

Prof. dr Jakov RADIŠIĆ\*

## Odgovornost zbog štete nanete pacijentu infekcijama – lagodan pogled u praksu nemačkih sudova

UDK: 369.06:614.253(430)  
Dostavljen: 3. 10. 2014.  
Prihvaćen: 24. 10. 2014.  
Pregledni naučni rad

### Apstrakt

O stručnim greškama lekara u javnosti se često govori i piše u literaturi, dok se o infekcijama u zdravstvenim ustanovama i u lekarskim ordinacijama, koje su posledica nedovoljne higijene, gotovo ćuti. Ovaj rad podstaknut je željom autora da se to ćutanje prekine jer se radi o jednom velikom riziku za čovekovo zdravlje koji se često realizuje. Rad o kome je ovde reč sastoji se iz četiri odeljka i zaključka. Prvi odeljak odnosi se na pojam, rasprostranjenost i značaj infekcije. Drugi odeljak tiče se odgovornosti zbog štete od infekcije. U njemu sledi izlaganje o tome da li ova odgovornost treba da zavisi od krivice ili da bude objektivna? Pošto infekcije izazivaju mikroorganizmi, postavilo se pitanje da li za nju mogu da važe pravila o odgovornosti za štetu od životinja? Vladajuće gledište odbacilo je tu mogućnost i prihvatilo isključivo odgovornost po osnovu krivice. Ali pošto je krivica u njenom uobičajenom značenju bila uska i nedovoljna za štetu od infekcija, prihvaćena je i krivica u organizaciji, koja predstavlja širi okvir. Treći odeljak rada posvećen je dokazivanju uslova odgovornosti za štetu od infekcije, tj. greške u higijeni i njene uzročne veze sa pacijentovom štetom. Tu su izložene dokazne teškoće pred kojima se nalazi pacijent kao tužilac i kojim sredstvima se služe nemački sudovi da bi olakšali procesnopravni položaj pacijenta i pomogli mu da svoje pravo na obeštećenje ostvari.

Četvrti odeljak ovog rada sadži tri odabrana slučaja infekcije iz prakse nemačkih sudova. Dva od tri izložena slučaja rešio je svojim presudama Savezni vrhovni sud Nemačke. Jedna njegova presuda potiče iz 1991., a druga iz 2007. godine, i one sadrže najvažnija pravna pravila za parnice zbog infekcija koja su sada postala i sastavni deo nemačkog Građanskog zakonika. Presudom iz 2007. ovaj sud je konkretizovao i dopunio svoju praksu koju je iskazao u ranijoj presudi, pa tako i proširio mogućnost odgovornosti zbog infekcija. Ali, da se parnice ove vrste odvijaju i dalje uz velike teškoće, koje

ni dokazne olakšice pacijentove nisu mogle mnogo da ublaže, o tome svedoči treći izloženi slučaj što ga je rešio Vrhovni zemaljski sud u Naumburgu.

*Ključne reči:* infekcije, greške u higijeni, pacijentova prava, odgovornost lekara zbog infekcije, dokazivanje uslova odgovornosti

### 1. POJAM, RASPROSTRANJENOST I ZNAČAJ INFEKCIJE

#### 1.1. Pojam i vrste infekcije

Infekcija ili zaraza podrazumeva prisustvo i razvoj mikroba u organizmu, tj. bakterija, virusa, gljivica i parazita (Rothenberg, 1976, 1499). Isto to samo malo drukčije: infekcija označava prodiranje patoloških klica u tkivo organizma usled čega nastaje oštećenje tkiva, obično praćeno reaktivnim pojavama (Medicinski leksikon za lekare i studente, 1957), dok se u nekim medicinskim rečnicima i enciklopedijama infekcija označava jednostavno kao borba između makro i mikroorganizama (Deutsch, 1986, 757).

U medicinskoj literaturi razlikuju se sledeće vrste infekcija: lokalna ili žarišna, koja je ograničena na određeno tkivo, odakle se mikroorganizmi mogu krvotokom širiti kroz čitavo telo; konkurentna infekcija, kad se dve različite infekcije dešavaju u isto vreme u istoj osobi; mešana infekcija, u kojoj je prisutno dve ili više bakterija; sekundarna infekcija, koja se nakalemila na već postojeću, raniju infekciju; unakrsna infekcija, što je nastala u bolnici kao rezultat prenošenja bolesti sa jednog pacijenta na drugog; vazдушna ili kapljična infekcija, koja se širi putem kašlja ili kihanja (Rothenberg, 1976, 1499). Predmet infekcije može biti svako živo biće, tj. čovek, životinja i biljka. Infekcija može pogoditi ne samo rođenog čoveka, nego i plod u utrobi majke, odnosno in vitro, a zbog mogućnosti docnijeg škođenja i još nezačetog, budućeg čoveka, tzv. nondum conceptus-a (Deutsch, 1986, 757).

\* Univerzitet u Kragujevcu, Pravni fakultet.

## 1.2. Rasprostranjenost

Po pravilu, infekcije pacijenata nastaju kao posledica higijenskih nedostataka u zdravstvenim ustanovama i u lekarskim ordinacijama, ali i u samih medicinskih poslenika. Uprkos propisima koji im nalažu preduzimanje određenih higijenskih mera radi zaštite od mikroorganizama, infekcije u zdravstvenim ustanovama veoma su rasprostranjene. Podaci Nemačkog društva za bolničku higijenu iz 2003. godine o tome deluju zastrašujuće. Prema tim podacima, 600.000 do 800.000 pacijenata razbolili se godišnje u nemačkim bolnicama od infekcija, kao što su zapaljenje pluća, infekcija mokraćnih kanala, trovanje krvi, upala trbušne maramice itd., a od toga umre oko 20.000 do 40.000 (Ehlers, Brogli, 2005, 10). Svega jedan deo tih infekcija biće da se svodi na skrivljeno postupanje samih bolnica (na primer, klima uređaji u prostorijama za operacije) ili na krivicu lica koja su u njima zaposlena. Velike navedene cifre pokazuju, međutim, da statističke podatke o učestalosti grešaka u higijeni treba kritički ocenjivati (Ehlers, Brogli, 2005, 10). U cilju poboljšanja higijenskih uslova u bolnicama, Savezna vlada Nemačke predložila je 2011. godine izmenu Zakona o zaštiti od infekcija. U obrazloženju tog predloga ona se poziva na novije podatke od 400.000 do 600.000 zaraženih pacijenata godišnje i 7.500 do 15.000 smrtnih slučajeva.<sup>1</sup> Ako je verovati nekim procenama od pre više godina, u SAD je godišnje umiralo 80.000 pacijenata od infekcija zadobijenih u bolnicama (Honsell, 1990, 137).

Kad se ovo dešava u dvema razvijenim i bogatim državama, u kojima je medicinska služba na visokom nivou, onda se valja zapitati kakva je tek situacija u siromašnim zemljama, u kojima je i medicinska služba znatno slabija. Tu pravo stanje stvari sa infekcijama ostaje nevidljivo jer nedostaju odgovarajući statistički podaci, kao i stručna ocena. Uz sve to, u Srbiji su i sudski sporovi između pacijenata i lekara, odnosno zdravstvenih ustanova relativno retki, pa stoga ni oni ne mogu da ukažu na stanje stvari u ovoj oblasti, kao ni na druge vrste lekarskih grešaka.

## 1.3. Značaj

Poseban značaj imaju ona infektivna oboljenja koja se mogu preneti sa čoveka na čoveka. Dešava se, naime, da pacijent koji pati od neke zarazne bolesti inficira njome drugog pacijenta u bolnici, ili nekog trećeg izvan bolnice. Tada je reč o primarnoj i sekundarnoj zarazi. Ali, najveći praktični značaj ima mogućnost međusobnih zaraza zdravstvenih radnika i pacijenata. Zato i naš Za-

kon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti naređuje obavezan zdravstveni pregled „zaposlenih na poslovima zdravstvenih pregleda, lečenja i nege bolesnika, i poslovima održavanja higijene u zdravstvenim ustanovama i u drugim oblicima obavljanja zdravstvene delatnosti, i to na odeljenjima sa povećanim rizikom zaraze” (Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, 2004, čl. 24, st. 1, tač. 3).

Da je takav pregled zaista potreban i pravno relevantan pokazuju veoma uverljivo dva slučaja iz prakse nemačkih sudova. Prvi slučaj tiče se stomatologa koji je nekoliko svojih pacijenata zarazio hepatitisom B. Posebna opasnost zaraze bila je uslovljena time što je on imao stalno „ispucane ruke”, a radio je sa pacijentima bez zaštitnih rukavica. Pošto je infekcija hepatitisom B dolazila preko izliva iz kožnih ozleđa na rukama, opasnost od zaraze bila je osobito velika. Na njegovu sreću, samo jedna pacijentkinja podnela je protiv njega tužbu i zahtevala naknadu štete zbog telesne povrede. Vrhovni zemaljski sud u Köln-u prihvatio je tužbeni zahtev i u obrazloženju svoje odluke rekao: „Svaki stomatolog mora znati da se on sam može inficirati ako pacijenta leči sa kožnim povredama na rukama, i da potom može svoju infekciju preneti na pacijenta. Iz tog osnovnog znanja sleduje da stomatolog koji ima kožne povrede na rukama ne sme raditi bez zaštitnih rukavica. To je tuženi morao znati, i nije mu za to bilo potrebno upozorenje zdravstvenog inspektora.”<sup>2</sup> U drugom slučaju reč je o profesoru medicinskog fakulteta, koji je radio na klinici za torakalnu hirurgiju i operisao je godišnje po više stotina pacijenata. Međutim, za sve vreme svoje hirurške aktivnosti nije se podvrgavao zdravstvenoj kontroli, pa stoga nije ni znao da je inficiran hepatitisom B. Pošto je bolest postala hronična, od njega je poticala vrlo velika opasnost od infekcije. U krivičnom postupku koji je vođen protiv njega utvrđeno je da je od 27. 5. 1994. do 6. 11. 1998. inficirao 12 svojih pacijenata prilikom operacije srca. Zemaljski sud u Aachen-u osudio ga je zbog krivičnog dela nehatne telesne povrede, a tu presudu potvrdio je i Savezni vrhovni sud Nemačke (u daljem tekstu: BGH). Ovaj sud drži da se okrivljenom ne prebacuje greška u operacijama koje je obavljao, nego mu se zamera što nije svake godine kontrolisao svoje zdravlje i spoznao da je bio nosilac opasnog virusa. Ipak, BGH smatra da težište ponašanja koje je relevantno sa stanovišta krivičnog prava treba videti u preduzimanju srčanih operacija, jer su one vodile ka infekciji pacijenata. Uzrok infekcija ne nalazi se u pasivnim, nego u aktivnim radnjama okrivljenog.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Presuda Vrhovnog zemaljskog suda u Köln-u od 17. 12. 1984. (*Medizinrecht*, 1986, 9, 200-201).

<sup>3</sup> Presuda BGH od 14. 3. 2003. (*Medizinrecht*, 2003, 8, 457-459).

<sup>1</sup> Podaci navedeni uz objavljenu presudu Vrhovnog zemaljskog suda u Naumburgu od 12. 6. 2012. (*Medizinrecht*, 2013, 5, 302).

## 2. ODGOVORNOST ZBOG INFEKCIJE

### 2.1. Opšti pogled

Izazivanje ili nesprečavanje infekcije spada u tzv. prateće lekarske greške (Deutsch, Spickoff, 2008, 133). Zaraza čoveka mikroorganizmima predstavlja povredu i oštećenje zdravlja, što može dovesti i do gubitka života. Tako se u sudskoj praksi infekcije tuberkulozom, tifusom, šarlahom, antraksom, rozaceom, *staphylococcusom*, sifilisom ili triperom tretiraju kao telesne povrede (Deutsch, 1986, 757). Stoga je normalno da infekcija povlači odgovornost onih čijom je greškom nastala. Takva odgovornost utvrđena je i našim Krivičnim zakonikom, najpre zbog prenošenja zarazne bolesti (Krivični zakonik, 2005, čl. 249), a potom i zbog nesavesnog pružanja lekarske pomoći (Krivični zakonik, 2005, čl. 251). Prekršajna odgovornost propisana je već navedenim Zakonom o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, i ona obuhvata sva pravna i fizička lica što organizuju zdravstvenu delatnost, pa i same zdravstvene radnike. Pošto pacijenti pogođeni infekcijom trpe štetu, prema njima dolazi u obzir i građanska odgovornost. S tim u vezi postavljaju se najmanje dva teorijska i praktična pitanja. Na prvom mestu stoji pitanje šta je osnov odgovornosti za štetu izazvanu infekcijom: krivica ili opasna delatnost, a na drugom: ko snosi teret dokazivanja uslova odgovornosti? Naša sudska praksa i pravna teorija mali su oslonac za odgovor na ova pitanja. Zato se valja okrenuti tuđim izvorima saznanja, a naročito praksi nemačkih viših sudova, njihovim građanskim većima, čiji su se članovi specijalizirali za sporove iz oblasti medicinskog prava. I teorijska izlaganja nemačkih pravnika o ovoj problematici svode se, uglavnom, na prepričavanje stavova njihovih sudova. Poverenje u sudove veoma je veliko, jer su oni, više od jednog stoleća, svojim pravnim stavovima stvorili tzv. „sudijsko pravo“, koje je tek početkom 2013. godine uneseno i u Građanski zakonik (u daljem tekstu: BGB), i to bez ikakvih promena.<sup>4</sup>

### 2.2 Odgovornost bez obzira na krivicu

Naš Zakon o obligacionim odnosima odgovornost bez obzira na krivicu vezuje za „opasne stvari“ i „opasne delatnosti“ (Zakon o obligacionim odnosima, 1978, čl. 173 i 177, st. 1), ali ih ne definiše, nego to prepušta oceni suda u svakom konkretnom slučaju. Što se tiče medicinske delatnosti, zasad je poznata samo jedna

kategorija lica koja ima pravo na obeštećenje po pravilima o objektivnoj odgovornosti, a to je pacijent koji učestvuje u medicinskom ogledu. Tako u Zakonu o pravima pacijenata (Zakon o pravima pacijenata, 2013, čl. 25, st. 7) stoji: „Pacijent, koji zbog medicinskog istraživanja pretrpi štetu na svom telu ili zdravlju, ima pravo na naknadu štete u skladu sa zakonom, bez obzira na krivicu“.

Međutim, po nemačkom, austrijskom i švajcarskom pravu, odgovornosti nezavisno od krivice ima mesta samo u onim slučajevima koji su određeni specijalnim zakonom (princip enumeracije). BGB poznaje samo jedan takav slučaj utvrđen u § 833: odgovornost držaoca životinje, ali, pritom pravi razlika između životinja koje služe za zabavu i životinja što služe u privredne svrhe. Za prve važi režim odgovornosti nezavisno od krivice, tj. zbog ugrožavanja, a za druge odgovornost po osnovu krivice koja se relativno pretpostavlja (Larenz, 1981, 646).

Ali, § 833 BGB ne sadrži vlastitu definiciju „životinje“, pa se zato nametnulo pitanje mogu li se pod taj pojam podvesti i mikroorganizmi? Odgovor na ovo pitanje bio je pretežno negativan. Rečeno je da nedostatak definicije pojma „životinje“ u § 833 BGB upućuje na njegovu uobičajenu govornu upotrebu. To znači da pojam „životinje“ podrazumeva svako živo biće koje nije ni čovek ni biljka (Medicus, 2004, 419). Tako široko područje primene § 833 BGB nije, međutim, izgledalo dopustivo za sasvim male životinje, kao što su na primer, gamad i mikroorganizmi. Ipak, vladajuće shvatanje dopušta mogućnost primene navedenog propisa na gamad, ali ne dopušta na mikroorganizme (Medicus, 2004, 419). „Onaj što odgaja bacile kojima neko biva inficiran ne odgovara kao držalac životinje, nego samo zbog krivice, kao i u slučaju škodljivih supstanci, na primer, kada se radi o otrovu. U prilog tome govori i doslovni tekst BGB, jer za onog ko je umro od kolere ili tuberkuloze ne može se reći da ga je „ubila životinja“ (Enneccerus, Lehman, 1958, 1017). Primena objektivne odgovornosti neprihvatljiva je i za bolesnike od gripa koji, bez svoje krivice, inficiraju svoju okolinu. Jer držaocem, u smislu § 833 BGB, može se smatrati samo onaj ko životinju prihvati i drži dobrovoljno. Stoga bolesnik nije držalac bakterija ili virusa što se na njemu nalaze (Medicus, 2004, 420).

Međutim, mikroorganizmi koji se odgajaju u laboratorijama predstavljaju opasnost koja dopušta primenu pravila o objektivnoj odgovornosti držaoca životinje (Deutsch, 1986, 757; Medicus, 2004, 420). Ti mikroorganizmi mogu iznenada da pobegnu iz laboratorije i da izazovu infekciju u nekoga. Sem toga, oni se mogu preneti i putem vakcinacije i tu voditi ka šteti. Doduše, taj se rizik može izbeći tako što se vakcinacija sprovo-

<sup>4</sup> Opširnije o tome videti članak: Radišić, J. (2013). Građanska odgovornost zbog greške u lečenju i obaveštavanju pacijenta po nemačkom Zakonu o pravima pacijenata, *Evropska revija za pravo osiguranja*, 4, 9–21.

di mikrobima koji su oslabljeni i učinjeni neškodljivim (Deutsch, 1986, 757).

### 2.3. Odgovornost po osnovu krivice

Uobičajene infekcije zbog kojih nastaju sporovi tiču se, uglavnom, nenamernog prenošenja mikroorganizama sa čoveka na čoveka, sa životinje na životinju i sa životinje na čoveka (Deutsch, 1986, 757). To biva zato što lekar, odnosno zdravstvena ustanova zanemari potrebne higijenske mere u ordinaciji i u čekaonici, u prostorijama za operacije i u sobama za bolesnike (Giesen, 1995, 119). Drugim rečima, nije vršena potrebna dezinfekcija i deratizacija ili zarazni bolesnici nisu bili propisno izolovani. Ne samo izvesnost, nego čak i sumnja na zaraznu bolest treba da bude dovoljna za karantinske mere. Ako vlada spor o tome koje su mere opreznosti nužne za sprečavanje zaraze, smatra se da lekar treba da pokaže veću opreznost (Deutsch, 1987, 534). Kratko rečeno, odgovornost zbog infekcije je posledica nepridržavanja higijenskog standarda, i ona se temelji isključivo na krivici.

Međutim, u građanskom pravu krivica u obliku nepažnje ne zavisi od ličnih sposobnosti i znanja konkretnog lekara. Nije lični ukor, nego objektivna kategorija, jer se ceni prema objektivnom merilu za pažnju. BGB u § 276, st. 2, propisuje da nepažljivo postupa onaj ko zanemari obazrivost koja je u opštenju potrebna. Naročito se smatra da je lekar dužan da pokaže pažnju koja je objektivno potrebna, a ne samo uobičajenu pažnju. Ukorenjen javašluk, kao što je, na primer, nedovoljna dezinfekcija, ne može nikoga opravdati (Deutsch, Spickhoff, 2008, 127). Higijenski standard i potrebna pažnja međusobno korespondiraju, tj. odgovaraju jedno drugom. Stoga se zanemarivanje higijenskog standarda poima kao nepridržavanje potrebne pažnje, jer kada je reč o odgovornosti standard, imajući u vidu njegovu prilagodljivost, ne predstavlja ništa drugo nego potrebnu pažnju (Deutsch, 1997, 1032).

U teoriji je istaknuto da se na osnovu odgovornosti za krivicu odgovornom lekaru mogu, načelno, pripisati samo uzroci štete koji su objektivno predvidljivi, savladivi i prema tome izbežljivi. Pitanje savladivosti i izbežljivosti postavlja se naročito kod nastupanja infekcije čiji se uzroci u bolnicama često ne mogu dokučiti, jer nije isključeno da je pacijent došao u bolnicu već kao nosilac zaraze (Gross, 1987, 253). Međutim, te uslove veoma je teško dokazati, jer se infekcija odvija neopaženo. Rešenje je dobrim delom nađeno pomoću krivice u organizaciji, koja predstavlja širi osnov odgovornosti od obične krivice (Deutsch, 1986, 758; Honsell, 1994, 106). To je bilo moguće zato što za štete od infekcija i ostalih lekarskih grešaka odgovaraju, u prvom

redu, zdravstvene ustanove, odnosno njihovi vlasnici ili organi upravljanja. Ustanova odgovara ne samo za greške njenih radnika, nego i za vlastite propuste. Ova druga mogućnost označava se kao krivica u organizaciji (Kern, 2000, 347) i ona iziskuje izvesno objašnjenje.

Sveobuhvatno staranje o pacijentima u zdravstvenim ustanovama, a naročito u bolnicama, ostvaruje se putem saradnje lekara, osoblja za negu bolesnika i medicinsko-tehničkog osoblja. Nesmetano odvijanje te saradnje iziskuje visoke zahteve koji se tiču organizacije i stroge podele rada unutar bolnica i klinika. Za dobar rad tih ustanova nužna je, dakle, prikladna organizacija i rukovođenje nadređenih podređenima putem davanja potrebnih uputstava za rad i vršenjem nadzora. Odgovornosti nadređenih može biti mesta čak i kad podređeni nije kriv zbog svojeg objektivno pogrešnog postupka. Ali, i za jedne i za druge odgovara zdravstvena ustanova u kojoj oni rade. To je naročito važno u slučaju kad nije moguće utvrditi čijom je greškom pacijent inficiran ili ko je konkretno bio dužan da posao organizuje. Jer ustanova je u svakom slučaju odgovorna zbog propusta u organizaciji posla (Zwiehoff, 2004, 365). Ako vlasnik zdravstvene ustanove, odnosno direktor određene organizacione mere nije uopšte preduzeo ili su preduzete mere nedovoljne, tada dolazi u obzir odgovornost zbog vlastite krivice u organizaciji. Mogućnost oslobođenja od odgovornosti zbog te krivice praktično ne postoji, osim ako se izuzetno dokaže da bi se ista greška mogla dogoditi i pri propisanoj organizaciji (Kern, 2000, 351).

Krivici u organizaciji sudska praksa pridaje neobično veliki značaj o čemu očitog govore mnoge sudske odluke. Iako je, na primer, u vodećem stavu jedne presude Vrhovnog zemaljskog suda u Koblenzu, iz 1988. godine, rečeno da rad bolnice mora biti „tako organizovan da neposredno pre, posle i za vreme lečenja ugrožavanje pacijenata bude isključeno.”<sup>5</sup> Po tome bi se dalo zaključiti da se celokupan lekarski rad može shvatiti sa stanovišta krivice u organizaciji. Drugim rečima, za propuste ima mesta odgovornosti i kad ne postoji greška u lečenju u klasičnom smislu, što potvrđuje i jedna odluka BGH iz 1991. godine. Posle operacije pacijent je morao da upotrebi jedan medikament za zgrušavanje krvi od kojeg mu je pretio rizik infekcije hepatitisom. Pošto se taj rizik i ostvario, pacijent je izgubio radnu sposobnost i zahtevao je naknadu štete zbog pogrešnog lečenja, jer je kao alternativa bio drugi medikament sa manjim rizikom. Lekarev nalog za upotrebu preparata BGH nije vrednovao kao grešku u lečenju, verovatno zato što drugi medikament sa manjim rizikom nije bio na raspolaganju, nego je tu okolnost ocenio kao grešku u organizaciji (Kern, 2000, 351). „Krivica u organizaciji vlasnika bolnice može biti i u tome što medikament sa

<sup>5</sup> Navedeno prema: Kern, 2000, 351.

znatno manjim rizikom, blagovremeno pre operacije, nije stajao na raspolaganju.”<sup>6</sup>

Iz ovog se jasno vidi da zbog načina postupanja koji se ne može smatrati greškom u lečenju može se odgovarati sa stanovišta krivice u organizaciji. Na taj način povećavaju se zahtevi za onoga ko lečenje sprovodi i proširuje se odgovornost vlasnika, odnosno direktora bolnice. Građanska odgovornost zbog krivice u organizaciji ne pretpostavlja ličnu krivicu lekara, nego nedostatke u kvalitetu (Kern, 2000, 351). Time je učinjen jedan bitan korak ka odgovornosti koja ne zavisi od krivice. Sve u svemu, smatra se da povredu organizacionih dužnosti treba videti kao uspeli pokušaj sudske prakse da, bez intervencije zakonodavca, odgovornost zbog lekarskih grešaka veže za vlasnika bolnice (Kern, 2000, 351).

### 3. DOKAZIVANJE

I kod odgovornosti zbog štete od infekcije pacijent, po pravilu, mora da dokaže činjenice koje opravdavaju njegovo pravo na obeštećenje. U prvom redu, to se odnosi na grešku u higijeni i na njenu uzročnu vezu sa štetom.

#### 3.1. Dokazivanje greške u higijeni

##### 3.3.1. Pojam greške u higijeni

Rizik od infekcije u zdravstvenim ustanovama u kojima se okuplja veći broj ljudi vrlo je veliki i ne da se uvek izbeći ni uz primenu odgovarajućih higijenskih mera. Ali bez obzira na to, ustanove su po zakonu dužne da te mere preduzimaju i da ispune važeći higijenski standard, naročito prilikom pripreme i sprovođenja lečenja. Već je pomenuto da to podrazumeva kontrolu zdravlja svih zaposlenih u zdravstvu, vršenje dezinfekcije i deratizacije i izolaciju zaraznih pacijenata. Nepreduzimanje tih radnji u meri koju važeći standard iziskuje predstavlja grešku u higijeni. Nemačka sudska praksa je pokazala da se kao greške u higijeni mogu smatrati: davanje injekcije bez prethodne dezinfekcije ruku; nedovoljna sterilizacija katetera za srce; propuštanje lečenja antibioticima; nečekanje da prođu 30 sekundi posle dezinfekcije mesta uboda igle na špricu za injekcije; propuštanje da se prikupi određeni nalaz u slučaju kad postoji sumnja da je trudnica zaražena rubeolama.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Presuda BGH od 11.12.1990. (*Neue Juristische Wochenschrift*, 24, 1991, 1543).

<sup>7</sup> Navedeno prema: Deutsch, Spickoff, 2008, 337.

##### 3.3.2. Korišćenje dokazne figure „potpuno savladivog rizika”

Jedva da je i potrebno reći koliko je pacijentu teško da izloži i dokaže lekarsku grešku uopšte, a posebno grešku u higijeni. Stoga su nemački sudovi za parnice protiv lekara i zdravstvenih ustanova utvrdili posebna pravila o podeli tereta dokazivanja, koja idu na ruku pacijentu. Ta su pravila nedavno uneta i u BGB. Opšte pravilo, po kome bi pacijent morao da dokaže da je lekar prekršio svoju obavezu, izuzetno ne važi kad su u pitanju tzv. „potpuno savladivi rizici”, u koje se ubrajaju i nedostaci u oblasti higijene. Za ugovornu odgovornost to je predviđeno u § 630h, st. 1 BGB. Reč je o rizicima koje lekari mogu i moraju potpuno da isključe, jer oni ne potiču iz suštinskog područja lekarskog rada na koje utiče nemerljivost živog čovekovog organizma.<sup>8</sup> Ako se ostvari neki takav rizik koji je, organizacionim merama i koordiniranjem procesa lečenja, odvojen od svojstava čovečijeg organizma, i kojim se objektivno može potpuno vladati, tada strana koja je sprovela lečenje mora izložiti i dokazati da je postupila sa pažnjom koja je potrebna da se realizacija rizika izbegne, i da prema tome nije načinila grešku (BT-Dr 17/10488, 28). Prosto rečeno, radi se o pretpostavljenoj lekarskoj grešci koja se može osporavati. U oblasti higijene, dokaznu figuru o „potpuno savladivom riziku” nemački sudovi primenjuju vrlo oprezno, jer činjenicu da je infekcija proistekla iz područja kojim se higijenski može potpuno vladati pacijent, po pravilu, ne može ni da dokaže (Walter, 2013, 297). To potvrđuje i presuda Vrhovnog zemaljskog suda u Naumburgu, objavljena u ovom broju Evropske revije za pravo osiguranja, str. 32.

##### 3.3.3. Dokaz na prvi izgled (*prima facie*)

Dokazne olakšice u korist pacijenta mogu se temeljiti i na načelima dokaza na prvi izgled (*prima facie*), ako prema životnom iskustvu pacijentovo oštećenje ukazuje tipično na grešku u lečenju (Steffen, Pauge, 2006, 225). Radi se o zaključivanju na osnovu tipičnog razvoja događaja koje se uvek ponovo dešava, pa je verovatno da se desilo i u konkretnom spornom slučaju (Deutsch, Spickoff, 2008, 324). Na primer: ako pacijent smešten u bolnicu zajedno sa drugim pacijentom, koji je bolovao od šarlaha ili tuberkuloze, i sam se razboli od iste bolesti, tada prema prvom izgledu može se reći da njegov smeštaj predstavlja grešku u higijeni (Giesen, 1995, 356). Dokaz na prvi izgled ne dovodi do premeštanja tereta dokazivanja, nego samo olakšava pacijentu taj

<sup>8</sup> Obrazloženje Vladinog nacrta zakona o pravima pacijenata u dokumentu pod naslovom: *Drucksachen des Deutschen Bundestag* (u daljem tekstu: BT-Dr 17/10488, 28).

teret. Lekar može da poljulja tipičnost koja govori u prilog pacijentove tvrdnje, tako što će dokazati da je atipičan tok bio moguć (Deutsch, Spickoff, 2008, 324). Pošto dokazivanje zaraze preko jednog određenog lica ili njeno sprečavanje mnogo puta nije moguće, sudovi često pribegavaju dokazu na prvi izgled, ali većinom bez uspeha (Steffen, Pauge, 2006, 225-228).

### 3.3.4. Praznine u dokumentaciji

Da bi dokazao lekarevu grešku u lečenju, pacijentu je, po pravilu, potrebna i medicinska dokumentacija koja se na njega odnosi. Ako takve dokumentacije nema ili je nepotpuna, tada je pacijentova teškoća dokazivanja osobito velika. Ali se i ta teškoća može ublažiti pomoću pravila koje je razvila nemačka sudska praksa. To pravilo nalazi se u § 630h, st. 3 BGB, i ono glasi: „Ako lekar medicinski potrebnu meru i njen rezultat... nije ubeležio u pacijentovu dokumentaciju ili ako pacijentova dokumenta...nije sačuvao, pretpostavlja se da on te mere nije ni preduzeo.” Ova pretpostavka odnosi se samo na greške u lečenju, a ne i na njenu uzročnu vezu sa nastalom štetom po zdravlje. Međutim, rutinske mere i ono što se samo po sebi razume ne treba, načelno, ni upisivati u dokumentaciju, pa s toga i brojne higijenske mere ne moraju se beležiti (Walter, 2013, 295).

Već je rečeno da dokazne olakšice u korist pacijenta nemački sudovi primenjuju vrlo oprezno. „Premeštanje tereta dokazivanja u slučaju tvrdnje da postoje higijenski nedostaci u bolnici koristi tužiocu samo ako se utvrdi da nastala infekcija potiče iz područja koje je higijenski potpuno savladivo. Zahtevima koji se tiču izlaganja o tome treba još dodati i tražiti postojanje konkretne tačke oslonca za nedostatak u higijeni.”<sup>9</sup> „Nastupanje apscesa u vremenskoj vezi sa ubrizgavanjem injekcije ne zasniva dokaz na prvi izgled da nije održan higijenski standard.”<sup>10</sup>

## 3.2. Dokazivanje uzročne veze

### 3.2.1. Gruba greška u lečenju

U parnici protiv lekara i zdravstvenih ustanova pacijentu je naročito teško da dokaže adekvatnu uzročnu vezu između greške u obliku povrede higijenskog standarda i nastalog oštećenja svog zdravlja jer se mikrobiološka događanja odvijaju neopaženo i na različite načine. Infekcije se mogu ispoljiti u vezi

<sup>9</sup> Odluka Vrhovnog zemaljskog suda u Köln-u 10. 10. 2012. (*Medizinrecht*, 2013, 7, 444-446).

<sup>10</sup> Odluka Vrhovnog zemaljskog suda u Köln-u 26. 6. 2013. (*Versicherungsrecht*, 2014, 15, 633).

sa medicinskim tretmanom a da nije ni postojala mogućnost njihovog sprečavanja. S obzirom na ovo složeno stanje stvari, sudska praksa je zauzela oprezan kurs (Deutsch, Spickoff, 2008, 325). S druge strane, dokazne olakšice u korist pacijenta koriste se i za utvrđivanje uzročne veze. Najvažnija olakšica za dokazivanje uzročne veze tiče se grube greške u lečenju, odnosno u higijeni. Pravilo o tome nalazi se u § 630h, st. 5, rečenica prva BGB. Prema pomenutom pravilu, ako se utvrdi da postoji gruba greška u lečenju koja je podesna da izazove povredu života, tela ili zdravlja one vrste koja je već stvarno nastala, pretpostavlja se da je ona bila uzrok za tu povredu. Reč je, u stvari, o premeštanju tereta dokazivanja uzročne veze sa pacijenta na lekara, odnosno zdravstvenu ustanovu. Kao što područje „potpuno savladivog rizika” olakšava dokazivanje greške u higijeni, tako i gruba greška u higijeni olakšava dokazivanje uzročne veze između nje i štete po zdravlje pacijenta. Nesigurnost da li je šteta stvarno izazvana grubom greškom ili nekim drugim uzrokom, pada na teret strane koja je obavila lečenje. Lekar mora da dokaže da bi šteta nastala i pri besprekornom tretmanu ako želi da se oslobodi odgovornosti (Deutsch, Spickoff, 2008, 146). Premeštanju tereta dokazivanja nema mesta samo ako lekar dokaže da je svaka uzročna veza što zasniva odgovornost sasvim neverovatna (Walter, 2013, 297).

Treba imati u vidu činjenicu da ocenu greške u higijeni kao grube vrše sudovi, i oni relativno često pribegavaju takvoj oceni. „Ako posle injekcije dođe do apscesa usled šprica i ako se utvrdi da u lekarskoj ordinaciji postoje upadljivi higijenski nedostaci, lekar mora dokazati da bi šteta nastala i pri vođenju računa o merodavnim pravilima higijene.”<sup>11</sup> Pored toga, davanje pacijentu periartikularne injekcije od strane lekara koji je pritom imao na sebi ličnu odeću, sud je, takođe, ocenio kao grubu grešku u higijeni. „Prilikom davanja ove injekcije lekar mora imati odelo iz kojeg ne potiče opasnost od infekcije, kao što može biti slučaj sa ličnom odećom. Prema mišljenju sudskih veštaka, u takvim prilikama mora se obavezno nositi lekarska bela uniforma, kao mera zaštite od spoljašnje infekcije. Nepostupanje na taj način predstavlja lakomisleno ponašanje tuženog, grubu lekarsku grešku u lečenju.”<sup>12</sup> Isto tako, grubu grešku čini i lekar koji pre davanja injekcije nije dezinfikovao potpuno svoje ruke.<sup>13</sup> Najposle, evo još jednog primera koji je ranije naveden, ali iz drugih razloga: Prilikom noćne posete

<sup>11</sup> Odluka Vrhovnog zemaljskog suda Koblenzu od 22. 6. 2006. (*Medizinrecht*, 2006, 11, 857-860).

<sup>12</sup> Presuda Vrhovnog zemaljskog suda u Karlsruhe-u od 17. 8. 1988. (*Versicherungsrecht*, 1989, 6, 195-196).

<sup>13</sup> Odluka Vrhovnog zemaljskog suda u Düsseldorf-u od 4. 6. 1987 (Laufs, Uhlenbruck, 2002, 1522).

bolesniku lekar je izvukao špric za injekciju, pokrio ga samo smotuljkom vate i ostavio da leži na stolu bolesnikove sobe, pa je ubrizgavanje izvršio tek sledećeg dana. BGH je ocenio to kao grubo kršenje pravila higijene i zato je tražio od lekara dokaz da se smrt pacijenta nije svodila na njegovu grešku.<sup>14</sup>

### 3.2.2. Dokaz na prvi izgled (*prima facie*)

Dešava se da dokazivanje infekcije preko određenog lica ili njeno sprečavanje higijenskim merama pomoću prirodnih nauka ne bude moguće. Stoga sudska praksa relativno često pribegava dokazivanju uzročne veze na prvi izgled (Deutsch, 1987, 535). Tipičan je za to ranije navedeni slučaj stomatologa koji je patio od hepatitsa B i bio infektivan u smislu trajnog izlučioca. Vrhovni zemaljski sud u Köln-u zaključio je da je on, na prvi izgled, uzrokovao isto oboljenje kod više svojih pacijenata. Kao klasičan slučaj smatra se boravak u bolnici, u istoj sobi, sa zaraženim pacijentom. Tako je bivši Reichsgericht dva puta stao na stanovište da boravak u istoj bolesničkoj sobi sa pacijentom koji je patio od zarazne bolesti predstavlja dokaz, na prvi izgled, da se drugi pacijent zarazio tamo, ako su se i u njega ubrzo razvili isti simptomi (Deutsch, 1987, 759).

Međutim, zaključak stečen na prvi izgled može biti poljuljan dokazom da postoje okolnosti koje dopuštaju da je moguć atipičan tok. Kao drugačija mogućnost razvoja smatra se, pre svega, zaraza na drugi način, na primer, izvan bolnice ili lečenjem koje je sproveo drugi lekar. Tako je BGH odbio tužbu pacijenta kod koga se posle boravka u bolnici razvila tuberkuloza kostiju. Pacijent je, doduše, bio u bolnici zajedno sa jednim drugim bolesnikom koji je patio od otvorene tuberkuloze. Ali, ono što se otkriva na prvi izgled bilo je obesnaženo mogućnošću da se pacijent zarazi tuberkulozom još pre prijema u bolnicu.<sup>15</sup> Bitan je intenzivan ili duži kontakt sa trajnim izlučiocem mikroorganizama (Deutsch, Spickoff, 2008, 325).

## 4. SLUČAJEVI IZ PRAKSE NEMAČKIH SUDOVA

### 4.1. Prvi slučaj

#### 4.1.1. Činjenično stanje

U bolnici crkvene opštine, na dan 1. 9. 1986. godine, nad pacijentkinjom je obavljeno tzv. operativno učvršćivanje pokretnih bubrega. Operaciju su izvršili načelnik urološkog odeljenja bolnice i njegov zamenik.

Međutim, prvog narednog dana u pacijentkinje se pojavila groznica i razvila teška infekcija operacione rane, na koju se potom nadovezala i pukotina ožiljka. Stoga je ona sledećih trinaest dana morala ležati na odeljenju za intenzivnu medicinsku negu. Potom je otpuštena iz bolnice i upućena na ambulantno lečenje kućnog lekara. Na dan 2. 6. 1987. godine i ponovo u oktobru 1988, u jednoj drugoj bolnici, činjeni su pokušaji da se pukotina njenog ožiljka zatvori ali je uspeh izostao, zbog čega ona i dalje pati. Budući nezadovoljna rezultatom lečenja, pacijentkinja podnosi tužbu protiv vlasnika bolnice (pod 1), načelnika urološkog odeljenja (pod 2) i njegovog zamenika (pod 3), kojom traži naknadu nematerijalne i materijalne štete. U tužbi je navela da su njene zdravstvene komplikacije nastale zbog lekarske greške pri operaciji od 1. 9. 1986. godine, potom zbog infekcije operacione rane, kao i zbog nedovoljne higijene u prostoriji za operacije i u bolesničkoj sobi. Sem toga, pacijentkinja zamera tuženim što pre operacije nije bila obaveštena o riziku od infekcije operacione rane.

Prvostepeni sud je tužbu odbio, a njegovu odluku povodom žalbe potvrdio je i Vrhovni zemaljski sud u Köln-u. BGH nije prihvatio reviziju tužilje u delu koji je bio uperen protiv drugotuženog i trećetuženog, a ni revizija protiv prvotuženog nije imala uspeha.

#### 4.1.2. Iz obrazloženja

Drugostepeni sud zauzeo je stanovište da se u ovom slučaju ne daje utvrditi greška u lečenju koja bi mogla biti uzrokom infekcije operacione rane. On je, isto tako, smatrao da se ne daje utvrditi ni da je stanje higijene u prostoriji za operacije i u bolesničkoj sobi bilo nedovoljno. Veštaci angažovani u ovom pravnom sporu jednodušnog su mišljenja da infekcija operacione rane nije bila izazvana bolničkim mikroorganizmima, nego klicama sa čoveka za vreme operacije. Ali se ni ova mogućnost ne daje, takođe, uvek izbeći ni uz sveskoliku higijensku pažnju. Ne može se, isto tako poći od ocene da infekcija nije bila blagovremeno otkrivena i suzbijana. Naposletku, drugostepeni sud je smatrao da obaveštenje o riziku od infekcije rane nije bilo potrebno, jer se radilo o opštepoznatom riziku koji je skopčan sa operacijom.

BGH nalazi da presuda drugostepenog suda, u krajnjoj liniji, odoleva reviziji. Toj presudi ne može se zameriti što ne priznaje postojanje greške u tehnici operacije i njene uzročne veze sa štetom, niti greške u lečenju posle nastale infekcije rane i u propuštenom obaveštenju. Sa tog stanovišta, isključena je odgovornost i prvotuženog (u daljem tekstu: tuženi). Što se tiče greške u lečenju, o tome su i veštaci rekli svoj negativan sud. A obaveštenje o riziku od infekcije rane nije bilo

<sup>14</sup> Navedeno prema: Deutsch, 1987, 535.

<sup>15</sup> Navedeno prema: Deutsch, 1986, 759.

potrebno zato što sa tim rizikom kod date vrste operacije nije trebalo računati, jer ne spada u specifične rizike svojstvene zahvatu. Drugostepenom sudu ne može se, takođe, zameriti što ne nalazi sigurnu tačku oslonca za tužiljinu tvrdnju da prostorija za operacije nije ispunjavala potrebne higijenske uslove niti da se infekcija rane svodi na nehigijensko stanje u bolesničkoj sobi. I u tom pogledu napadnuta presuda ne počiva na pogrešnoj pravnoj oceni rezultata dokazivanja.

Revizija, ipak, s pravom prigovara drugostepenom sudu što se nije dovoljno bavio dvaput izloženom ocenom veštaka da se infekcija rane verovatno svodi na slučajno zagađenje klicama sa čoveka za vreme operacije. Po mišljenju veštaka, „usta i nos” operatora jesu „najveći izvori opasnosti”; „najverovatnije” će biti da su u ovom slučaju mikrobi preneti na pacijentkinju preko organa za disanje.

Shodno jednom opštem načelu, ako se u toku dokaznog postupka pokažu izvesne okolnosti što podupiru pravnu poziciju jedne stranke, ona može da ih koristi kao dodatnu pomoć svom tužbenom zahtevu i bez izričite izjave u tužbi. U parnici protiv lekara mišljenja veštaka mogla bi da koriste oštećenom pacijentu. Utoliko pre što on kao laik nije u stanju da sagleda medicinska zbivanja i njihove međusobne veze, pa je stoga, u izvesnoj meri, upućen na to da se stanje stvari pročisti pribavljanjem veštakovih stručnih mišljenja. A veštaci su već rekli da je mikrob mogao dospeti u operacionu ranu od ma kojeg člana operativnog tima. To bi moglo važiti kao dodatna pomoć koju je tužilja prihvatila. Zato je bilo za očekivati da drugostepeni sud ispita da li su i koliko ponovljena izlaganja veštaka mogla pomoći uspehu tužbe, da proveri pravnu relevantnost takvog promišljanja.

Međutim, ova izlaganja medicinskih veštaka ne dokazuju potpuno da je upravo drugotuženi ili trećetuženi bio nosilac mikroorganizama što su izazvali infekciju. Zato valja ostati pri stavu da činjenice koje su predmet ovog spora ne bi mogle da opravdaju ličnu odgovornost drugotuženog i trećetuženog.

Inficiranje operacione rane mikrobima koje je preneo neko od članova operativnog tima ne može se odmah tretirati kao događaj koji je bitan sa stanovišta prava o odgovornosti, ako prenošenje mikroba nije bilo izbežljivo ni pored higijenske predostrožnosti. Potpuna sloboda lekara i ostalih učesnika u operaciji od mikroorganizama nije dostižna, i putevi kojima se mogu širiti klice koje se na njima nalaze ne dadu se pojedinačno kontrolisati. Prenošnje mikroorganizama što se zbiva iz tih nesavladivih razloga i uprkos preduzetih higijenskih mera koje su potrebne, spada u *rizike pacijentove bolesti* (podvukao J. R.) koji ostaju bez obeštećenja. Ukoliko se to ostvari, ne može se govoriti o

protivugovornom ili protivpravnom oštećenju zdravlja. Odgovornost vlasnika bolnice za inficiranje operacione rane mikroorganizmima koji potiču od nekog člana operativnog tima dolazi u obzir, prema tome, samo ako bi se prenošenje mikroorganizama moglo sprečiti potrebnim higijenskim merama. Ako se, dakle, utvrdi da je infekcija morala proisteći iz područja kojim se higijenski daje vladati, tada vlasnik bolnice ima da odgovara za posledice infekcije, ukoliko se ne bi mogao osloboditi krivice koja mu se stavlja na teret zbog nevođenja računa o zahtevima higijene; ako, dakle, dokaže da su bile preduzete sve organizacione i tehničke mere zaštite od izbežljivih zaraza mikrobima što se nalaze na operativnom personalu. Utoliko analogno važi § 282 BGB. Doduše, to pravno pravilo o dokazivanju, prema praksi ovog suda, u oblasti lekarskog rada uopšte se ne primenjuje, jer dešavanjima u živom organizmu ne daje se upravljati tako sigurno da bi se već iz samog neuspeha lečenja moglo zaključiti o krivici lekara. Stvar stoji ipak drugačije ako se ostvare rizici koji nisu proizišli prvenstveno iz svojstava čovečijeg organizma nego iz samog rada bolnice, i kojima vlasnik bolnice i njen personal mogu da upravljaju. Ako iz tog područja dođe do oštećenja pacijenta, bilo bi nepravilno da pacijent, koji nije mogao imati pregled rada bolnice u pojedinostima, bude stavljen pred dokaznu teškoću koja je praktično nesavladiva. Tada treba očekivati upravo od vlasnika bolnice da se oslobodi krivice koja mu se stavlja na teret.

U to područje, na kome je pristupačno premeštanje tereta dokazivanja sa pacijenta na bolnicu ili lekara, treba uračunati i izbežljivo inficiranje pacijenta mikrobima sa nekog od članova operativnog tima. U konkretnom slučaju inficiranje se dešava u sferi vlasnika bolnice. On je dužan da se stara o tome da izbežljivi prenosi mikroorganizama sa učesnika u operaciji na pacijenta izostanu. S druge strane, pošto odgovornost vlasnika bolnice pretpostavlja da je zaraza preko člana operativnog tima dala se izbeći, treba poći od pretpostavke da tužilja ranije izložena mišljenja veštaka o tome želi videti prihvaćena.

Međutim, i na osnovu ovakvog rasuđivanja tužba, ipak, ne uspeva zbog izreke drugostepenog suda da se prenošenje mikroba sa jednog člana operativnog tima na pacijenta „ne daje izbeći ni u slučaju kad su bile preduzete mere higijenskog staranja.” I prigovor revizije koji je uperen protiv ove izreke ostaje bez rezultata.

Tvrdnja da se infekcija rane preko člana operativnog tima „ne daje uvek” izbeći ni uz pridržavanje svih higijenskih standarda nije jednoznačna. Ona ne isključuje nužno svaku mogućnost da bi i u ovom konkretnom slučaju infekcija pri pridržavanju higijenskog standarda bila izbegnuta, i dopušta da pitanje da li se desio tran-



sfer mikroorganizama neizbežne ili izbežljive prirode ostane konačno otvoreno. Ova pak nesigurnost, prema opštim načelima, mora pasti na teret tužilje jer je ona dužna da izloži i dokaže okolnosti koje su bitne za odgovornost. Tužilja uzalud nastoji da iz težine infekcije operacione rane izvede zaključak da potrebne higijenske mere nisu bile preduzete, jer veštaci takav zaključak nisu potvrdili. Ona je, međutim, mogla pokušati da dopunskim saslušanjem veštaka dokaže da je zanemarljiv broj slučajeva u kojima, uprkos higijenskoj predostrožnosti, dolazi do inficiranja rane mikroorganizmima sa operativnog tima. Ali u postupku povodom žalbe nije se pošlo tim putem.

Imajući u vidu da je u parnicama protiv lekara jako izražena potreba za razjašnjenjem stanja stvari i po službenoj dužnosti, BGH smatra da ovde ima mesta i jednom drugom pitanju: Nije li drugostepeni sud bio dužan da, na vlastitu inicijativu, još dodatno čuje od veštaka u kojoj meri postoji opasnost da, uprkos postupanju po higijenskim zahtevima, dođe do inficiranja operacione rane mikroorganizmima sa članova operacionog tima ili je ta mogućnost baš potpuno neverovatna, pa s toga zanemarljiva? Završna odluka o tome nije potrebna jer u tom pogledu nije istaknut procesni prigovor protiv presude drugostepenog suda.

## 4.2. Drugi slučaj

### 4.2.1. Činjenično stanje

Juna 1999. godine, pacijentkinja je došla u zajedničku ortopedsku ordinaciju dvojice lekara koji su se u to vreme nalazili na odmoru, a zamenjivali su ih dvojica kolega (u daljem tekstu: zamenici vlasnika ordinacije). Nema podataka o tome koji su zdravstveni razlozi naveli pacijentkinju da zatraži lekarsku pomoć, ali se zna da su zamenici vlasnika ordinacije, u vremenu od 9. do 15. juna 1999, davali pacijentkinji injekcije u području potiljka. Usled toga došlo je docnije do apscesa na mestu uboda špricem, što je iziskivalo dvonedeljno stacionarno lečenje pacijentkinje. Zbog toga je ona podnela tužbu protiv vlasnika ordinacije i njihovih zamenika i zahtevala naknadu nematerijalne i materijalne štete. U tužbi je navela da zbog apscesa trpi neprekidne bolove, da ima smetnje u spavanju, pati od depresije i da je stoga nesposobna za rad.

Apsces na mestu uboda špricem temelji se na infekciji *Staphylococcus aureus*. Nosilac prenetih mikroorganizama je lekarska pomoćnica H., koja je bila zaposlena kod vlasnika ordinacije. Ona je pomagala kod davanja injekcije tužilji, a baš u isto vreme patila je od polinoze. Infekcija iste vrste pojavila se i u još nekoliko drugih pacijenata koji su se lečili u istoj ordinaciji. Sredinom

juna 1999. dotičnu ordinaciju posetio je zdravstveni inspektor i prigovorio postojećoj nehigijenskoj profilaksi.

Prvostepeni, drugostepeni i BGH morali su jedan za drugim, da se izjasne o ovom sporu, i svi su odlučili da tužilja ima pravo na obeštećenje koje je tražila.

### 4.2.2. Iz obrazloženja presude BGH

BGH smatra da su prvostepeni i drugostepeni sud ispravno pošli od stanovišta da vlasnici ordinacije, kao tuženi pod 3 i 4, odgovaraju po §§ 823 i 847 BGB samo ako im se može staviti na teret krivica. Njihova odgovornost po § 831 BGB za eventualne propuste lekara koji su ih zamenjivali i koji su tuženi pod 1 i 2, ne dolazi u obzir jer nije utvrđeno da su ovi imali ne samo ovlašćenje nego i uputstvo za rad. Što se tiče obaveze naknade materijalne štete zbog pozitivne povrede prava potraživanja, tuženim pod 3 i 4 trebalo bi pripisati krivicu tuženih pod 1 i 2, saobrazno § 278 BGB. Pošto tuženi pod 1 i 2 nemaju vlastitu ugovornu vezu sa tužiljom, oni snose deliktnu dogovornost za svoju krivicu.

Drugostepeni sud ispravno drži da tužilja ima pravo na naknadu materijalne i nematerijalne štete koju je pretrpela zbog apscesa izazvanog špricem za injekcije. Promišljanja drugostepenog suda kojim se pokazuje da tuženi treba da snose teret dokazivanja, u rezultatu su umerena.

Protivno shvatanju revizije, osporavana odluka ne protivreči pravnoj praksi ovog suda o odgovornosti lekara za nedostatke u higijeni, koja je izražena u presudi od 8. 1. 1991. godine. Ta presuda, koju je citirao i drugostepeni sud, tiče se odgovornosti vlasnika bolnice u slučaju inficiranja operacione rane mikroorganizmima sa nekoga iz tima za operaciju. Tadašnja presuda, za razliku od ovdašnjeg slučaja, ticala se činjeničnog stanja na osnovu kojeg se nije mogao utvrditi identitet nosioca mikroorganizama kojima je zaražen pacijent. Suprotno tome, u ovom spornom slučaju drugostepeni sud je nesumnjivo utvrdio da je do nastanka infekcije došlo zato što je lekarska pomoćnica H. bila nosilac bakterije *Staphylococcus aureus*, i tu bakteriju mogla je preneti na tužilju prilikom davanja injekcija.

Time je ustanovljeno da šteta tužilje ne potiče iz sfere koja se ima uračunati pacijentu, kao što su, na primer, rizici iz vlastitog čovekovog organizma, niti je proizišla iz suštinske lekarske delatnosti. Naprotiv, rizik koji se kod tužilje ostvario došao je iz područja čije opasnosti lekari mogu i moraju potpuno da isključe (tzv. *potpuno savladivi rizici*). Drugačije nego u području lekarskog rada u kome, načelno, pacijent snosi teret izlaganja i dokazivanja za grešku koju smatra da je načinjena i za njenu uzročnu vezu sa nastalom štetom po zdavljje. Kod ostvarenja rizika koji nisu pretežno proizišli iz osobeno-

sti čovekovog organizma nego su nastali radom klinike ili lekarske ordinacije, i koji prikladnom organizacijom i koordinacijom lečenja objektivno mogu biti potpuno savladani, dolazi do primene pravno pravilo iz § 280, st. 1, rečenica 2 BGB, po kome teret izlaganja i dokazivanja nedostatka krivice leži na strani koja je lečenje obavila.

Revizija bez uspeha ističe da u spornom slučaju nije utvrđeno da je mogućnost inficiranja pacijentkinje bakterijom *Staphylococcus aureus*, sa lekarske pomoćnice H. bila saznatljiva za tužene. Kao odgovor na tu tvrdnju u reviziji treba reći da akutno grozničavo oboljenje pomoćnice H. nije moglo ostati neprimećeno barem tuženim pod 1 i 2, koji su radili zajedno sa njom. Prema kazivanju tužilje, grozničavo oboljenje ispoljavalo se tako da su ga, po pravilu, svi prisutni morali opaziti. Jasno je bilo vidljivo stalno curenje nosa, često kijanje i suzenje očiju. Međutim, niti je utvrđeno niti je rečeno da ovi simptomi ukazuju na infekciju stafilokokama, ili da grozničavo oboljenje povećava rizik od infekcije usta i ždrela ovom bakterijom, te da je trebalo obaviti ispitivanje bolesnice na ovog prouzrokovača, ili da je nju, iz higijenskih razloga, valjalo isključiti kao pomoćnicu pri davanju injekcija. Ako bi to bio slučaj, tuženi bi zbog greške u organizaciji, koja se njemu pripisuje trebalo, možda, da odgovara bez mogućnosti oslobođenja od krivice za infekciju tužilje. Ali do ovog pitanja, kao što će se videti iz narednih izlaganja, nije nam stalo.

Premeštanje tereta izlaganja i dokazivanja na tuženog saobrazno pravnom pravilu iz § 280 BGB, ne pretpostavlja, naime, da je objektivno postojeća opasnost što potiče iz rada klinike ili lekarske ordinacije u konkretnom slučaju bila saznatljiva za stranu koja je lečila. Ako se utvrdi, kao u spornom slučaju, da se ostvario objektivno potpuno savladiv rizik što potiče iz ovog područja, tada je stvar upravo lekara ili klinike da izloži i dokaže da u odnosu na objektivno postojeću povredu obaveze nedostaje krivica strane koja je lečila.

Potom BGH nabroja slučajeve iz sopstvene prakse i konstatuje: Svim ovim slučajevima zajedničko je to da je objektivno postojala opasnost čiji su se izvori kad god mogli utvrditi, i koja je zato bila objektivno savladiva. Za opasnost koja za pacijenta dolazi od lekarske pomoćnice inficirane bakterijom ne važi ništa drugačije. Ali, između ranijeg slučaja iz 1991. i sadašnjeg postoji izvesna razlika. U ranijem slučaju postojanje potpuno savladivog rizika nije prihvaćeno zato što nije bilo jasno ko je od članova operativnog tima bio nosilac mikroorganizama kojima je pacijent inficiran. U sadašnjem, pak, slučaju utvrđen je identitet zaraženog člana operativnog tima koji je svoju zarazu preneo na pacijentkinju. Za stranu koja je obavljala lečenje to je bio objektivno potpuno savladiv rizik, pa je zato njena stvar da se dokazom oslobodi krivice koja joj se stavlja na teret.

Drugostepeni sud je ispravno držao da takav oslobađajući dokaz u ovom slučaju nije izveden. Ako se utvrdi da infekcija mora biti da je proistekla iz higijenski savladivog područja, tada vlasnik bolnice, odnosno lekar ima da odgovara za posledice kako na osnovu ugovora tako i delikta, ukoliko ne bi mogao da se oslobodi krivice koja mu se stavlja na teret zbog nevođenja računa o zahtevima higijene; ako, dakle, dokaže da su bile preduzete sve organizacione i tehničke mere kako bi se sprečilo izbežljivo prenošenje mikroorganizama što potiču od personala klinike ili lekarske ordinacije. Za to ne bi bilo dovoljno da inficiranje mikroorganizmima sa lekarske pomoćnice H. tuženim nije bilo subjektivno saznatljivo, od čega polazi revizija. Oslobađajući dokaz zahteva, naprotiv, i dokaz da je potrebna pažnja održana. To drugostepeni sud nije prihvatio s obzirom na to da su u lekarskoj ordinaciji elementarni zahtevi higijene malo poštovani. Tako je na osnovu docnije istrage nadležne zdravstvene inspekcije utvrđeno da lekari svoje pomoćnice nisu dovoljno obučili i kontrolisali kako se odnose prema higijeni.

Sredstva za dezinfekciju nisu bila čuvana u svojim originalnim posudama nego su presipana. Dve od četiri proverene flaše sa alkoholom nisu bile čvrsto zatvorene, a flaše sa supstancom za injekcije nisu više bile za upotrebu. Nije bilo uobičajeno da lekarske pomoćnice pre uzimanja šprica dezinfikuju svoje ruke; radne površine nisu dezinfikovane svaki dan, kao što bi bilo potrebno, nego samo jedanput nedeljno. Pri ovakvom stanju stvari, ocena drugostepenog suda da tuženi nije pružio dugovani dokaz koji bi ga oslobodio krivice što mu se stavlja na teret zbog utvrđenih higijenskih nedostataka, ne može se napadati putem revizije.

### 4.3. Treći slučaj

#### 4.3.1. Činjenično stanje

Pacijent je umro u bolnici 17. 11. 2006. godine od sepse, nakon infekcije multirezistentnom bakterijom *Staphylococcus aureus* (skraćeno: MRSA). Na osnovu vlastitog i nasleđenog prava, pacijentova supruga tužila je bolnicu i ordinirajućeg lekara i zahtevala naknadu štete zbog pogrešnog lečenja njenog muža. Prvostepeni sud odbio je tužbeni zahtev jer je smatrao da greška u lečenju nije dokazana. Protiv ove presude tužilja je uložila žalbu Vrhovnom zemaljskom sudu u Naumburgu (u daljem tekstu: OLG). U žalbi je navela da se greška sastoji najpre iz toga što prilikom ponovljenog prijema pacijenta u bolnicu, 6. 11. 2006. godine, nije odmah obavljeno ispitivanje njegove krvi na mikroorganizme. Sem toga, tužilja smatra da je premeštanje pacijenta u odeljenje bolnice za intenzivnu medicinsku negu tek 12. 11. 2006. bilo suviše kasno. Najtežu grešku, po njenom mišljenju,

predstavljaju „fatalni higijenski uslovi u tuženoj bolnici.” To obrazlaže tvrdnjom da je zavojni materijal na telu umrlog pacijeta, 9. 11. 2011. godine, bio prožet urinom, što je predstavljalo mesto proboja mikroorganizama. U žalbi je rečeno da tužena bolnica treba da bude osuđena i zato što postupanje po medicinskom standardu nije ubeleženo u pacijentovu medicinsku dokumentaciju. Žalilja uz to tvrdi da je njen suprug inficiran bolničkim mikroorganizmima u bolnici. Naposletku, u žalbi stoji prigovor zbog izostalog obaveštenja pacijenta o specijalnom riziku. Umrlji pacijent imao je od ranije više telesnih povreda i njegove rane bile su „ulazna vrata” za mikroorganizme. Žalilja je uverena da je o tom posebnom riziku pacijent morao biti obavešten.

Međutim, uprkos svim navedenim tvrdnjama žalba nije imala uspeha.

#### 4.3.2. Iz obrazloženja presude OLG-a

OLG deli mišljenje prvostepenog suda da tužilji ne pripada pravo na naknadu štete zbog pogrešnog postupanja tuženih prema njenom umrlom suprugu kao pacijentu, ni po osnovu ugovorne ni po osnovu deliktne odgovornosti. Tvrdnja tužilje da je u okviru stacionarnih ispitivanja i lečenja pacijenta povređen medicinski standard delimično je, doduše, tačna, ali nedostaje uzročna veza tog propusta sa infekcijom i njenim smrtnim ishodom.

OLG ističe da shvata što tužilju teško pogađaju tragične posledice infekcije njenog supruga i da ona zato postavlja pitanje o uzrocima. Međutim, infekcija putem multirezistentnih izazivača sama po sebi ne zasniva odgovornost bolnice, niti predstavlja indiciju za manjkavo lečenje. Lekar ne duguje pacijentu apsolutnu zaštitu od infekcije, jer mu to niko ne može ponuditi. Rizik od infekcije pacijenta ne biva rizikom lekara ako on preduzme lečenje. Lekar odgovara samo ako snizi standard kvaliteta koji se od njega traži i ako je to uzrok pacijentove štete. Jer po § 276 BGB lekar duguje pacijentu, kako po osnovu ugovora tako i delikta, pažnju koja je u međusobnom opštenju potrebna. Ta se pažnja određuje prema medicinskom standardu svake stručne oblasti. Lekar mora preduzeti one mere koje se od savesnog i pažljivog lekara, sa stanovišta njegove stručne oblasti, pretpostavljaju i očekuju.

Prema rezultatu izvedenih dokaza i prema uverenju ovog suda, većina prigovora zbog pogrešog lečenja koje je istakla tužilja, neopravdana je. U obrazloženju svoje presude OLG je dao objašnjenje neopravdanosti svakog prigovora posebno, ali je za ovu priliku najvažnije objašnjenje koje se odnosi na stanje higijene u tuženoj bolnici.

Nema tačke oslonca za tvrdnju tužilje da nije postupano po važećem higijenskom standardu. Naročito

iz same nastale infekcije umrlog pacijenta ne može se izvući takav zaključak. Doduše, verovatno je tačna tvrdnja tužilje da je njen suprug inficiran bolničkim mikroorganizmima u bolnici. To jedino pomaže tužbi, ali ne i njenom uspehu. Odgovornost lekara ili bolnice za inficiranje mikroorganizmima dolazi u obzir samo ako bi se prenošenje klica moglo pouzdano sprečiti potrebnom higijenskom predostrožnošću. Jedino kad se utvrdi da je infekcija morala proisteći iz područja kojim se higijenski može upravljati, lekar ima da odgovara za posledice infekcije, ukoliko izuzetno nije u stanju da se oslobodi krivice koja mu se stavlja na teret.

Iako u veštačenju ima nečeg što govori u prilog tome da umrlji pacijent mikroorganizam nije mogao „zaraditi” izvan bolnice, iz toga još ne proizilazi odgovornost tuženih. Kao što prvostepeni sud s pravom naglašava, infekcija multirezistentnim bolničkim mikroorganizmima ne može se sasvim izbeći čak ni pri najboljoj higijeni. Ona se svakodnevno dešava u bolnicama cele zemlje, kao što je i veštak na usmenoj raspravi pred ovim sudom razjasnio. I pored postupanja po propisima o higijeni, sasvim je malo odeljenja u koja MRSA još nije stupila. I u slučaju umrlog pacijenta ne postoji prepoznatljiv izvor, odnosno nosilac mikroba na koga bi se infekcija mogla svoditi. Ako se, međutim, ne utvrdi da je infekcija morala proisteći iz potpuno savladivog područja u smislu pravne prakse BGH, tada i odgovornost tuženih mora izostati.

Svoj paušalni prigovor o „fatalnim higijenskim uslovima” u tuženoj bolnici, tužilja je potkrepila naknadno proverljivim tvrdnjama samo utoliko što je rekla da je zavojni materijal na telu umrlog pacijenta, na dan 9. 11. 2011., bio prožet urinom i dugo nije menjan, ne zahteva razjašnjenje jer nedostaje uzročna veza. Navodni propust nije od značaja jer se u njemu ne može nikako videti uzrok infekcije.

OLG ne prihvata ni mišljenje tužilje da je umrlji pacijent morao biti obavešten o riziku od infekcije, jer nije u pitanju specijalni nego generalni rizik. Budući da je mogućnost inficiranja pacijenata u bolnicama opštepoznata, obaveštenje o tome nije bilo nužno jer kod infekcije putem MRSA ne radi se o specifičnom riziku određenog zahvata ili određenog pacijenta, nego o generalnom problemu rezistentnosti prema antibioticima.

Kao što su veštaci i prvostepeni sud s pravom utvrdili, radi se konačno o sudbinskom dešavanju, za čije tragične posledice tuženi nisu odgovorni. Kao i u većini slučajeva, i ovde se nastanak infekcije u vezi sa lekarskim radom ne temelji na grešci lekara, nego je deo rizika koji se, nažalost, ne može isključiti ni urednim sprovođenjem lečenja u bolnici. Da bi lečenje infekcije bilo uspešno ako bi sepsa bila ranije spoznata, to izgleda vrlo neverovatno.

## 5. ZAKLJUČAK

1. Pacijenti koji se leče u zdravstvenim ustanovama i u lekarskim ordinacijama nisu izloženi samo stručnim greškama lekara, nego i greškama ili propustima u higijeni. Ove druge greške manifestuju se u infekcijama raznih vrsta, koje mogu da pogoršaju bolest zbog koje je pacijent smešten u bolnicu ili kliniku, da izazovu novo oštećenje zdravlja ili čak smrt. Statistički podaci iz Nemačke kazuju da je rizik od infekcija u bolnicama veći nego li rizik grešaka u lečenju. To je dokaz nedovoljne higijene, ali i nemogućnosti efikasne zaštite od ove opasnosti.

2. U slučaju kad lečenje pacijenta ne pođe za rukom ili se njegovo zdravstveno stanje čak pogorša, i on i rodbina skloni su da odmah pođu od pretpostavke da je u pitanju neka lekarska stručna greška, jer za odgovornost lekara i zdravstvene ustanove to im izgleda uverljivije nego sama infekcija. Zato njihove tužbe za naknadu štete sadrže redovno i tvrdnju da je načinjena greška u lečenju.

3. Postupak za naknadu štete zbog infekcije odvija se uz velike dokazne teškoće i za tužioca i za tuženog. Pacijenti zato često posežu za prigovorom da nisu bili obavešteni o rizicima od infekcije, u želji da tako teret dokazivanja prenesu na lekara, ali najčešće bez uspeha. Sve to dade se jasno videti iz navedenih slučajeva koje su rešili nemački sudovi. Obrazloženja njihovih presuda formulisana su tako vešto i precizno da deluju kao mudre izreke ili sentencije, koje ne važe samo za konkretni slučaj nego imaju karakter opštih pravnih pravila. Zato je njima mesto i u zaključku.

4. Iz same nastale infekcije pacijenta ne može se zaključiti da je povređen higijenski standard. Infekcija

mikroorganizmima u bolnici ne može se isključiti čak ni pri najboljoj higijeni. Lekar ne duguje pacijentu apsolutnu zaštitu od infekcije, niti se takva zaštita može obećati. On odgovara samo ako nije zadovoljen važeći higijenski standard, i ako bi prenošenje mikroorganizama na pacijenta propisanim higijenskim merama moglo sigurno biti sprečeno.

5. Potpuna sloboda lekara i ostalih zdravstvenih radnika od mikroorganizama nije dostižna, i putevi kojima se mogu širiti klice što se na njima nalaze ne dađu se pojedinačno kontrolisati. Prenošnje mikroorganizama što se dešava iz tih nesavladivih razloga, uprkos preduzetih higijenskih mera koje su potrebne, spada u rizike pacijentove bolesti koji nisu pokriveni obeštećenjem. Situacija je, dakle, ista kao i kod grešaka u lečenju koje su objektivno neizbežne.

6. Podela tereta dokazivanja između pacijenta kao tužioca i lekara kao tuženog zavisi od toga iz koje sfere rizik od infekcije potiče. Ako se radi o riziku koji je nastao radom zdravstvene ustanove ili lekarske ordinacije, i koji se prikladnom organizacijom i koordinacijom lečenja objektivno može potpuno sprečiti, tada dolazi do primene pravnog pravila iz § 280, st. 1 BGB. Prema tom pravilu, lekar, odnosno zdravstvena ustanova mora da dokaže nedostatak svoje krivice za infekciju, jer se njihova krivica pretpostavlja. Međutim, kad je u pitanju rizik koji pretežno potiče iz osobenosti pacijentovog organizma ili iz suštinske lekarske delatnosti, tada je pacijent dužan da izloži i dokaže grešku u higijeni koju smatra da je načinjena i njenu uzročnu vezu sa infekcijom. Sve u svemu, za podelu tereta dokazivanja bitno je uvek to da li je u konkretnom slučaju utvrđen izvor iz kojeg infekcija potiče.

Jakov RADISIC, PhD  
Faculty of Law Kragujevac

## Liability in damages for infections to the patient – Review of the German courts' practice

UDC: 369.06:614.253(430)  
Systematic scientific work

### SUMMARY

This paper consists of four parts and conclusions. First part deals with the notion, types, spread and importance of infection. Second part relates to the liability in damages attributable to infection. It deals with the issue if this type of liability should be tied with

fault or be objective. It is pointed out at the end that, in the prevailing lawyers' opinion, liability should be determined by the fault. However, because the liability would be narrow and inadequate in the common sense for the infection damage, liability of the organisation that represent broader framework, has been accepted. Third part of the paper deals with showing conditions

for infection damage liability, i.e. hygiene omissions and their causation with the patient loss. Author explains difficulties, in proving for the patient as plaintiff and what means German courts used to relax litigation position of the patient and help her to realise her right to indemnity. Fourth part of the paper contains three specific cases of infection from the German court practice. German Federal Supreme Court resolved two of the three cases. One of its judgments is from 1991, and second from 2007. They contain the most important legal rules for litigation due to infection, which have become consisting part of the German Civil Code.

Author points out in the conclusion that procedure for indemnity due to infection is taking place with heavy difficulties both for the defendant and for the plaintiff, which is easily visible from the cases decided by the German courts. Reasoning from their judgments are formulated with a great skill and precision, which make them to look like wise dictum or utterance. They are valid for solved cases and, even more, have importance of the general legal principles. Therefore, author believed they must be part of the conclusion in this paper.

*Key words:* Infection, hygiene errors, patient rights, doctor liability due to infection, liability proving

#### LITERATURA (REFERENCES)

Deutsch, E., Spickhoff, A. (2008). *Medizinrecht*, Berlin-Heidelberg: Springer.

Deutsch, E. (1997). Haftungserhebliche Standards, *Juristenzeitung*, 2, 1032.

Deutsch, E. (1987). Krankenhaushygiene aus der Sicht des Juristen, *Versicherungsrecht*, 21, 534.

Deutsch, E. (1986). Die Infektion als Zurechnungsgrund, *Neue Juristische Wochenschrift*, 12, 757–759.

Ehlers, A., Brogli, M. (2005). *Arzthaftungsrecht*, München.

Enneccerus, L., Lehman, H. (1958). *Recht der Schuldverhältnisse*, Tübingen.

Giesen, D. (1995). *Arzthaftungsrecht*, Tübingen.

Gross, J. (1987). *Haftung für medizinische Behandlung im Privatrecht und im öffentlichen Recht der Schweiz*, Bern.

Honsell, H. (1990). Die zivilrechtliche Haftung des Arztes, *Zeitschrift für Schweizerisches Recht*, 2, 137.

Kern, B. R. (2000). Organisationsverschulden – Ausdruck institutioneller Sorgfaltspflichtverletzungen, *Medizinrecht*, 8, 347–351.

Krivični zakonik, *Službeni glasnik RS*. br. 85/2005.

Larenz, K. (1981). *Lehrbuch es Schuldrechtes*, Band II: Besonderer Teil, München.

Laufs, A., Uhlenbruck, W. (2002). *Handbuch des Arztrechts*, München.

(2013). *Medizinrecht*, 7, 444–446.

(2013). *Medizinrecht*, 5, 302.

(2006). *Medizinrecht*, 11, 857–860.

(2003). *Medizinrecht*, 8, 457–459.

(1986). *Medizinrecht*, 9, 200–201.

(1957). *Medicinski leksikon za lekare i studente*, Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga.

Medicus, D. (2004). *Schuldrecht II, Besonderer Teil*, München.

(1991). *Neue Juristische Wochenschrift*, 24, 1543.

Rothenberg, E. (1976). *Nova ilustrovan medicinska enciklopedija, za svaku porodicu*, Beograd: Izdavački zavod Jugoslavija.

Steffen, E., Pauge, B. (2006). *Arzthaftungsrecht*, Köln.

Walter, A. (2013). Beweislastverteilung beim Vorwurf einer Infektion wegen Hygienemängeln, *Medizinrecht*, 5, 294–297.

(2014). *Versicherungsrecht*, 15, 633.

(1989). *Versicherungsrecht*, 6, 195–196.

Zakon o obligacionim odnosima, *Službeni list SFRJ*. br. 29/78, 39/85, 57/89 i *Službeni list SFJ*. br. 31/93.

Zakon o pravima pacijenata, *Službeni glasnik RS*. br. 45/2013.

Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, *Službeni glasnik RS*. br. 125/2004.

Zwiehoff, G. (2004). Strafrechtliche Aspekte des Organisationsverschuldens, *Medizinrecht*, 7, 365.