

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 ilustrovana 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.