przez powoda, również zgodnie z zaleceniem lekarza, próby powrotu do gry w piłkę ręczną. Co więcej, jak Sąd przyjął za biegłym J. D., powyższe przesądziło o przekreśleniu jakichkolwiek szans na powrót powoda do uprawiania wykonywanego zawodu i pasji – piłki ręcznej. Finalnie zakończyło się to utratą przez pozwanego pracy w klubie sportowym- nieprzedłużeniem kontraktu z zawodnikiem, który przez ponad rok nie był w stanie wrócić do wyczynowego sportu. Sąd miał również na uwadze, że spowodowana błędem lekarza konieczność ponownego przeprowadzenia operacji stawu związana była z ponowną potrzebą odbicia przez powoda kilkumiesięcznej rehabilitacji oraz wydłużeniem okresu odczuwania dolegliwości bólowych z jednej strony oraz odsunięciem powoda od gry w piłkę ręczną, co musiało mieć wpływ na możliwość jego powrotu do pracy w klubie. Ponadto powodowało to u powoda narastającą frustrację z niemożnością powrotu do gry w piłkę ręczną i niepokój związany z jego sytuacją zawodową.

Nie uszło także uwadze Sądu, iż powód, na co wskazywał on w swoich zeznaniach, celowo wybrał do przeprowadzenia operacji artroskopii pozwaną Spółkę, jako podmiot specjalizujący się w leczeniu sportowców, zdecydował się na odpłatny zabieg, zamiast skorzystać z bezpłatnej opieki medycznej w ramach NFZ, licząc że zabieg zostanie wykonany i następnie rehabilitacja zlecona prawidłowo. Tym samym wadliwe postępowanie lekarza prowadzącego także z tego względu generowało w powodzie poczucie pokrzywdzenia.

Wobec powyższego, stwierdzić należało, iż na skutek przedmiotowego zdarzenia w postaci błędu lekarskiego powód niewątpliwie doznał krzywdy, polegającej na cierpieniach fizycznych jak i cierpieniach psychicznych.

Mając na względzie powyższe okoliczności, w ocenie Sądu uzasadnione było przyznanie powodowi zadośćuczynienia za doznaną krzywdę w kwocie 20.000 zł, jako adekwatnego do doznanej przez niego krzywdy, wynikłej z wyżej opisanych zdarzeń z uwzględnieniem stopnia przyczynienia się powoda do powstania tej krzywdy, o czym szczegółowo niżej. Kwota ta jest odpowiednia w rozumieniu art. 445 § 1 k.c., stanowi bowiem w ocenie Sądu realną wartość ekonomiczną dla powoda i nie jest przy tym wygórowana w odniesieniu do aktualnych średnich zarobków w społeczeństwie i jego przeciętnej stopy życiowej. Na wymiar tej kwoty wpływ miał fakt utraty przez powoda w wyniku błędnie przeprowadzonej operacji i niedostosowanej rehabilitacji możliwości wyczynowego uprawiania sportu, niemożność biegania czy jazdy na nartach, utraty źródła zarobkowania w klubie sportowym, dolegliwości fizyczne bólowe i negatywne odczucia psychiczne wygenerowane przez nieprawidłową rehabilitację pierwszą, konieczność poddania się drugiemu zabiegowi artroskopii oraz ponownej rehabilitacji.

Sąd miał przy tym na względzie treść art. 362 k.c., zgodnie z którym, jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody, obowiązek jej naprawienia ulega odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, a zwłaszcza do stopnia winy obu stron.

Wskazać należy bowiem, iż jak wynika ze zgromadzonego materiału dowodowego, powód w równym stopniu do pozwanego przyczynił się do doznanej przez siebie krzywdy. Okoliczności tej sam powód nie negował już w pozwie wskazując, iż miarkuje żadaną kwotę zadośćuczynienia do 30.000 złotych z uwagi na to, że rozpoczynając leczenie u pozwanej przybył do niej z chorym stawem kolanowym. Faktycznie powód urazu łąkotki doznał bowiem jeszcze w 2006 roku – a zabiegowi w placówce pozwanej poddał się dopiero w roku 2011 roku, po niemal 5 latach. Przez cały ten okres wyczynowo grał w piłkę ręczną, intensywnie obciążając kolano, co spowodowało utrwalenie przykurczu w obrębie stawu kolanowego i brak przeprostu. Tym samym niewątpliwie zastarzałe schorzenie - istnienie

i stopniowe pogłębianie się właśnie przykurczu, który został spowodowany wcześniej doznany, niezaleczonym urazem przyczyniło się w znacznym – w ocenie Sądu połowicznie do braku możliwości powrotu do uprawiania piłki ręcznej przez powoda wraz z wadliwym przeprowadzeniem zabiegu w klinice pozwanej, co istnienie i stopniowe pogłębianie się właśnie rzeczonoego przykurczu, który został spowodowany wcześniej doznany, niezaleczonym urazem. Sąd uwzględnił, że, jak wynika z opinii biegłego, nawet prawidłowe przeprowadzenie pierwszej artroskopii kolana i usunięcie całej uszkodzonej łąkotki nie gwarantowało powrotu powoda do poprzedniej sprawności. Błąd lekarza, niewłaściwa pierwsza rehabilitacja i konieczność powtórzenia zabiegu oraz rehabilitacji spowodowały jednak wykluczenie na to szans.

Sąd miał w końcu na uwadze okoliczność, iż po przeprowadzeniu drugiego zabiegu artroskopii stawu oraz odbyciu ponownej rehabilitacji, powód powrócił do względnej sprawności, pozwalającej mu na codzienne funkcjonowanie. Co prawda, jak wynika z zeznań powoda i świadka – jego żony, większy wysiłek fizyczny sprawia, że powód odczuwa ból w kolanie, jednak w ocenie Sądu brak jest dostatecznych podstaw, aby przyczyny tego stanu rzeczy doszukiwać się wyłącznie w błędnym przeprowadzeniu przez pozwaną zabiegu z dnia 23 maja 2011 roku. Jak wynika bowiem z materiału dowodowego, powód jeszcze przed poddaniem się przedmiotowym zabiegom usunięcie łąkotki cierpiał na chondromolację chrząstki, co przy zwiększonym wysiłku fizycznym może sprawiać dolegliwości bólowe.

Z tych powodów Sąd uznał, iż żądana przez powoda kwota, ponad sumę 20.000 zł, jest wygórowana i niewspółmierna do rozmiaru doznanej przez niego krzywdy.

Zważywszy na powyższe okoliczności, na podstawie powołanych przepisów Sąd zasądził od strony pozwanej na rzecz powodowej tytułem zadośćuczynienia kwotę 20.000 zł. Roszczenie ponad tę kwotę, jako niezasadne, podlegało natomiast oddaleniu.

W zakresie odsetek od kwoty zasądzonego zadośćuczynienia Sąd orzekł w oparciu o art. 481 § 1 i 2 k.c. Powód jako datę początkową naliczania odsetek wskazał dzień następny po dniu, w którym upłynął termin wyznaczony przez powoda pozwanej na zapłatę zadośćuczynienia w doręczonym jej wezwaniu do zapłaty, tj. dzień 11 lipca 2012 roku. W tym miejscu wskazać należy, że według utrwalonego poglądu prezentowanego w doktrynie i judykaturze w razie wyrządzenia szkody czynem niedozwolonym odszkodowanie i zadośćuczynienie stają się wymagalne po wezwaniu odpowiedzialnego za krzywdę przez poszkodowanego do spełnienia świadczenia odszkodowawczego, zgodnie z ogólną regułą z art. 455 k.c. Zobowiązanie do zapłaty zadośćuczynienia pieniężnego ma bowiem charakter bezterminowy, stąd też o przekształceniu go w zobowiązanie terminowe decyduje wierzyciel przez wezwanie dłużnika do wykonania. Nie ma przy tym znaczenia, że przyznanie zadośćuczynienia jest fakultatywne i zależy od uznania sądu oraz poczynionej przez niego oceny konkretnych okoliczności danej sytuacji, poszkodowany bowiem może skierować roszczenie o zadośćuczynienie bezpośrednio do osoby ponoszącej odpowiedzialność deliktową (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 28 czerwca 2005 r., I CK 7/05, LEX nr 153254).

We wspomnianym wezwaniu do zapłaty, doręczonym pozwanemu w dniu 26 czerwca 2012 roku, powód wyznaczył termin 14 dni od daty doręczenia wezwania na spełnienie świadczenia. Upłynął on w dniu 10 lipca 2012 roku, co oznacza że od dnia następnego pozwany pozostawał w zwłoce. Tym samym sformułowane w pozwie żądanie odsetek od kwoty zasądzonej należności głównej począwszy od dnia 11 lipca 2012 roku do dnia zapłaty zasługiwało na uwzględnienie. Zaznaczyć należy przy tym, iż pozwana Spółka (...) jako podmiot profesjonalnie świadczący usługi medyczne na podstawie posiadanej przez siebie dokumentacji medycznej powoda miała możliwość już w chwili otrzymania wezwania do zapłaty dokonać oceny zasadności roszczenia powoda i podjąć decyzję o wypłacie zadośćuczynienia, co zadecydowało o uwzględnieniu roszczenia odsetkowego już od daty wskazanej przez powoda, a nie od chwili wyrokowania w sprawie.

Mając na względzie powyższe, Sąd orzekł jak w punkcie 1. i 2. wyroku.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., zgodnie z zasadą proporcjonalnego ich rozdzielenia, ustalając, że wobec żądania przez powoda zapłaty 30.000 zł i uwzględnienia tego roszczenia jedynie co do kwoty 20,000 zł, powód jest stroną wygrywającą sprawę w przybliżeniu w 67 %, a przegrywającą w 33 %. Istota zasady

stosunkowego rozdzielenia kosztów procesu polega zaś na tym, że każda ze stron ponosi koszty procesu w takim stopniu, w jakim przegrała sprawę.

W sprawie niniejszej strona powodowa poniosła następujące koszty procesu: część opłaty od pozwu w kwocie 750 zł, koszty opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł oraz koszty zastępstwa procesowego w kwocie 2400 zł na podstawie § 6 pkt 4 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28 września 2002 roku w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej z urzędu (Dz. U. z 2013 r., poz. 461 – j.t.). Łącznie strona powodowa poniosła koszty procesu w wysokości 3167 zł.

Koszty procesu poniesione przez pozwanego wyniosły 2417 zł, na które składają się koszty zastępstwa procesowego, na podstawie § 6 pkt 5 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.2013.490 j.t.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Łącznie koszty procesu w niniejszej sprawie wyniosły zatem 5584 zł (3167 zł + 2417 zł). Wobec faktu, iż powód przegrał niniejszą sprawę w 33 % winien on ponieść koszty procesu w kwocie 1842,72 zł (5584 zł * 33 %). Ponieważ zaś w toku procesu strona powodowa poniosła koszty w wysokości 3167 zł, kwotę 1324,28 zł – stanowiącą różnicę między kosztami procesu, które powód winien ponieść, a kwotą, którą rzeczywiście uiszczył (3167 zł – 1842,72 zł) – strona pozwana winna zwrócić na rzecz powoda.

Mając powyższe na względzie, Sąd orzekł jak w punkcie 3. wyroku.

Zgodnie z art. 107 k.p.c. interwenient uboczny, do którego nie mają zastosowania przepisy o współuczestnictwie jednolitym, nie zwraca kosztów przeciwnikowi strony, do której przystąpił. Sąd może jednak przyznać od interwenienta na rzecz wygrywającego sprawę przeciwnika strony, do której interwenient przystąpił, zwrot kosztów wywołanych samoistnymi czynnościami procesowymi interwenienta. Sąd może także przyznać interwenientowi koszty interwencji od przeciwnika obowiązującego do zwrotu kosztów. Zgodnie ze stanowiskiem judykatury przepis art. 107 k.p.c. nie tworzy obowiązku, lecz tylko możliwość przyznania interwenientowi ubocznemu kosztów interwencji od przeciwnika obowiązującego do zwrotu kosztów i może nastąpić wówczas gdy sąd uzna taką potrzebę (wyrok Sądu Apelacyjnego w Krakowie z dnia 24 lutego 2015 r., I ACa 1716/14, LEX nr 1711461, wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 6 września 2012 r., I ACa 338/12, LEX nr 1220465). W niniejszej sprawie Sąd nie znalazł podstaw do zasądzenia od powoda na rzecz interwenienta ubocznego kosztów procesu. Argumenty podnoszone przez interwenienta nie miały kluczowego znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, do tego w znacznej mierze okazały się niezasadne. Nadto jego wkład w rozpoznanie i rozstrzygnięcie sprawy był nieznaczny.

Z tych względów Sąd postanowił nie obciążyć powoda kosztami procesu na rzecz interwenienta ubocznego, o czym orzekł w punkcie 4. wyroku

W toku postępowania strona powodowa nie uiszczała opłaty sądowej od powództwa w kwocie 750 zł.

Zgodnie z art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2014 roku, poz. 1025 –j.t.) Jeżeli przepisy ustawy przewidują obowiązek działania i dokonywania czynności połączonej z wydatkami z urzędu, sąd zarządzi wykonanie tej czynności, a kwotę potrzebną na ich pokrycie wykląda tymczasowo Skarb Państwa. Przy tym, zgodnie z ust. 2 tego przepisu, w orzeczeniu kończącym postępowanie w sprawie sąd orzeka o poniesionych tymczasowo przez Skarb Państwa wydatkach, stosując odpowiednio przepisy art. 113.

Stosownie zaś do treści art. 113 ust. 1 ww. ustawy kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiszczyć lub których nie miał obowiązku uiszczyć kurator albo prokurator, sąd w orzeczeniu kończącym sprawę w instancji obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją do tego podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

Wobec powyższego Sąd na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z art. 113 ust. 1 w zw. z art. 83 ust. 2 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach, nakazał pobrać od powoda na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla W. M.w W. kwotę 247,50 zł tytułem części nieuiszczonej opłaty sądowej od pozwu – w stosunku w jakim przegrał on niniejszy proces (759 zł * 33 %).

Analogicznie, na podstawie ww. przepisów, z tego samego tytułu Sąd nakazał pobrać od strony pozwanej kwotę 502,50 zł (750 * 67 %).

Mając na względzie powyższe, Sąd orzekł jak w punkcie 5. i 6. wyroku.

(...)

ZARZĄDZENIE

(...)