Sygn. akt I ACa 880/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 października 2015 r.

Sąd Apelacyjny w Krakowie – Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Krzysztof Sobierajski
Sędziowie:	SSA Sławomir Jamróg SSO del. Barbara Baran (spr.)
Protokolant:	st.sekr.sądowy Beata Lech

po rozpoznaniu w dniu 13 października 2015 r. w Krakowie na rozprawie

sprawy z powództwa S. K.

przeciwko Zespołowi (...) w K. Szpitalowi (...). Ł.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Okręgowego w Kielcach

z dnia 16 marca 2015 r. sygn. akt I C 569/11

1. ***oddala apelację;***

2. ***zasądza od powoda na rzecz strony pozwanej kwotę 2.700 zł tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.***

SSO Barbara Baran (del.) SSA Krzysztof Sobierajski SSA Sławomir Jamróg

Sygn. akt I ACa 880/15

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem Sąd Okręgowy w Kielcach oddalił powództwo S. K. przeciwko ZOZ w K. Szpitalowi (...). Ł. i (...) Centrum (...) w K. o zapłatę, odstępując od obciążania powoda kosztami procesu i kosztami sądowymi.

Sąd ustalił, że w dniu 14 listopada 2009 r. około godziny 10:50, podczas gry w piłkę siatkową na hali sportowej powód doznał otwartego złamania podudzia prawego. Ratownicy medyczni po przybyciu wykonali założenie wkłucia do żyły celem zabezpieczenia ewentualnych parametrów życiowych, zaopatrzyli ranę i powoda przewieźli karetką

do szpitala w S.. Tam wykonano badanie Rtg, rozpoznano złamanie otwarte prawego podudzia z przemieszczeniem odłamów. Powód wymagał leczenia operacyjnego, ale nie wyraził na nie zgody, bo miał złe doświadczenia związane z leczeniem w tym szpitalu, nadto uzgodnił, że znajomy lekarz zoperuje go w K.. Poprosił o przewiezienie do szpitala w K.., co nastąpiło po ok. 3 godzinach od zdarzenia. W K. po wstępnych badaniach, ok. godziny 17:45 wykonano zabieg operacyjny zespolenia odłamów kości piszczelowej dwoma śrubami ciągnącymi i stabilizatorem zewnętrznym (...). Przebieg leczenia pooperacyjnego był niepowikłany, zastosowano leczenie przeciwbakteryjne D. C. 600, przeciwtężcowe i profilaktykę przeciwzakrzepową. Rana pooperacyjna goiła się prawidłowo. Po zdjęciu szwów nogę unieruchomiono w gipsie. Powoda wypisano ze szpitala 24 listopada 2009 r. w stanie dobrym.

W dniu 29 grudnia 2009 r. usunięto powodowi gips i stwierdzono zagojenie rany. Zalecono chodzenie o kulach, ćwiczenia usprawniające stawu kolanowego i skokowego, zmiany opatrunków i kontrolę za 4-6 tygodni. Podczas wizyty w (...) w dniu 4 stycznia 2010 r. zaobserwowano sączenie z rany pooperacyjnej.

Powód, zaniepokojony nieprawidłowym gojeniem się rany 21 kwietnia 2010 r. wykonał prywatnie badanie mikrobiologiczne wymazu z rany. Z pobranego materiału wyhodowano bakterie S. koagulazoujemny (...) (metycylinowrażliwy) i S. koagulazoujemny (...) (metycyliooporny). Z wynikami badań powód udał się do (...) w K., gdzie stwierdzono obrzęk podudzia prawego oraz przetokę w bliźnie pooperacyjnej z okresowym sączeniem. Badanie radiologiczne wykazało brak zrostu kości piszczelowej. Powoda skierowano do szpitala celem leczenia operacyjnego. Od 6 do 11 maja 2010 r. przebywał na oddziale ortopedyczno-urazowym szpitala w K. z rozpoznaniem stanu po złamaniu otwartym i zespoleniu kości podudzia prawego, przetoki tkanek miękkich w okolicy szpary złamania oraz opóźnionym zrostem. W trakcie zabiegu operacyjnego 7 maja 2010 r. usunięto materiał zespalający w prawym podudziu, oczyszczono miejsce złamania oraz wycięto przetokę tkanek miękkich. Podczas operacji pobrano materiał na posiew. Wyhodowano szczep E. faecalis. Hospitalizacja przebiegała bez powikłań. Powód został wypisany do domu w stanie dobrym z zaleceniami chodzenia o kulach, zmiany opatrunków, stosowania antybiotyku A. oraz okresowej kontroli w poradni ortopedycznej.

W trakcie dalszego leczenia ponownie uaktywniła się przetoka w bliźnie pooperacyjnej. W dniu 14 czerwca 2010 r. ponownie pobrano wymaz z rany i wyhodowano S. koagulazoujemny (metycylinooporny). Po kolejnych badaniach Rtg nie stwierdzono wyraźnego zrostu kości.

W lipcu 2010 r. powód podjął leczenie w (...) Publicznym Szpitalu (...) im. prof. A. G. Klinice (...) w O., gdzie stwierdzono zakażony staw rzekomy kości piszczelowej prawej oraz przetokę ropną na wysokości kości piszczelowej prawej. 30 lipca 2010 r. wykonano zabieg usunięcia płyty (...), wycięto ognisko zapalne, dokonano nastawienia i stabilizacji kości piszczelowej prawej metodą K.. W badaniu bakteriologicznym nie wyhodowano drobnoustrojów. Zalecono przyjmowanie antybiotyku A. i leku przeciwzakrzepowego F..

Wobec dalszego braku zrostu kości powód przebywał w Klinice (...) w O. jeszcze dwukrotnie (od 29 listopada do 15 grudnia 2010 r. i od 14 do 20 kwietnia 2011 r.) z rozpoznaniem zapalenia kości podudzia prawego. 9 grudnia 2010 r. operacyjnie oczyszczono staw rzekomy kości piszczelowej prawej i wykonano restabilizację aparatem K.. W dniu 15 kwietnia 2011 r. usunięto aparat stabilizacji zewnętrznej K.. Powód został wypisany w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem stałego noszenia ortezy na prawym podudziu.

Ostatecznie zrost złamania nastąpił. Nadal utrzymują się jednak niewielkie okresowe objawy stanu zapalnego kości. Na podudziu prawym widoczna jest przetoka o średnicy ok. 5 mm, która otwiera się przeciętnie raz w miesiącu i pojawia się sączenie, które trwa 3-4 dni. Na prawej goleni widoczna jest też ok. 8-centymetrowa blizna. Powód ma pełen zakres ruchomości stawów kończyn i kręgosłupa, chodzi sprawnie, bez wyraźnego utykania na prawą kończynę. Przed wyjściem z domu zakłada ortezę na prawą goleń i staw skokowy. Obecnie nie wymaga leczenia, jednak w przypadku zaostrzenia stanu zapalnego okresowo może wymagać antybiotyków i opatrunków w razie sączenia z przetoki.

Rokowania na przyszłość dotyczące stanu zdrowia powoda z ortopedycznego punktu widzenia są dobre. Odzyskał on pełny zakres ruchomości stawów. Utrzymuje się jednak przewlekły, choć stosunkowo niewielki i ograniczony stan

zapalny prawej kości piszczelowej. Nie można wykluczyć, że w przyszłości stan zapalny całkowicie ustąpi i że nie dojdzie do nawrotu lub zaostrzenia objawów zapalnych. Brak jest zagrożenia amputacją.

W związku z leczeniem po wypadku powód doznał cierpień fizycznych i psychicznych, których zakres należy określić jako duży, związany z doznawanym bólem, wielokrotnymi pobytami w szpitalu, pięcioma zabiegami operacyjnymi, długotrwałym chodzeniem przy pomocy kul, wykonywaniem opatrunków, zabiegami usprawniającymi, ograniczeniami w sprawności. Dolegliwości bólowe wymagające systematycznego stosowania leków trwały przez okres pierwszego roku po wypadku.

Wskutek wypadku powód doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie narządów ruchu w wysokości 25 %. Orzeczeniem (...) ds. Orzekania o Niepełnosprawności w S. z dnia 11 października 2010 r. powód został zaliczony do grupy osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, zalecono mu pracę w warunkach pracy chronionej. Orzeczenie zostało wydane do dnia 31 października 2012 r.

Do zakażenia S. koagulazoujemnym metycylinoopornym dochodzi na drodze uszkodzenia ciągłości skóry lub błon śluzowych, w tym również na skutek mikrourazów. Zakażenia endogenne wywoływane są przez szczepy gronkowcowe pochodzące z własnej flory bakteryjnej chorego, mogą występować w środowisku szpitalnym. Okres wylęgania bakterii jest krótki, zwykle kilkudniowy, dość trudny do określenia, co zależy od osobniczej wrażliwości chorego.

Przyczyną zakażenia kości prawego podudzia powoda było zakażenie bakteryjne szczepem gronkowca naskórkowego koagulazoujemnego, zarówno metycylinowrażliwego, jak i metycylinoopornego. Pierwsze objawy zakażenia pojawiły się w styczniu 2010 r., kiedy zaobserwowano sączenie z rany pooperacyjnej. Stwierdzony w maju 2010 r. brak zrostu kostnego oraz obecność przetoki w obrębie blizny pooperacyjnej wskazują, że zakażenie zaczęło rozwijać się prawdopodobnie pod koniec 2009 r. Ponieważ okres wylęgania bakterii gronkowca jest stosunkowo krótki, a pierwsze objawy zakażenia pojawiły się kilka miesięcy od pobytu powoda z szpitalu, ustalenie pierwotnego okresu zakażenia jest bardzo trudne.

Z uwagi na bardzo krótki okres, w którym doszło do zdarzeń o największym prawdopodobieństwie zakażenia (wypadku, transportu powoda do dwóch szpitali i zabiegu operacyjnego) nie jest możliwe określenie czasu i miejsca zakażenia powoda gronkowcem. Można określić tylko przedział czasowy, kiedy mogło do niego dojść. Przedział ten mógł obejmować okres od wypadku do zabiegu operacyjnego. Nie można jednak określić, czy bardziej prawdopodobnym było zakażenie w szpitalu w K., czy też podczas transportu karetką pomiędzy szpitalami. Gdyby decydujące było 7 godzin (tj. okres od urazu powoda do zabiegu w szpitalu w K.), to do wyraźnych objawów infekcji kości doszłoby w ciągu pierwszych kilku lub kilkunastu dni po zdarzeniu. W przypadku powoda w takim okresie objawy takie nie wystąpiły.

Odmowa powoda poddania się leczeniu w szpitalu w S. a następnie transport z raną penetrującą do kości i przeprowadzenie zabiegu operacyjnego dopiero po siedmiu godzinach od wypadku zwiększało i tak istniejące wyższe ryzyko zakażenia głębokich tkanek i struktur kostnych florą bakteryjną otoczenia (zarówno kolonizującą skórę powoda, jak i znajdującą się na jego odzieży, rękach osób udzielających powodowi pierwszej pomocy itd.). Jednak trudno jest jednoznacznie wskazać na związek przyczynowo- skutkowy między opóźnionym przyjęciem do szpitala w K. a zakażeniem powoda. Gdyby tak było, objawy zapalenia kości wystąpiłyby po kilku lub kilkunastu dniach po zdarzeniu. Tymczasem u powoda pierwsze objawy pojawiły się dopiero po dwóch miesiącach od operacji.

W chwili wypadku powód liczył 36 lat, prowadził własną działalność gospodarczą jako agent ubezpieczeniowy, uzyskiwał dochody w wysokości około 20 000 zł rocznie. Mieszkał z żoną w należącym do nich mieszkaniu w S.. Był osobą aktywną, uprawiał amatorsko sport. Trzy dni po wypadku urodziło mu się dziecko. Jego żona wraz z synem przeprowadziła się do swoich rodziców. Powód dzierżawił gospodarstwo rolne o powierzchni 4,5 ha, z którego nie uzyskiwał dochodów, był ubezpieczony w KRUS. Ponownie zamieszkał z żoną i dzieckiem w 2011 r. W okresie około roku po złamaniu kończyny w obowiązkach domowych, sprzątaniu, gotowaniu, praniu itp. pomagała mu matka.

Potem powód nie wymagał już pomocy. Obecnie nadal prowadzi działalność gospodarczą w branży ubezpieczeniowej, uzyskuje dochód w wysokości 1 000 zł miesięcznie.

W latach 2008-2010 w pozwanym szpitalu były rejestrowane pojedyncze zakażenia szpitalne i pozaszpitalne, których czynnikiem etiologicznym był gronkowiec złocisty, z nieco większą liczbą zakażeń na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Szpital poprzez Zespół (...) monitoruje- rejestruje zakażenia szpitalne. Do Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w K. w latach 2004-2009r. nie wpłynęła informacja na temat zakażenia gronkowcem złocistym w pozwanym szpitalu. Szpital prawidłowo realizował opracowane procedury, dotyczące postępowania przeciw-epidemiologicznego i leczeni w nim pacjenci byli w niewielkim stopniu narażeni na zakażenia wewnątrzszpitalne.

Protokoły kontroli Sanepidu w pozwanym (...) Centrum (...) w K. z lat 2009-2010 wykazały prawidłowy stan sanitarno- higieniczny obiektu, sprzętu, karetek, odpowiednie wyposażenie i zaopatrzenie w środki dezynfekujące.

Sąd, dokonawszy oceny dowodów i przeprowadziwszy analizę stanu prawnego, w tym art. 415 k.c., 416 k.c. i art. 445 § 1 k.c. uznał, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Powód wykazał, że wskutek wypadku powód doznał szkody wskutek rozstroju zdrowia wywołanego zakażeniem gronkowcem złocistym. Zgodnie z art. 6 k.c. ciążył jednak na nim także obowiązek wykazania odpowiedzialności pozwanych za tę szkodę. Powód wskazywał, że wiąże zakażenie gronkowcem ze swoim pobytem w pozwanym szpitalu w okresie od 14 do 24 listopada 2009 r., kiedy poddany został zabiegowi operacyjnemu w celu zespolenia prawej nogi. Przekonanie to opierał na wiedzy o innych tego rodzaju zakażeniach w pozwanym szpitalu, co do których prowadzone było postępowanie sądowe i na tym, że jak twierdził, dotarł do pacjenta, który ok. 2 lata wcześniej przed jego wypadkiem też był operowany w tym szpitalu i został zakażony gronkowcem. Nadto zarzucał Szpitalowi, że pomimo nie gojącej się rany lekarz nie zlecił wykonania badań wymazu z tej rany. Innych zarzutów wobec tego pozwanego nie zgłaszał. Odnośnie drugiego z pozwanych podnosił, że do zakażenia gronkowcem złocistym mogło dojść także podczas transportowania go do szpitala w K. - rana została niewłaściwie zabezpieczona przez obsługę pogotowia, nie założono opatrunku jałowego a szyna unieruchamiająca była niesterylna. Ponieważ biegli nie są w stanie ustalić, czy do zakażenia powoda doszło z większym prawdopodobieństwem w szpitalu w K. czy przy działaniu pogotowia ratunkowego, zasadne jest pozwanie obu tych podmiotów, które odpowiadają za skutki zakażenia na solidarnie.

Odpowiedzialności pozwanych powód upatrywał jedynie w tym, że był zaopatrzony i przetransportowany przez personel karetki pogotowia (ale nie udowodnił, że rana była źle zabezpieczona) oraz że przebywał na jednym z oddziałów pozwanego szpitala i przebył tam zabieg operacyjny, a kilka miesięcy od tego zdarzenia (w kwietniu 2010r.), stwierdzono u niego zakażenie rany pooperacyjnej gronkowcem złocistym. Okoliczności te nie mogą jednak świadczyć o winie pozwanych a powód nie wskazał nawet, na czym wina ta miałaby polegać (jakie działanie lub zaniechania pracowników pozwanych doprowadziło do zakażenia). Nie można wiązać zakażenia z samym pobytem powoda w pozwanej placówce, czy samym transportem karetką pogotowia. Nadto wiadomym jest jedynie, kiedy wykryto u powoda zakażenie gronkowcem, ale nie wiadomo, gdzie i kiedy doszło do zakażenia).

Zdaniem sądu zgromadzone dowody nie pozwalają on na przyjęcie dostatecznej (dużej) dozy prawdopodobieństwa wystąpienia zakażenia w pozwanych placówkach.

Sąd odwołał się do opinii biegłych, z których wynika jednoznacznie, że gdyby do zakażenia powoda doszło w okresie od urazu do czasu kiedy przeprowadzono u niego operację w szpitalu w K., to na pewno do wyraźnych objawów infekcji rany doszłoby w ciągu pierwszych kilku lub kilkunastu dni po zdarzeniu. Tymczasem pierwsze objawy i to nie do końca pewne (ponieważ biegły ortopeda nie uważał tego za rzecz „nienormalną" przy tego typu urazach) tj. „sączenie się z rany pooperacyjnej", wystąpiły dopiero po kilku tygodniach od operacji. Zatem zakażenia rany pooperacyjnej powoda nie należy wiązać z przebytą u pozwanego ZOZ w K. operacją, a nawet w ocenie sądu z pobytem w tym szpitalu. Tym bardziej nie można tego wiązać z faktem opatrzenia a następnie transportu karetką pogotowia do szpitala w S. a potem do szpitala w K.. W takim wypadku objawy zakażenia pojawiłyby się najpóźniej kilkanaście dni po tym.

Sąd dostrzegł pewne rozbieżności we wnioskach biegłych, ale uznał, że trudno w świetle wszystkich opinii ustalić z dostatecznym prawdopodobieństwem, gdzie doszło do zakażenia powoda. Nie dają one i tak podstaw do przyjęcia winy pozwanych za zakażenie powoda gronkowcem, dlatego Sąd nie wyjaśniał tej sprzeczności.

Nie można też zarzucić pozwanemu ZOZ w K., że nie zastosował prawidłowej profilaktyki antybiotykowej (czyli ewentualnych zaniedbań w opiece nad powodem) , bowiem wobec powoda wdrożono profilaktykę zmniejszającą ryzyko okołooperacyjne. Proces leczenia powoda w szpitalu w K. w zakresie doznanego urazu był prawidłowy.

Kilkugodzinne opóźnienie w przeprowadzeniu operacji otwartego złamania zwiększa i tak wysokie ryzyko zakażenia głębokich tkanek i kości florą bakteryjną otoczenia (zarówno kolonizującą skórę powoda, jak i znajdującą się na jego odzieży, rękach osób udzielających powodowi pierwszej pomocy itd.). Decyzję o opóźnieniu zabiegu podjął jednak sam powód i zdecydował o przewiezieniu go do szpitala w K.. Jednoznacznie trudno jest jednak wskazać na związek przyczynowo-skutkowy między opóźnionym przyjęciem do szpitala w K.. Nie można też uznać za udowodnione, że pozwane jednostki służby zdrowia w czasie, gdy powód przebywał pod ich opieką naruszyły reżim sanitarny.

Nie ma podstaw do przyjęcia, że istnieje duże prawdopodobieństwo, iż do zakażenia powoda doszło u pozwanych. Nie zachodzi zatem jedna z przesłanek odpowiedzialności z tytułu czynu niedozwolonego, a mianowicie zdarzenie, z którym ustawa łączy obowiązek odszkodowawczy oznaczonego podmiotu (czyn niedozwolony).

Mimo istnienia szkody nie ma podstaw do przyjęcia winy pozwanych za to zakażenie, zatem w sprawie nie zachodzi trzecia przesłanka odpowiedzialności deliktowej, a mianowicie związek przyczynowy między zdarzeniem wywołującym szkodę a szkodą.

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

Apelację od powyższego wyroku wniósł powód, zaskarżając wyrok jedynie w odniesieniu do pozwanego ZOZ Szpitala (...). Ł. w K.. Domagał się zmiany wyroku i uwzględnienia powództwa a także zasądzenia kosztów procesu za obie instancje.

Apelujący zarzucał naruszenie:

- art. 233 § 1 k.p.c. przez przyjęcie, że wszystkie opinie biegłych są jednakowo przydatne dla rozstrzygnięcia,

- art. 328 § 2 k.p.c. przez poczynienie ustaleń sprzecznych z zeznaniami powoda, że to powód podjął decyzję o opóźnieniu operacji i przewiezieniu do K.,

- art. 415 i 416 k.c. przez przyjęcie, że w sprawie brak podobieństwa graniczącego z pewnością, iż do zakażenia gronkowcem doszło w szpitalu w K..

W odpowiedzi na apelację pozwany szpital domagał się jej oddalenia i zasądzenia kosztów za instancję odwoławczą, podtrzymując swoje stanowisko wyrażone przed sądem I instancji.

Sąd Apelacyjny przyjął za własne ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy i zważył, co następuje:

Apelacja powoda jest bezzasadna.

Rozważając podniesione przez powoda zarzuty najpierw rozważyć trzeba te, które dotyczą oceny dowodów i ustaleń stanu faktycznego, tylko bowiem na gruncie prawidłowych ustaleń można czynić rozważania co do prawidłowości rozstrzygnięcia.

W tej kwestii apelujący podważa ocenę dowodów w zakresie opinii biegłych, zarzucając sądowi, że bezpodstawnie przyjął, iż wszystkie opinie mają dla rozstrzygnięcia taką samą wartość, podczas gdy konkluzje biegłych się różnią. Zarzut ten jest bezzasadny. Sąd bowiem analizując tę część materiału dowodowego, jaką stanowią opinie, zwrócił

uwagę na pewne rozbieżności, odstąpił jednak od ich wyjaśnienia stwierdzając, że i tak dowody te nie dają podstaw do przyjęcia winy po stronie pozwanych.

Przede wszystkim nie sposób odmówić racji stwierdzeniu sądu, że opinie mają walor fachowych, rzetelnych i obiektywnych. Najistotniejszym zaś, a przy tym wspólnym dla wszystkich opinii stwierdzeniem jest, że niemożliwe jest precyzyjne wskazanie daty pojawienia się objawów zapalenia i miejsca, gdzie do zakażenia doszło. Biegli mikrobiolodzy wskazywali na okres zakażenia w okolicach zdarzenia i zabiegu. Wskazali też, że nie można określić, czy bakterie pochodzą od powoda, czy ze środowiska zewnętrznego (k. 477), podkreślali, że określenie miejsca zakażenia z największym prawdopodobieństwem też nie jest możliwe, bowiem w ciągu kilku godzin doszło do złamania, transportów, zabiegu. Charakterystyczne w stwierdzeniach tych biegłych jest podkreślenie, że „możliwe jest zakażenie w pozwanym szpitalu, ale nie można określić, czy było prawdopodobniejsze, niż poza nim" (k. 476, 496).

Biegły W. W. w pierwszej opinii zwrócił uwagę na trudności w ustaleniu pierwotnego okresu zakażenia (k. 306) a także na zwiększone ryzyko zakażenia złamania otwartego przy kilkugodzinnym opóźnieniu operacji florą bakteryjną otoczenia (z odzieży, skóry powoda, rąk osób udzielających pierwszej pomocy itp.). Zwracał też uwagę na możliwość zakażenia z wielu źródeł, w tym ze źródła szpitalnego, wskazując, że jego zdaniem zakażenie rozwijało się pod koniec 2009 r.

Decyzja sądu, by w sytuacji, w której brak podstaw do przyjęcia winy po stronie pozwanego odstąpić dalszego badania miejsca zakażenia, była zatem decyzją słuszną.

Nie można też skutecznie zakwestionować stanowiska sądu, iż to wskutek sprzeciwu powoda odstąpiono od przeprowadzenia operacji w szpitalu w S. i przewieziono go do K.. Powód zeznał, że sam chciał, by tam go przewieziono a kwestię tę uzgadniał jego kolega. Jakkolwiek nie wyglądałaby kwestia motywacji powoda co do tej decyzji, pochodziła ona jednak od niego a obiektywnie spowodowała opóźnienie operacji. Nie wynika też z materiału dowodowego okoliczność, by decyzja o rezygnacji z operacji w S. obciążała lekarzy z pozwanego szpitala.

Ustalenia faktyczne sądu I instancji, jak również ocena dowodów były zatem prawidłowe.

Nie można podzielić zarzutów powoda, iż doszło do naruszenia prawa materialnego w postaci art. 415 i 416 k.c. Słuszne jest bowiem stanowisko sądu I instancji, że nie ma podstaw do przyjęcia dużego prawdopodobieństwa zakażenia w pozwanym szpitalu w K.. W takiej sytuacji nie można się uciec do konstrukcji dowodu prima facie, co wymaga właśnie wysokiego prawdopodobieństwa istnienia pierwszego i kolejnych zdarzeń sprawczych i pozwala w takich wypadkach na ograniczenie dowodzenia przy skorzystaniu z domniemań faktycznych. Jeśli bowiem uprawdopodobnione są inne przyczyny zakażenia, powód jest zobligowany – zgodnie z rozkładem ciężaru dowodu, także w wypadku tzw. winy anonimowej – do wykazania zaistnienia wszystkich elementów odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym czynu niedozwolonego i związku przyczynowego między szkodą a tym czynem (podobnie SN w uzasadnieniu wyroku z 13 maja 2005 r., I CK 662/04, także w wyroku z 23 marca 2007 r., V CSK 477/06). Jak słusznie zaznacza sąd, powód nie wykazał zaistnienia tych dwu przesłanek (czyn niedozwolony i związek przyczynowy), nawet przy uwzględnieniu faktu, iż jest to sprawa medyczna, w której nie wymaga się całkowitej pewności istnienia związku przyczynowego, lecz wspomnianego wyżej wysokiego prawdopodobieństwa. Istotne jest przy tym, że powód nie wskazał na żadne zaniedbania po stronie pozwanego szpitala w zakresie bezpieczeństwa sanitarnego a postepowanie dowodowe nie dało podstaw, by o takich zaniedbaniach mówić. Formalne kryterium zakażenia szpitalnego, na które zwracał uwagę biegły W. W., nie jest w tym wypadku wystarczające, by przyjąć wysokie prawdopodobieństwo zakażenia u pozwanego.

Co do zarzutu naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. zauważyć należy przede wszystkim, że wbrew stanowisku apelującego naruszenie tego przepisu nie może mieć wpływu na treść wyroku, bowiem uzasadnienie jest sporządzane już po wydaniu orzeczenia i stanowi jedynie przeniesienie na papier motywów, które wcześniej zdecydowały o treści wyroku. Treść tego zarzutu wskazuje, że apelującemu chodzi w istocie o błędne ustalenia faktyczne w zakresie okoliczności decyzji o przewiezieniu do K. i operowania powoda w tamtejszym szpitalu. Zarzut ten rozważono już powyżej. Co do samego zaś uzasadnienia, jest ono prawidłowo skonstruowane, zawiera wszystkie wymagane przepisami elementy

a zawarta w nim treść w pełni umożliwia kontrolę instancyjną. Zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c. jest zatem bezzasadny.

Z tych względów apelacja uległa oddaleniu na podstawie art. 385 k.p.c. O kosztach postepowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c.

SSO (del.) Barbara Baran SSA Krzysztof Sobierajski SSA Sławomir Jamróg