

## Η ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

### ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ ΤΑ ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ

\* Εμμανουέλα Ν. Τρούλη

#### I. Εισαγωγή

Σπανίως δύο ιατρικές ειδικότητες είναι τόσο στενά συνδεδεμένες η μία με την άλλη, όσο οι ειδικότητες αναισθησιολόγου και χειρουργού. Πράγματι, συνήθως ο χειρουργός θα μπορεί να παράσχει τις ιατρικές του υπηρεσίες για μια χειρουργική επέμβαση στον ασθενή μόνον αφού αυτός βρίσκεται υπό αναισθησία, και αντίστοιχα, κατά κανόνα οι υπηρεσίες του αναισθησιολόγου θα είναι απαραίτητες όταν ο ασθενής πρόκειται να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.

Τι γίνεται, όμως, όταν σε συνέχεια της επέμβασης του χειρουργού, για την οποία δέχθηκε αναισθησία, η υγεία του ασθενούς χειροτερεύει; Καταρχάς, εύλογα, όπως όλοι αντιλαμβανόμαστε, η θετική πορεία της υγείας του ασθενούς είναι αποτέλεσμα το οποίο, συνήθως, ούτε μπορεί να εγγυηθεί, ούτε να εξασφαλίσει ο γιατρός του<sup>1</sup>. Ο ιατρός οφείλει, όμως, να παράσχει την απαραίτητη ενημέρωση στον ασθενή (ή στα πρόσωπα που συναινούν εκ μέρους του) για την προτεινόμενη ιατρική πράξη, δηλαδή για τους κινδύνους και τα πιθανά οφέλη αυτής<sup>2</sup>. Οφείλει, επίσης, να διεξαγάγει την ιατρική πράξη,

---

\* Dr. Juris (LMU, Μόναχο), LL.M. (Columbia, Νέα Υόρκη), Δικηγόρος Αθηνών και Νέας Υόρκης, Λέκτορας Αστικού Δικαίου, Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα της παρούσας μελέτης παρουσιάστηκε ως εισήγηση σε Ημερίδα με τίτλο 'Θέματα αιχμής με διαχρονικά ερωτήματα. Ιατρική και Δικαιοσύνη «ενώπιος ενωπίω»', που διεξήχθη στις 13-15 Μαΐου 2016, στο ξενοδοχείο St. George Lycabettus.

<sup>1</sup> Βλ. ενδεικτικά Κ. Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σελ. 23 επ., 300 επ. Βλ. και Λ. Κιτσαρά, Το πρόβλημα της αποδείξεως της ιατρικής ευθύνης, σε: Τιμητικό Τόμο Μ. Σταθόπουλου, τ. Ι (2010), σελ. 985 επ.

<sup>2</sup> Βλ. ενδεικτικά Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σελ. 6 επ.· Κ. Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σελ. 23 επ.· Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, σε: Ε. Λασκαρίδη (Επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) (2013), άρθρο 11 («Υποχρέωση ενημέρωσης»).

στην οποία έχει εγκύρως συναινέσει ο ασθενής<sup>3</sup>, σύμφωνα τους «παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης»<sup>4</sup>.

Ευθύνη του γιατρού για τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενούς δημιουργείται, επομένως, μόνον εφόσον: α) υπάρχει ιατρικό λάθος του γιατρού, το οποίο οδήγησε στη βλάβη της υγείας του ασθενούς ή/και β) υπήρξε παράβαση της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς, οπότε στον γιατρό καταλογίζεται η βλάβη της ζημίας του ασθενούς, επειδή ο ασθενής λόγω της πλημμελούς ενημέρωσης δεν ήταν σε θέση να αξιολογήσει τους κινδύνους της ιατρικής πράξης, οπότε και θα μπορούσε να την έχει αποφύγει<sup>5</sup>.

Πότε ευθύνονται όμως για αυτά ο αναισθησιολόγος, πότε ο χειρουργός, και πότε και οι δύο;

Επισημαίνεται ότι η παρούσα ανάλυση επικεντρώνεται στα θέματα αστικών αξιώσεων των ζημιωθέντων, κατά των εναγόμενων γιατρών. Κατά κανόνα, βεβαίως, το νοσοκομείο θα ευθύνεται ως προστήσας<sup>6</sup> για την αποκατάσταση της ζημίας που προξένησε, έστω και ένας από τους συνεργάτες του, ανεξαρτήτως ποιος είναι αυτός (ο χειρουργός ή ο αναισθησιολόγος, ή και οι δύο). Στις περιπτώσεις αυτές, για την ευθύνη του νοσοκομείου, δεν θα είναι συνήθως σημαντική η διακρίβωση του γιατρού ή των γιατρών που ευθύνονται για τη βλάβη στην υγεία του ασθενούς. Η διακρίβωση ευθυνών θα παίζει,

<sup>3</sup> Βλ. ενδεικτικά Ζ. Δουγαλής, σε: Ε. Λασκαρίδη (Επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) (2013), άρθρο 12 («Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή»): Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σελ. 203 επ.· Κ. Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σελ. 174 επ.· της ίδιας, Η «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς» σύμφωνα με το νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σε Μ. Καϊάφα-Γκπάντι/ Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη/Ε. Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ο Νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (2006), σελ. 13 επ.

<sup>4</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 427/2015: «[...] ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση για τη ζημία που έπαθε ο ασθενής πελάτης του από κάθε αμέλειά του, ακόμη και ελαφριά, αν κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων παρέβη την υποχρέωσή του να ενεργήσει σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και δεν επέδειξε τη δέουσα επιμέλεια, δηλαδή αυτή που αναμένεται από το μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του (687/2013, 1009/2013, 181/2011)».

<sup>5</sup> Βλ. ενδεικτικά και ΑΠ 687/2013, ΕΕμπΔ 2014, 45, με Παρατηρήσεις Ε. Τρούλη, (50).

<sup>6</sup> Βλ. ενδεικτικά και ΑΠ 226/2007, ΧρΙΔ 2008, 324 (η οποία επικυρώνει όπως και η ΑΠ 227/2007 την ΕφΑΘ 3726) για τη σχέση πρόσθησης μεταξύ κλινικής και ιατρού και στο πλαίσιο παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών.

ωστόσο, σίγουρα ρόλο για τον ίδιο το γιατρό, είτε για την αποφυγή αποζημιωτικής ευθύνης του ίδιου προς τον ζημιωθέντα ή την ευθύνη από αναγωγή προς το νοσοκομείο. Επίσης, φυσικά, τον ιατρό θα απασχολεί και η διαφύλαξη της φήμης του. Ο καταμερισμός των ευθυνών, θα είναι, εξάλλου, εξαιρετικά σημαντικός όσον αφορά στην ποινική ευθύνη των κατηγορούμενων γιατρών, όπου, βεβαίως, η έμφαση βρίσκεται όχι στην αποκατάσταση των ζημιωθέντων, αλλά στην τιμωρία του (αμελούς)<sup>7</sup> γιατρού.

Η ύπαρξη και η έκταση της ευθύνης του κάθε ιατρού είναι, πάντως, πρωτίστως, ζήτημα πραγματικό, που χρήζει διαπίστωσης σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά<sup>8</sup>, και μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες.

Ας δούμε, όμως, πολύ σύντομα, βασικά ζητήματα της αποζημιωτικής ευθύνης των ιατρών.

## **II. Συνοπτικά, οι βασικές παράμετροι της ιατρικής ευθύνης για αποκατάσταση της ζημίας που προκλήθηκε από ιατρικές πράξεις (ή παραλείψεις) στον ασθενή ή τους οικείους του**

Για την ιατρική ευθύνη, και μάλιστα την ευθύνη για αποζημίωση, έχουν γραφτεί πολλές μελέτες και βιβλία<sup>9</sup>. Ενημερωτικά θα επιχειρηθεί, για τις

<sup>7</sup> Βλ. και Μ. Καϊιάφα-Γκμάντι, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), 872.

<sup>8</sup> Βλ. και την εξαιρετικά ενδιαφέρουσα ΔΠρΑΘ 10933/1997 (ΤΝΠ Νόμος) με σκεπτικό για τον καταμερισμό ευθυνών για διαδοχικά ιατρικά λάθη μεταξύ πολλών ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Βλ. και Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1885 επ.

<sup>9</sup> Βλ. ενδεικτικά τις μονογραφίες: Αρ.-Δ. Αλεξιάδης, Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο (1996)· Ει. Αναπλιώτη-Βαζαίου, Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου (1993)· Κ. Φουντεδάκη, Αστική Ιατρική Ευθύνη (2003)· Ισ. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993)· Στ. Κότσιανος, Ιατρική ευθύνη (1977)· Μ. Κανελλοπούλου-Μπότη, Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς κατά το ελληνικό και το αγγλοσαξωνικό δίκαιο (1999). Βλ. ενδεικτικά από συλλογικά έργα Εμ. Λασκαρίδης (Επιμ.), Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) (2013)· Κ. Γώγος/Μ.Καϊιάφα-Γκμάντι/Λ. Παπαδοπούλου/Κ. Φουντεδάκη (Επιμ.), Η ιατρική ευθύνη στην πράξη (2010). Βλ. ενδεικτικές μελέτες: Φ. Δωρής, Θεμελιώδη ζητήματα της αστικής ευθύνης των γιατρών στο ελληνικό δίκαιο, Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Νομικών, Δίκαιο και Υγεία (1994), 35 επ.· Π. Ζέπος, Η ευθύνη του ιατρού, ΝοΒ 28 (1973), 1 επ.· Φ. Κοζύρης, Το ιατρικό παράπτωμα: σχόλια με αφορμή το κείμενο του καθηγητή Τ. Τζοστ, Αρμ. 53 (1999), 178 επ.· Λ. Κιτσάρας, Το πρόβλημα της αποδείξεως της ιατρικής ευθύνης,

ανάγκες της παρούσας μελέτης, μια εξαιρετικά σύντομη επισκόπηση των βασικών αρχών της.

Η ιατρική ευθύνη για αποζημίωση μπορεί να είναι ενδοσυμβατική, δηλαδή να αφορά ευθύνη του ιατρού για την πλημμελή εκπλήρωση των συμβατικών του υποχρεώσεων προς τον ασθενή του. Συνήθως όμως, οι ασθενείς θα αξιώνουν, συχνά σωρευτικά, και αποζημίωση με τις διατάξεις περί αδικοπραξιών του Αστικού μας Κώδικα (άρθρα 914 επ. ΑΚ), ο οποίος προβλέπει, ειδικά για την αδικοπρακτική ευθύνη, πέρα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, και αξίωση αποκατάστασης της ηθικής βλάβης του ενάγοντα, κατά το άρθρο 932 ΑΚ, η οποία δεν προβλέπεται ως αξίωση στο πλαίσιο ενδοσυμβατικής ευθύνης<sup>10</sup>.

Πολύ συνοπτικά, το άρθρο 914 ΑΚ προϋποθέτει, για την αναγνώριση ιατρικής ευθύνης και την επιδίκαση αποζημίωσης στον ενάγοντα: α) την ύπαρξη συμπεριφοράς (πράξης ή παράλειψης), β) η οποία είναι παράνομη και γ) υπαίτια (δηλαδή δόλια ή αμελής), δ) την ύπαρξη ζημίας και ε) τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της (υπαίτιας και παράνομης) συμπεριφοράς του δράστη (ή των δραστών) και της ζημίας<sup>11</sup>. Κατά, μάλλον πάγια, νομολογία, η προϋπόθεση της παρανομίας (ανωτέρω υπό β) πληρούται όταν ο γιατρός, με πράξεις ή παραλείψεις του έχει παραβεί την υποχρέωσή του να λαμβάνει μέτρα επιμελείας ως προς την αποφυγή προκλήσεως ζημίας σε έννομα αγαθά των

---

σε: Τιμητικό Τόμο Μ. Σταθόπουλου, τ. Ι, (2010), σελ. 985 επ. Μ.Ε. Μάντακας, Το ανθρώπινο ιατρικό λάθος, Συνήγορος 2001, τ. 28, 400 επ. Φ. Ομπέση, Η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης στο ιατρικό δίκαιο. Επισημάνσεις συγκριτικού δικαίου, Αρμ. 47 (1993), 401 επ. Κ. Παπαπολυχρονιάδης, Η χειρουργική ευθύνη, Αρμ. 53 (1999), 182. Μ. Καϊάφα-Γκιάμντι, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), 872. Χ. Πολίτης, Κατανομή του βάρους αποδείξεως στη δίκη της ιατρικής ευθύνης, Δ 18 (1987), 401 επ. Δ. Τσίρος, Ιατρική ευθύνη – Δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς ακόμη και για εξαιρετικούς κινδύνους, ΚριτΕ 2001/2, 247 επ. Κ. Φουντεδάκη, Το πρόβλημα του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική ευθύνη, ΕλλΔ/νη 1994, 34 επ.

<sup>10</sup> Βλ. ενδεικτικά Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σελ. 5.

<sup>11</sup> Βλ. ενδεικτικά από τις πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 1067/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014/428· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336).

ασθενών του<sup>12</sup>. Ισχύουν εδώ, ουσιαστικά, όσα αναφέραμε ήδη ανωτέρω, περί ευθύνης του γιατρού είτε για το λόγο ότι δεν ενημέρωσε (επαρκώς) τον ασθενή του για τους πιθανούς κινδύνους της επέμβασής του, είτε για το ιατρικό του λάθος<sup>13</sup>.

Όσον αφορά την προϋπόθεση της υπαιτιότητας (ανωτέρω, υπό γ), συνήθως αμέλεια, γίνεται δεκτό ότι αυτή υπάρχει όταν ο γιατρός παρέλειψε να καταβάλει την επιμέλεια που θα μπορούσε, με μέτρο τη συμπεριφορά του μέσου συνετού και επιμελούς εκπροσώπου του κύκλου δραστηριότητάς του, οπότε και θα ήταν δυνατή η αποτροπή του ζημιογόνου γεγονότος, του οποίου την επέλευση αυτός είτε δεν προέβλεψε, είτε το προέβλεψε αλλά ήλπιζε ότι θα το αποφύγει<sup>14</sup>.

Σημειώνεται εδώ, παρενθετικά, ότι η τυχόν επιβολή αυξημένης υποχρέωσης επιμέλειας του «εξειδικευμένου» ιατρού (ο οποίος π.χ. έχει πολύχρονη εμπειρία, ακαδημαϊκή και ερευνητική καταξίωση κτλ.) παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι ενδέχεται αντίστοιχα να επηρεάσει αρνητικά το γενικό πρότυπο επιμέλειας (δηλαδή να το συμπαρασύρει προς τα κάτω για τους αρχάριους ή τους λιγότερο έμπειρους γιατρούς) και για το λόγο αυτό δε φαίνεται να υιοθετείται από τη θεωρία<sup>15</sup>. Επίσης ότι οι ιδιαίτερα ικανοί γιατροί θα ετίθεντο σε χειρότερη μοίρα από τους υπόλοιπους, ενώ θα εξέλειπε και το κίνητρο να βελτιώσουν την επίδοσή τους, αφού ταυτόχρονα θα αύξαναν

---

<sup>12</sup> Βλ. ενδεικτικά από πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 1067/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 687/2013, ΕΕμπΔ 2014, 45, με Παρατηρήσεις Ε. Τρούλη, (50)· ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014, 428· ΑΠ 424/2012, ΧρΙΔ 2012, 587· ΑΠ 726/2012, ΕπισκΕΔ 892, 2012= ΕΕμπΔ 316, 2013· ΑΠ 181/2011, ΧρΙΔ 2011, 664· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336)· ΑΠ 1362/2007, ΕφΑΔ 2008, 62. Βλ. και άρθρα 11 και 12 Ν. 3418/2005 (Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας).

<sup>13</sup> Βλ. ενδεικτικά και ΑΠ 1067/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014/428· ΑΠ 687/2013, ΕΕμπΔ 2014, 45, με Παρατηρήσεις Ε. Τρούλη, (50)· ΕφΑΘ 6426/2013, ΤΝΠ Νόμος.

<sup>14</sup> Βλ. ενδεικτικά από πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 1067/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014/428· ΑΠ 726/2012, ΕπισκΕΔ 892, 2012= ΕΕμπΔ 316, 2013· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336).

<sup>15</sup> Πρβλ. Θ. Τροκάνα, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία των πολιτικών δικαστηρίων της τελευταίας δεκαετίας, σε Κ. Γώγο/Μ. Καϊάφα-Γκιμάντι/Λ. Παπαδοπούλου/Κ. Φουντεδάκη (Επιμ.), Η ιατρική ευθύνη στην πράξη (2010), σελ. 133, 146 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

συγχρόνως και τις ευθύνες τους<sup>16</sup>. Επισημαίνεται, βεβαίως, ότι ο ασθενής συνήθως αποβλέπει στις εξαιρετικές αυτές ικανότητες του ιατρού και καταβάλλει για τον σκοπό αυτό αυξημένη αμοιβή. Για το λόγο αυτό προκρίνεται η επίταση της ενδοσυμβατικής ευθύνης του γιατρού, όχι όμως και της αδικοπρακτικής<sup>17</sup>.

Διαφορετικό, πάντως, είναι το ζήτημα του επιπέδου της επιμέλειας του γιατρού ανάλογα με την ειδικότητά του, αφού, βεβαίως, ο εκάστοτε γιατρός θα πρέπει να τηρεί το στάνταρ επιμέλειας (και να μην υπολείπεται σε γνώσεις και ικανότητες) του μέσου γιατρού της ειδικότητάς του.

Ζημία θα αποτελεί, φυσικά, η χειροτέρευση της υγείας του ασθενούς (προϋπόθεση δ), και επομένως η εξ αυτής προξενηθείσα περιουσιακή του ζημία και η τυχόν ηθική του βλάβη, ή η ψυχική οδύνη των οικείων του. Και, τέλος, αιτιώδης σύνδεσμος θα υπάρχει (ανωτέρω. προϋπόθεση ε), όταν η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά ήταν ικανή, κατά τη συνηθισμένη και κανονική πορεία των πραγμάτων, να επιφέρει τη ζημία και την επέφερε στη συγκεκριμένη περίπτωση<sup>18</sup>. Όλες τις ανωτέρω προϋποθέσεις θα πρέπει να τις επικαλεστεί και να τις αποδείξει ο ενάγων που επιδιώκει αποζημίωση από τον εναγόμενο γιατρό (ή το νοσηλευτικό ίδρυμα).

Οι ιατρικές υπηρεσίες θεωρούνται, όμως, επίσης, ανεξάρτητες υπηρεσίες που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του Ν. 2251/1994 για την προστασία των

---

<sup>16</sup> Έτσι για την ποινική ευθύνη, αλλά παρουσιάζει ενδιαφέρον ως επιχείρημα και για την αστική ευθύνη των ιατρών, βλ. Μ. Καϊάφα-Γκμάντι, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), 872, 879.

<sup>17</sup> Βλ. Κ. Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σελ. 381, 383. Βλ. και Θ. Τροχάνα, Το ιατρικό σφάλμα και η ευθύνη για αλλότριες πράξεις στο χώρο του ιατρικού δικαίου μέσα από τη δημοσιευμένη ελληνική νομολογία των πολιτικών δικαστηρίων της τελευταίας δεκαετίας, σε Κ. Γώγο/Μ. Καϊάφα-Γκμάντι/Λ. Παπαδοπούλου/Κ. Φουντεδάκη (Επιμ.), Η ιατρική ευθύνη στην πράξη (2010), σελ. 133, σελ. 146. Βλ. από τη νομολογία και τις σκέψεις στην ΠΠρΛαρ 191/2012, ΝοΒ 2012, 1416 = ΕφΑθ 2012/723 = ΧρΙΔ 2012/592 = Αρμ 2012, 1256 με Παρατηρήσεις Ι. Κουμάνη (1267, 1268) = Δ/νη 2013, 1458.

<sup>18</sup> Βλ. ενδεικτικά από πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 1067/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 687/2013, ΕΕμπΔ 2014, 45, με Παρατηρήσεις Ε. Τρούλη, (50)· ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014/428· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336). Ειδικά για την προϋπόθεση αυτή βλ. γενικά και Κ. Φουντεδάκη, το πρόβλημα του αιτιώδους συνδέσμου στην ιατρική ευθύνη, ΕλλΔ/νη 1994, 34 επ.

καταναλωτών, και συγκεκριμένα του άρθρου 8<sup>19</sup>, που, όπως φαίνεται να γίνεται δεκτό, εισάγει ειδικούς κανόνες ως προς ορισμένα ζητήματα της αδικοπρακτικής ευθύνης<sup>20</sup> και ορίζει μεταξύ άλλων ότι «ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψη του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή» (παρ. 1)<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Βλ. ενδεικτικά από τις πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 427, 2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 10/2013, ΧρΙΔ 2013 415· ΑΠ 424/2012, ΧρΙΔ 2012, 587· ΑΠ 726/2012, ΕπισκεΔ 892, 2012= ΕΕμπΔ 316, 2013.

<sup>20</sup> Έτσι μάλλον οι ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336, 338 επ.)· ΠΠρΑΘ 1912/2014, ΧρΙΔ 2014, 519 = Αρμ 2014, 1836· ΕφΛαρ 103/2013. Για τη θέση αυτή βλ. Κ. Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σελ. 92 επ., 100 επ. η οποία επισημαίνει ότι η ευθύνη δύναται να είναι αδικοπρακτική και οι διαφοροποιήσεις που εισάγει το άρθρο 8 Ν. 2251/1991 να εισάγονται μόνο για τα θέματα (βάρους απόδειξης, κριτήρια κτλ.) για τα οποία η διάταξη προβλέπει ρητά. Αντίθετα, παλαιότερα είχε εκφραστεί η άποψη ότι το άρθρο 8 εισήγαγε έναν νέο, αυτοτελή νόμιμο λόγο ευθύνης, βλ. Ι. Σχινά, Ιδέες και κατευθύνσεις του ν. 2251/1994, *Digesta* 1 (χειμερινό εξάμηνο 1998-1999), 1, 5 επ. · Μ. Αυγουστιανάκη σε Μ. Σταθόπουλο/Αρ. Χιωτέλλη/Μ. Αυγουστιανάκη, Κοινοτικό αστικό δίκαιο Ι (1995), σελ. 125, 161, 166· Απ. Γεωργιάδη, Ενοχικό δίκαιο, Γενικό Μέρος τ. Ι (1999), σελ. 653· Σ. Γεωργουλέα, Η αστική ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994, την Πρόταση Οδηγίας COM[90]482 τελικό – SYN308-9.11.1990 και το Σχέδιο Οδηγίας CONSOM/20/ECO 86/6378/92, 12.5.1992, ΚριτΕ 1998/1, 107, 115· Ε. Truli, Dienstleistungshaftung nach Griechischem-, Deutschen- und Gemeinschaftsrecht (Berlin, 2001), σελ. 178 επ. · Γ. Τριανταφυλλάκη, Η ευθύνη των ΕΠΕΥ έναντι των επενδυτών για παράλειψη πληροφόρησης ή παροχή εσφαλμένων συμβουλών, ΧρΙΔ 2001, 17, 22 επ.

<sup>21</sup> Όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 10 παρ. 1 Ν. 3587/2007. Επισημαίνεται διευκρινιστικά, ότι η διάταξη του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 στην αρχική του μορφή, και μέχρι την τροποποίηση του νόμου το 2007, δεν αναφερόταν ρητά στην προϋπόθεση του παρανόμου, αλλά μόνο στην υπαιτιότητα (βλ. αναλυτικά Ε. Truli, Dienstleistungshaftung nach Griechischem-, Deutschen- und Gemeinschaftsrecht (Berlin, 2001), σελ. 161 επ. Ότι η παράλειψη της αναφοράς στην προϋπόθεση της παρανομίας οφείλεται στην ευρωπαϊκή προέλευση του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 (από ένα προσχέδιο οδηγίας, το οποίο δεν ευτύχησε να ψηφισθεί) και στη μετάφραση του όρου “faute” / “fault” ως υπαιτιότητα, βλ. και Ι. Σχοινά, Ιδέες και κατευθύνσεις του ν. 2251/1994, *Digesta* 1 (Χειμερινό εξάμηνο 1998-1999), 1· Μ. Αυγουστιανάκη, σε: Μ. Σταθόπουλο/Αρ. Χιωτέλλη/Μ. Αυγουστιανάκη, Κοινοτικό Αστικό Δίκαιο Ι (1995), σελ. 125, 162. Γρήγορα, πάντως, έγινε δεκτό ότι για την εφαρμογή του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 ήταν απαραίτητο να πληρούται και η παρανομία ως προϋπόθεση της ευθύνης. Βεβαίως, όπως ορθά έχει προταθεί στη θεωρία και υιοθετηθεί στην ελληνική νομολογία, η έννοια της αντικειμενικής προσέγγισης της αμέλειας περιλαμβάνει την έννοια του παρανόμου («η διπλή λειτουργία της αμέλειας», βλ. Μ.

Η σχετική διάταξη προβλέπει μάλιστα ότι «ο παρέχων τις υπηρεσίες φέρει το βάρος της απόδειξης της έλλειψης παρανομίας και υπαιτιότητας» (παρ. 4 εδ. ά). Η πρώτη σημαντική διαφοροποίηση της εν λόγω διάταξης από το άρθρο 914 ΑΚ συνίσταται, επομένως, στη διαφορετική κατανομή του βάρους απόδειξης και στην εισαγωγή νόθου αντικειμενικής ευθύνης του ιατρού (δηλαδή υποκειμενικής ευθύνης με αντιστροφή του βάρους απόδειξης όσον αφορά την υπαιτιότητα και την παρανομία<sup>22</sup>).

Διευκρινίζεται, μάλιστα, ότι κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994, για την εκτίμηση της έλλειψης υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψη «η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών και ιδίως: α) η φύση και το αντικείμενο της υπηρεσίας, ιδίως σε σχέση με τον βαθμό επικινδυνότητάς της, β) η παρουσίαση και ο τρόπος παροχής της, γ) ο χρόνος παροχής της, δ) η αξία της παρεχόμενης υπηρεσίας, ε) η ελευθερία δράσης που αφήνεται στον ζημιωθέντα στο πλαίσιο της υπηρεσίας, στ) το αν ο ζημιωθείς

---

Σταθόπουλο, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο (1993), σελ. 98· του ίδιου, Μελέτες, τ. ΙΙ (2010), Αμέλεια και Παράνομο, σελ. 367 επ. Η κατανόηση όμως αυτή, της αμέλειας ως ταυτόχρονης πλήρωσης και της προϋπόθεσης της υπαιτιότητας και της προϋπόθεσης του παρανόμου, ουδόλως εξάλειψε την ανάγκη αναγνώρισης του παρανόμου ως προϋπόθεση της ευθύνης κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994. Και αυτό καθίσταται απολύτως εμφανές στο παράδειγμα της πρόκλησης ζημίας από δόλο, βλ. *E. Truli*, όπ.π., σελ. 143 με το παράδειγμα του οδοντίατρου, ο οποίος στο πλαίσιο της ενδεδειγμένης θεραπείας του ασθενή του, κατόπιν ενημέρωσης και συμφωνίας αυτού, του αφαιρεί (και μάλιστα σύμφωνα με τους ενδεδειγμένους κανόνες της οδοντιατρικής επιστήμης) ένα δόντι. Εάν δεν γινόταν δεκτή η ανάγκη να υπάρχει η προϋπόθεση της παρανομίας, ο γιατρός θα ευθυνόταν κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 για την πράξη του αυτή, αφού θα πληρούτο και η προϋπόθεση της ζημίας (η απώλεια του δοντιού) και της υπαιτιότητας (δόλος του ιατρού ως προς την αφαίρεσή του) αλλά και της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ της πράξης αφαίρεσης του δοντιού και της απώλειάς του. Η ευθύνη του γιατρού στις περιπτώσεις αυτές, θα ήταν βεβαίως απολύτως αδικαιολόγητη. Συνεπώς ήταν απολύτως απαραίτητη η αναγνώριση της προϋπόθεσης της παρανομίας σύμφωνα με το άρθρο 8 Ν. 2251/1994. Βλ. σχετικά και Απ. Γεωργιάδη, Ενοχικό δίκαιο, Γενικό μέρος (1999) σελ. 657· Ε. Αλεξανδρίδου, Δίκαιο προστασίας του καταναλωτή, ελληνικό και κοινοτικό (1999) σελ. 187 επ.· Μ. Αυγουστιανάκη όπ.π., σελ. 125, 163· Κ. Φουντεδάκη, Η αστική ιατρική ευθύνη μετά το Ν. 2251/1994, Κριτ.Ε 1996, 179, 189 επ.· της ίδιας, σε: Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή (2008), άρθρο 8, παρ. 13 επ.

<sup>22</sup> Βλ. ιδίως ΟΛΑΠ 18/1999, ΕλλΔνη 1999, 1290· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336)· ΑΠ 726/2012, ΕπισκΕΔ 892, 2012= ΕΕμπΔ 316, 2013· Ε. Αλεξανδρίδου, Δίκαιο προστασίας καταναλωτή ελληνικό και κοινοτικό τ. ΙΙ (1996), σελ. 186· Γ. Τριανταφυλλάκη, Η ευθύνη των ΕΠΕΥ έναντι των επενδυτών για παράλειψη πληροφόρησης ή παροχή εσφαλμένων συμβουλών, ΧρΙΔ 2001, 17, 23· Δ. Αυγητίδη, Ο αποδέκτης επενδυτικών υπηρεσιών ως καταναλωτής, ΕπισκΕΔ/Β 2001, 287, 300.

**Ε. Τρούλη: «Η ευθύνη του ιατρού στην ιατρική ομάδα: Ειδικότερα τα όρια ευθύνης χειρουργού και αναισθησιολόγου»**



ανήκει σε κατηγορία μειονεκτούντων ή ευπρόσβλητων προσώπων και ζ) το αν η παρεχόμενη υπηρεσία αποτελεί εθελοντική προσφορά του παρέχοντος αυτήν» (παρ. 4 εδ. β').

Παρά την αναφορά των ανωτέρω, ως κριτήρια για τη διαπίστωση ή μη τυχόν υπαιτιότητας, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι αυτά αποτελούν ουσιαστικά πρωτίστως κριτήρια της προϋπόθεσης της παρανομίας<sup>23</sup>. Ταυτόχρονα θα αποτελούν και κριτήρια της υπαιτιότητας υπό την έννοια της «διπλής λειτουργίας της αμέλειας»<sup>24</sup>, στις περιπτώσεις που η υπόθεση αφορά αμελείς πράξεις του ιατρού. Σε κάθε περίπτωση, η διάταξη διευκρινίζει ότι «μόνη η ύπαρξη ή δυνατότητα τελειότερης υπηρεσίας κατά τον χρόνο παροχής της υπηρεσίας ή μεταγενέστερα δεν συνιστά υπαιτιότητα» (παρ. 5), δηλαδή δεν θα έχει υποπέσει σε ιατρικό σφάλμα ο γιατρός, απλώς και μόνο επειδή είτε κατά τον χρόνο παροχής της υπηρεσίας ή μεταγενέστερα υπήρχε δυνατότητα παροχής τελειότερης υπηρεσίας.

Μια δεύτερη σημαντική διαφοροποίηση της ρύθμισης του άρθρου 8 Ν. 2251/1994, συγκριτικά με το άρθρο 914 ΑΚ, συνίσταται στην κατανομή του βάρους απόδειξης της αιτιώδους συνάφειας. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την παρ. 3 «ο ζημιωθής υποχρεούται να αποδείξει τη ζημία και την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας». Επομένως, το άρθρο 8 παρ. 3 κάνει λόγο για αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της παροχής υπηρεσίας και της ζημίας και όχι μεταξύ της παράνομης και υπαίτιας πράξης του εναγομένου<sup>25</sup>, όπως ισχύει γενικά στην ευθύνη κατά τον ΑΚ<sup>26</sup>. Και εδώ, το

<sup>23</sup> Βλ. εκτενή ανάλυση σε *E. Trulí, Dienstleistungshaftung nach Griechischem-, Deutschen- und Gemeinschaftsrecht* (Berlin, 2001), σελ. 146 επ. Βλ. και *M. Αυγουστιανάκη σε M. Σταθόπουλου/Αρ. Χιωτέλλη/Μ. Αυγουστιανάκη, Κοινοτικό αστικό δίκαιο I* (1995), σελ. 125, 168 επ.· *Κ. Φουντεδάκη, σε Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή* (2008), άρθρο 8, παρ. 16 επ. σύμφωνα με τους οποίους τα κριτήρια αυτά αναφέρονται και στην παρανομία και στην υπαιτιότητα.

<sup>24</sup> Βλ. για τη διπλή λειτουργία της αμέλειας *M. Σταθόπουλο, Γενικό Ενοχικό Δίκαιο* (1993), σελ. 98· του ιδίου, *Μελέτες, τ. II* (2010), *Αμέλεια και Παράνομο*, σελ. 367 επ. Βλ. και από τις πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος.

<sup>25</sup> Βλ. *E. Trulí, Dienstleistungshaftung nach Griechischem-, Deutschen- und Gemeinschaftsrecht* (Berlin, 2001), σελ. 169 επ.

<sup>26</sup> Βλ. και *Κ. Φουντεδάκη, σε Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή* (2008), άρθρο 8, παρ. 18.

άρθρο 8 καθιερώνει, δηλαδή, αντιστροφή του βάρους απόδειξης, με τον εναγόμενο να πρέπει να αποδείξει ότι η παράνομη και υπαίτια πράξη του δεν οδήγησε στη ζημία του ενάγοντα, οσάκις ο τελευταίος έχει αποδείξει από την πλευρά του τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ υπηρεσίας και ζημίας<sup>27</sup>.

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994, ο ζημιωθείς θα πρέπει να αποδείξει σωρευτικά: α) την παροχή της υπηρεσίας<sup>28</sup>, β) τη ζημία του και γ) τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της ζημίας<sup>29</sup>. Εφόσον τα καταφέρει, ο εναγόμενος θα απαλλάσσεται από την ευθύνη μόνο εφόσον αποδείξει με τη σειρά του (έστω ένα από τα παρακάτω): α) ότι δεν υπήρξε παράνομη η πράξη του επειδή ανταποκρινόταν στην «ευλόγως αναμενόμενη ασφάλεια», ή β) ότι δεν υπήρξε υπαίτια η πράξη του, δηλαδή δεν είχε δόλο ή αμέλεια ή γ) ότι η ζημία δεν συνδέεται αιτιωδώς με την παράνομη και υπαίτια πράξη του<sup>30</sup>.

### **III. Ειδικότερα οι διατάξεις περί συνυπαιτιότητας και ο κανόνας περί κατανομής αρμοδιοτήτων**

<sup>27</sup> Βλ. E. Truli, Dienstleistungshaftung nach Griechischem-, Deutschen- und Gemeinschaftsrecht (Berlin, 2001), σελ. 169 επ. Σύμφωνα Κ. Φουντεδάκη, σε Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή (2008), άρθρο 8, παρ. 18.

<sup>28</sup> Ότι η ευθύνη κατά το άρθρο 8 Ν. 2251/1994 προϋποθέτει την παροχή της υπηρεσίας και δεν είναι δυνατό να πληρωθεί σε περίπτωση που δεν παρασχέθηκε υπηρεσία, ακόμα και αν αυτό είχε συμφωνηθεί (ευθύνη για μη εκπλήρωση), βλ. σχετικά E. Truli, Dienstleistungshaftung nach Griechischem-, Deutschen- und Gemeinschaftsrecht (Berlin, 2001), σελ. 135 επ. Σύμφωνα Κ. Φουντεδάκη, Αστική ιατρική ευθύνη (2003), σελ. 98· της ίδιας, σε Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή (2008), άρθρο 8, παρ. 11. Βλ. και Ε. Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη, Η άρνηση παροχής ιατρικών υπηρεσιών και η ευθύνη κατά το άρθρο 8 του Ν. 22351/1994, ΚριτΕ 1996/2, 153 επ.

<sup>29</sup> Βλ. από τις πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336).

<sup>30</sup> Βλ. από τις πρόσφατες αποφάσεις ιατρικής ευθύνης ΑΠ 1067/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 726/2012, ΕπισκΕΔ 892, 2012= ΕΕμπΔ 316, 2013· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336). Βλ. επίσης Κ. Φουντεδάκη, σε Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή (2008), άρθρο 8, παρ. 25, η οποία διευκρινίζει περαιτέρω ότι η ρύθμιση του άρθρου 8 αφορά μόνο το βάρος απόδειξης και όχι το βάρος επίκλησης της παράνομης και υπαίτιας πράξης του παρέχοντος την υπηρεσία, επίκληση που είναι απαραίτητη για το νόμο βάσιμο της αγωγής, με περαιτέρω παραπομπή σε Ας. Γεωργιάδη, Η ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες, Αφιέρωμα στην Αλίκη Κιάντου-Παμπούκη, Επιστημονική Επετηρίδα Νομικής Σχολής ΑΠΘ, ΝΟΜΟΣ 5 (1998), 143.

Όσον αφορά το ζήτημα της συνυπαιτιότητας, το άρθρο 8 παρ. 6 του Ν. 2251/1994 παραπέμπει στις αντίστοιχες ρυθμίσεις της ευθύνης του παραγωγού ελαττωματικών προϊόντων, δηλαδή στο άρθρο 6 παρ. 10 του ίδιου νόμου, σύμφωνα με το οποίο «[ε]αν δύο ή περισσότερα πρόσωπα ευθύνονται για την ίδια ζημία, τα πρόσωπα αυτά υπέχουν εις ολόκληρον ευθύνη έναντι του ζημιωθέντος και έχουν δικαίωμα αναγωγής μεταξύ τους ανάλογα με τη συμμετοχή του καθενός στην επέλευση της ζημίας»<sup>31</sup>. Έτσι, αν π.χ. οι περισσότεροι παροχείς υπηρεσιών προκάλεσαν με κοινή πράξη τους την ίδια ζημιά (ΑΚ 926 εδ. 1), ο ζημιωθείς θα πρέπει να αποδείξει (σωρευτικά): α) την παροχή της υπηρεσίας με σύμπραξη περισσότερων παρόχων υπηρεσιών, β) τη ζημία του και γ) τον αιτιώδη σύνδεσμο της ζημίας με την παροχή της υπηρεσίας<sup>32</sup>. Για να απαλλαγεί από την ευθύνη ο κάθε ένας από τους συμπράξαντες παροχείς υπηρεσιών οφείλει να αποδείξει (εναλλακτικά): α) είτε το σύννομο της δικής του επιμέρους πράξης, β) είτε την έλλειψη υπαιτιότητάς του, γ) είτε την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της (ατομικής του) πράξης και της ζημίας<sup>33</sup>.

Σημειώνεται πως το άρθρο 926 ΑΚ, για ζημία από περισσότερους που ευθύνονται κατά τη γενική ρήτρα του άρθρου 914 ΑΚ, ορίζει αντίστοιχα ότι «[α]ν από κοινή πράξη περισσότερων προήλθε ζημία ή αν για την ίδια ζημία ευθύνονται παράλληλα περισσότεροι, ενέχονται όλοι εις ολόκληρον. Το ίδιο ισχύει και αν έχουν ενεργήσει περισσότεροι συγχρόνως ή διαδοχικά και δεν μπορεί να εξακριβωθεί τίνος η πράξη επέφερε τη ζημία»<sup>34</sup>. Σε σύγκριση με την παραπάνω ειδικότερη ρύθμιση του άρθρου 6 παρ. 10 Ν. 2251/1994, το άρθρο 926 ΑΚ διαφοροποιείται, δηλαδή, μόνο ως προς την συμπλήρωση της πρόβλεψης για

<sup>31</sup> Βλ. και ΠΠρΛαρ 191/2012, ΝοΒ 2012, 1416 = ΕφΑθ 2012/723 = ΧρΙΔ 2012/592 = Αρμ 2012, 1256 με Παρατηρήσεις Ι. Κουμάνη (1267), Δ/νη 2013, 1458.

<sup>32</sup> Βλ. ΑΠ 10/2013, ΧρΙΔ 2013 415· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336). Βλ. και Κ. Φουντεδάκη, σε Ε. Αλεξανδρίδου (επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή (2008), άρθρο 8, παρ. 32.

<sup>33</sup> Βλ. χαρακτηριστικά ΑΠ 10/2013, ΧρΙΔ 2013 415· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336).

<sup>34</sup> Σύμφωνα δε με το άρθρο 927 ΑΚ «[ε]κείνος που κατά το προηγούμενο άρθρο κατέβαλε ολόκληρη την αποζημίωση έχει δικαίωμα αναγωγής κατά των υπολοίπων. Το δικαστήριο προσδιορίζει το μέτρο της μεταξύ τους ευθύνης ανάλογα με το βαθμό του πταίσματος καθενός. Αν δεν μπορεί να εξακριβωθεί ο βαθμός αυτός, η ζημία κατανέμεται μεταξύ όλων σε ίσα μέρη». Για τη σημασία του άρθρου 926 ΑΚ ειδικά στην ιατρική ευθύνη βλ. Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1891 επ.

τις περιπτώσεις που δεν μπορεί να εξακριβωθεί τίνος η πράξη επέφερε τη ζημία. Όπως, όμως, γίνεται δεκτό, τα άρθρα 481 ΑΚ (εις ολόκληρον παθητική ευθύνη)<sup>35</sup>, 926 ΑΚ (ζημία από περισσότερους)<sup>36</sup> και 927 ΑΚ (αναγωγή μεταξύ τους)<sup>37</sup> εφαρμόζονται αναλογικά και στις περιπτώσεις εφαρμογής του άρθρου 8 Ν. 2251/1994<sup>38</sup>.

Σημαντική είναι, μάλλον, στο σημείο αυτό η υπενθύμιση, πως η εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων προϋποθέτει ότι το δικαστήριο διαπιστώνει την ευθύνη των ιατρών και των δύο ειδικοτήτων (και του αναισθησιολόγου, και του χειρουργού), δηλαδή ευθύνη για πράξεις ή παραλήψεις τους, οι οποίες τους καταλογίζονται ατομικά<sup>39</sup>. Προκειμένου, επομένως, να ευθύνονται και οι δύο, οι γιατροί θα πρέπει να προκάλεσαν τη ζημία του ενάγοντα με κοινές ή παράλληλες<sup>40</sup> παράνομες και υπαίτιες πράξεις ή παραλήψεις τους<sup>41</sup>. Επομένως, δε θα ευθύνεται ο γιατρός κατά τις ανωτέρω διατάξεις περί συνυπαιτιότητας και ευθύνης, οσάκις η ζημία του ασθενούς

<sup>35</sup> «Οφειλή εις ολόκληρον υπάρχει όταν σε περίπτωση περισσότερων οφειλετών της ίδιας παροχής καθένας απ' αυτούς έχει την υποχρέωση να την καταβάλει ολόκληρη, ο δανειστής όμως έχει το δικαίωμα να την απαιτήσει μόνο μία φορά.»

<sup>36</sup> «Αν από κοινή πράξη περισσότερων προήλθε ζημία ή αν για την ίδια ζημία ευθύνονται παράλληλα περισσότεροι, ενέχονται όλοι εις ολόκληρον. Το ίδιο ισχύει και αν έχουν ενεργήσει περισσότεροι συγχρόνως ή διαδοχικά και δεν μπορεί να εξακριβωθεί τίνος η πράξη επέφερε τη ζημία.»

<sup>37</sup> «Εκείνος που κατά το προηγούμενο άρθρο κατέβαλε ολόκληρη την αποζημίωση έχει δικαίωμα αναγωγής κατά των λοιπών. Το δικαστήριο προσδιορίζει το μέτρο της μεταξύ τους ευθύνης ανάλογα με το βαθμό του πταίσματος καθενός. Αν δεν μπορεί να εξακριβωθεί ο βαθμός αυτός, η ζημία κατανέμεται μεταξύ όλων σε ίσα μέρη.»

<sup>38</sup> Βλ. ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336)· ΠΠρΑΘ 1912/2014, ΧρΙΔ 2014, 519 = Αρμ 2014, 1836. Βλ. Κ. Φουντεδάκη, σε Ε. Αλεξανδρίδου (Επιμ.), Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή (2008), άρθρο 8, παρ. 32.

<sup>39</sup> Βλ. και Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1885 επ.

<sup>40</sup> Βλ. και 926 εδ. 1 ΑΚ. Οι παράλληλες αυτές παράνομες και υπαίτιες πράξεις ή παραλείψεις του γιατρού κάθε ειδικότητας μπορεί να έλαβαν χώρα ταυτόχρονα ή διαδοχικά, βλ. Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1891 επ.

<sup>41</sup> Ή να συντρέχει η περίπτωση διαζευκτικής αιτιότητας κατά το άρθρο 926 εδ. 2 ΑΚ, δηλαδή να μην μπορεί να εξακριβωθεί ποιος ακριβώς προκάλεσε τη ζημία, βλ. Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1891 επ.

οφείλεται σε παράνομη και υπαίτια πράξη ή παράλειψη μόνο του άλλου συναδέλφου, δηλαδή είτε μόνο του χειρουργού (ή των χειρουργών), είτε μόνο του αναισθησιολόγου (ή των αναισθησιολόγων), η οποία και οδήγησε στη βλάβη της υγείας του ασθενούς, χωρίς τη συνδρομή υπαίτιων και παράνομων πράξεων ή παραλείψεων του άλλου.

Η διαπίστωση αυτή είναι, βεβαίως, όπως ειπώθηκε και ανωτέρω, πραγματικό γεγονός, υπό διερεύνηση σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά<sup>42</sup>. Προς υποβοήθηση της διαπίστωσης ότι μια ιατρική πράξη ή παράλειψη οφείλεται σε έναν ή περισσότερους γιατρούς, ενδιαφέρον παρουσιάζει ο κανόνας περί κατανομής αρμοδιοτήτων<sup>43</sup> (και αντίστοιχα ευθύνης «ανά τομέα ειδικότητας»<sup>44</sup>). Παρότι δεν υπάρχει γνωστή σχετική νομολογία, σύμφωνα με τον κανόνα αυτόν (ο οποίος φαίνεται να αναφέρεται πρωτίστως στο πεδίο συνεργασίας θεράποντων ιατρών και εργαστηριακών<sup>45</sup>), στο πλαίσιο του λεγόμενου «οριζόντιου καταμερισμού εργασίας»<sup>46</sup> των ιατρών διαφορετικών

<sup>42</sup> Βλ. και την εξαιρετικά ενδιαφέρουσα ΔΠρΑθ 10933/1997 Δ/νη 1998, 1171, με σκεπτικό για τον καταμερισμό ευθυνών για διαδοχικά ιατρικά λάθη μεταξύ πολλών ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Γενικά για τα ζητήματα ευθύνης σε κάθε περίπτωση που δύο ή περισσότεροι γιατροί παρέχουν, συνεργαζόμενοι, υπηρεσίες σε ασθενή τους, βλ. *Ευ. Στασινόπουλο*, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883 επ.

<sup>43</sup> Βλ. σε πλαίσιο ανάλυσης ποινικού δικαίου, βλ. για τον κανόνα αυτό και *Μ. Καϊάφα-Γκιάμντι*, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), 872, 876.

<sup>44</sup> Βλ. αναλυτικά και με παραδείγματα *Markus Gehrlein*, Grundriss der Arzthaftpflicht, 2006, Κεφ. II, αρ. 56 επ.

<sup>45</sup> Βλ. σχετικά και *Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σ. 236, σύμφωνα με την οποία ο θεράπων ιατρός δε θα ευθύνεται σε καμία περίπτωση για τα πορίσματα του εργαστηριακού γιατρού, ακόμα και όταν αυτός λαμβάνει από τον ασθενή αιματολογικά, κυτταρολογικά ή άλλα στοιχεία και τα αποστέλλει ο ίδιος σε εργαστήρια για εξετάσεις χωρίς ο ασθενής να έρχεται ποτέ σε επαφή με τα ερευνητικά εργαστήρια, Η ίδια διευκρινίζει ότι στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός συνάπτει με τα ερευνητικά εργαστήρια σύμβαση ιατρικής αγωγής ως αντιπρόσωπος του ασθενή, επ' ονόματι και για λογαριασμό του, έστω και αν ο ίδιος ο ιατρός συμπεριλαμβάνει στην αμοιβή του και τις αμοιβές ερευνητικών εργαστηρίων, ό.π. σ. 236 επ. Ότι ο θεράπων ιατρός δεν ευθύνεται για λάθη του ειδικευμένου ή εργαστηριακού γιατρού, εκτός αν η παραπομπή έγινε «εσωτερικά», βλ. *Christian Katzenmeier* σε: *Adolf Laufs/Christian Katzenmeier/Volker Lipp*, *Arztrecht*, 6. Aufl. (2009), Κεφ. XI, αρ. 2, σελ. 360.

<sup>46</sup> Για τη λεγόμενη «horizontale Arbeitsteilung» βλ. ενδεικτικά *Markus Gehrlein*, Grundriss der Arzthaftpflicht, 2006, Κεφ. II, αρ. 55.

ειδικοτήτων, ο γενικός γιατρός ή ο γιατρός μιας ειδικότητας θα πρέπει να μπορεί να εμπιστεύεται τα ιατρικά ευρήματα άλλου γιατρού που αποφαίνεται σε θέματα δικής του ειδικότητας, θεωρώντας καταρχήν ότι αυτά είναι ορθά<sup>47</sup>.

Συνεπώς, και σε περίπτωση βλάβης της υγείας του (κοινού) ασθενή, θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη στη διαπίστωση της ευθύνης του εκάστοτε ιατρού, ο βαθμός συσχέτισης του λάθους με τον τομέα ευθύνης της κάθε ειδικότητας<sup>48</sup>. Είναι εύλογο, δηλαδή, να επιρρίπτεται η αποκλειστική ευθύνη (ή το μεγαλύτερο μέρος αυτής) για ένα ιατρικό λάθος σε έναν γιατρό, ακριβώς επειδή σε αυτόν αναγόταν, λόγω της ειδικότητάς του, η απόφαση για την επιζήμια αγωγή που ακολουθήθηκε<sup>49</sup>.

Στον αντίποδα της ευθύνης «ανά τομέα ειδικότητας» βρίσκεται η λεγόμενη ευθύνη του «επικεφαλής του χειρουργείου», η οποία αποδεχόταν την ευθύνη του χειρουργού για οποιοδήποτε λάθος κατά τη χειρουργική επέμβαση<sup>50</sup>. Η διευρυμένη αυτή ευθύνη του χειρουργού φαίνεται να υποστηριζόταν παλαιότερα, όταν ο χειρουργός είχε τον απόλυτο των συνεργατών του και τη γενική εποπτεία του χειρουργείου, θεωρείται όμως

---

<sup>47</sup> Αυτό γίνεται δεκτό στη γερμανική θεωρία και νομολογία, βλ. BGH NJW 1999, 1779· *Adolf Laufs* σε *Adolf Laufs/Wilhelm Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. (2002), §101 αρ. 7. Βλ. και *M. Καϊάφα-Γκμάντι*, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), 872, 877.

<sup>48</sup> Βλ. σχετικά και *Markus Gehrlein*, Grundriss der Arzthaftpflicht (2006), Κεφ. II, αρ. 55. Έτσι και *Mark A. Sidhom/Michael G Poulsen*, Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions, Vol 7, Lancet Oncology 2006, 951, 952. Βλ. χαρακτηριστικά και την ΔΠΡΑΘ 10933/1997 (ΤΝΠ, Νόμος) στην οποία ο θάνατος του ασθενούς οφείλετο σε διαδοχικές παράνομες πράξεις και παραλείψεις των ιατρών οι οποίες τους καταλογίσθηκαν ανάλογα με την ειδικότητα του καθενός. Υπέρ της κατανομής ευθυνών σύμφωνα με τον κανόνα της κατανομής αρμοδιοτήτων στο πλαίσιο της συνεργασίας ιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων για ιατρικά συμβούλια ή παραπομπή για εξετάσεις, βλ. και *E. Τρούλη*, Το ιατρικό συμβούλιο (υποχρέωση συγκρότησης, διαδικασία διεξαγωγής, ζητήματα ευθύνης), ΕφΑΔ 3/2011, 147, 156 επ.· της ίδιας, σε *E. Λασκαρίδη*, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), (2013), άρθρο 22, αρ. 11 επ.

<sup>49</sup> Βλ. σχετικά και *E. Τρούλη*, Το ιατρικό συμβούλιο (υποχρέωση συγκρότησης, διαδικασία διεξαγωγής, ζητήματα ευθύνης), ΕφΑΔ, 147, 156 επ.· της ίδιας, σε *E. Λασκαρίδη*, Ερμηνεία Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), (2013), άρθρο 22, αρ. 11 επ.

<sup>50</sup> Βλ. σχετικά *Eu. Στασινόπουλο*, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1885 επ.

πλέον εγκαταλειφθείσα, στο πλαίσιο της λειτουργίας μιας «χειρουργικής ομάδας», όπου η θέση του χειρουργού χαρακτηρίζεται από την ισότιμη συνεργασία με τα μέλη της ομάδας, δηλαδή και με τον αναισθησιολόγο<sup>51</sup>. Για το λόγο αυτό, η ευθύνη του χειρουργού και των συνεργαζόμενων με αυτόν γιατρών φαίνεται να εξαρτάται πλέον από το κριτήριο του «τομέα της ειδικότητας».

Ο κανόνας της ευθύνης «ανά τομέα ειδικότητας» κάμπτεται, βεβαίως, από τη στιγμή που ο θεράπων ιατρός ή ο γιατρός άλλης ειδικότητας έχει ενδείξεις για ενδεχόμενο ιατρικό λάθος εκ μέρους του ειδικού ή εργαστηριακού ιατρού<sup>52</sup>. Στην περίπτωση αυτή, εάν ο θεράπων ιατρός ή ο γιατρός άλλης ειδικότητας, παραλείψει να διερευνήσει το ζήτημα, φαίνεται πως διαπράττει και ο ίδιος ιατρικό λάθος<sup>53</sup>. Ευθύνη του χειρουργού, εξάλλου, δεν αποκλείεται, όταν η επιλογή του αναισθησιολόγου ήταν δική του και υπήρξε αμελής<sup>54</sup>, π.χ. επειδή ο αναισθησιολόγος ήταν ακατάλληλος από άποψη ειδικότητας ή επειδή ο θεράπων ιατρός που τον επέλεξε είχε (ή έπρεπε να έχει) βάσιμους λόγους να αμφισβητεί την ικανότητά του.

#### **IV. Παραδείγματα περιπτώσεων ευθύνης χειρουργών και αναισθησιολόγων από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων**

##### **IV.1. Η ΑΠ 1227/2007**

---

<sup>51</sup> Όπ.π., σελ. 1886, ο οποίος επισημαίνει ότι πάντως «τα παραπάνω περιπτωσιολογικά κριτήρια της ιατρικής επιστήμης δεν ανταποκρίνονται στην περίπλοκη νομική προβληματική του θέματος και ιδίως στον νομικό χαρακτηρισμό της ιατρικής ευθύνης από ενδεδειγμένη συλλογική δράση».

<sup>52</sup> Βλ. και Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1887 επ. Βλ. και Μ. Καϊάφα-Γκμάντι, Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, ΝοΒ 37 (1989), 872, 877.

<sup>53</sup> Βλ. σχετικά BGH NJW 1994, 797· OLG Naumburg VersR 1998, 983· OLG Celle VersR 1977, 368. Βλ. και Markus Gehrlein, Grundriss der Arzthaftpflicht (2006), Κεφ. II, αρ. 55. Διαφορετικό, τέλος, είναι το ζήτημα ενδεχόμενης ευθύνης του χειρουργού ιατρού (β

<sup>54</sup> Βλ. Γενική αναφορά σε μια τέτοια δυνατότητα σε Michael H. Cohen/David M. Eisenberg, Potential Physician Malpractice Liability Associated with Complementary and Integrative Medical Therapies, Vol. 136 Annals of Internal Medicine Number 8, 2002, 596, 600. Έτσι γενικά για τις περιπτώσεις παραπομπής σε ερευνητικό εργαστήριο Ι. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, Η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς (1993), σελ. 237).

**Ε. Τρούλη: «Η ευθύνη του ιατρού στην ιατρική ομάδα: Ειδικότερα τα όρια ευθύνης χειρουργού και αναισθησιολόγου»**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η απόφαση 1227/2007<sup>55</sup>, στην οποία ο Άρειος Πάγος επικύρωσε εφετειακή απόφαση<sup>56</sup>, που είχε επιδικάσει χρηματική ικανοποίηση για ψυχική οδύνη σε έξι συγγενείς της θανούσας ασθενούς<sup>57</sup>. Επρόκειτο για τον θάνατο νεαρής γυναίκας από ρήξη της τραχείας της κατά τη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης αφαίρεσης κύστης ωοθηκών. Στην εφετειακή απόφαση διαπιστώθηκε ότι η 36χρονη ασθενής είχε παραληφθεί από τους ιατρούς-αναισθησιολόγους για γενική αναισθησία και ότι εξαιτίας της επιλεγείσας μεθόδου γενικής ναρκώσεως της κρίθηκε αναγκαία η ενδροτραχειακή διασωλήνωσή της, προκειμένου να εξασφαλισθεί η αναπνευστική της λειτουργία κατά τη διάρκεια της ναρκώσεως και της χειρουργικής επεμβάσεως. Η εφετειακή απόφαση δέχθηκε στη συνέχεια ότι αμέσως μετά την ως άνω εισαγωγή της στην αναισθησία, οι ιατροί-αναισθησιολόγοι:

«[Α]πό βαριά αμέλειά τους και κατά παράβαση των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, συνιστάμενη στην αδεξιότητά τους, κατά την εισαγωγή του τραχειοσωλήνα, από σιλικόνη και με καμπτή και αιχμηρή άνω άκρη, στην κατακόρυφη τραχεία αρτηρία της ασθενούς για την επίτευξη της ενδοτραχειακής διασωληνώσεως, προκάλεσαν από κοινού επιμήκη ρήξη (τρώση) μήκους τριών (3) εκατοστών του μέτρου, στο οπίσθιο τοίχωμα της τραχείας, μολονότι ‘ως εκ της ειδικότητάς των και κατά τα διδάγματα της ιατρικής επιστήμης’ όφειλαν και μπορούσαν να την αποφύγουν. Έτσι, λόγω της αδυναμίας αερισμού και της κατακλύσεως των πνευμόνων της με αίμα από την

---

<sup>55</sup> ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336).

<sup>56</sup> ΕφΑθ 3726/2006 (αδημοσίευτη).

<sup>57</sup> Εντυπωσιακή είναι η απόφαση αυτή και ως προς το ύψος των επιδικαζόμενων ποσών. Συγκεκριμένα, ο Άρειος Πάγος επικύρωσε την εφετειακή απόφαση που είχε επιδικάσει ψυχική οδύνη ύψους 330.000 ευρώ σε κάθε έναν εκ των τριών συγγενών της θανούσας (στο σύζυγο και στους γονείς της) και 230.000 ευρώ σε καθέναν εκ τριών άλλων συγγενών της (στη γιαγιά και στις δύο αδερφές της). Βλ. την πρωτόδικη απόφαση ΠολΠρΑθ 2137/2003, ΤΝΠ Ισοκράτης. Βλ. και Ά. Ζαρκίνου, Ιατρική ευθύνη στην πράξη – έρευνα δικαστικών αποφάσεων πολιτικών δικαστηρίων της τελευταίας δεκαετίας (Γενικές παρατηρήσεις και στατιστικά στοιχεία), σε: Κ. Γώγο/Μ. Καϊάφα-Γκμάντη/Λ. Παπαδοπούλου/Κ. Φουντεδάκη (Επιμ.), Η ιατρική ευθύνη στην πράξη (2010), σελ. 159, 161.



τρώση, η ως άνω υπέστη συμφορητική ατελεκτασία των πνευμόνων, με συνέπεια την επέλευση του θανάτου της»<sup>58</sup>.

Με βάση τα παραπάνω πραγματικά περιστατικά, το δικαστήριο εφάρμοσε τις διατάξεις του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 και έκρινε υπεύθυνο για τον θάνατο της ασθενούς, αφενός τους αναισθησιολόγους, οι οποίοι, όπως συνάγεται, υπέπεσαν στο σφάλμα της τρώσης της τραχείας και της ανεπιτυχούς διασωλήνωσης της ασθενούς· αφετέρου τον χειρουργό-γυναικολόγο, ο οποίος στο πλαίσιο της νόθου αντικειμενικής ευθύνης του δεν κατάφερε να αποδείξει την έλλειψη παράνομης και υπαίτιας πράξεώς του, ή την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της δικής του (ατομικής) πράξεως και της επέλευσης του θανάτου της ασθενούς.

#### IV.2. Η ΣτΕ 3793/2014

Στην απόφαση 3793/2014 του Συμβουλίου της Επικρατείας<sup>59</sup>, το δικαστήριο επιβεβαίωσε την αξίωση κατά δημόσιου νοσοκομείου για τον θάνατο 27χρονης ασθενούς, η οποία κατέληξε μετά από την υποβολή σε προγραμματισμένη εγχείρηση αμυγδαλεκτομής. Η επέμβαση διενεργήθηκε υπό γενική αναισθησία, κατά δε τη διάρκειά της η ασθενής παρουσίασε, λόγω σφάλματος κατά τη διασωλήνωσή της, «έντονη βραδυκαρδία», «κολποκοιλιακό αποκλεισμό που δεν ανατασσόταν», «δραματική πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης» και «κυάνωση», τελικώς δε οδηγήθηκε σε ανακοπή. Μετά τη συνδρομή της διευθύντριας αναισθησιολογίας και την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση της ασθενούς, η τελευταία επανήλθε. Καθώς, ωστόσο, υπήρξε διαταραχή στη ροή του οξυγόνου προκλήθηκε βλάβη

---

<sup>58</sup> Σύμφωνα με την απόφαση, «ειδικότερα, εξαιτίας της τρώσεως, η διοχέτευση του αέρα και του οξυγόνου μέσω του τραχειοσωλήνα και μάλιστα υπό πίεση από το σχετικό μηχάνημα δεν ακολουθούσε τη φυσική οδό της τραχείας αρτηρίας ώστε να καταλήγει στους βρόγχους και εν συνεχεία στους πνεύμονες, αλλά, μέσω της τρώσεως (ορθότερα: διατρήσεως) της τραχείας, ακολούθησε υποδόρια οδό, κατευθυνόμενη όπισθεν των πνευμόνων προς το μεσοθωράκιο, με αποτέλεσμα η ασθενής να εμφανίσει αρχικώς δυσχέρεια αερισμού των πνευμόνων και τελικώς συμφορητική ατελεκτασία αυτών, δηλαδή σύμπτωση (σύμπτωση) των πνευμονικών κυψελίδων, οφειλόμενη στην έλλειψη αερισμού και την κατάκλυσή τους με αρκετή ποσότητα αίματος, προερχόμενη από τα σημεία της ως άνω τρώσεως και του τραυματισμού του όπισθεν αυτής ευρισκόμενου τμήματος του οισοφάγου, επιπλέον δε η ίδια εμφάνισε και υποδόριο εμφύσημα λόγω της υποδόριας διοχετεύσεως του αέρα και μάλιστα υπό πίεση».

<sup>59</sup> ΤΝΠ Νόμος.

του εγκεφάλου, η οποία οδήγησε την ασθενή σε εγκεφαλικό θάνατο οπότε και κατέληξε.

Η δικαστική απόφαση βασίστηκε σε πόρισμα σύμφωνα με το οποίο η βραδυκαρδία και η ανακοπή προήλθαν «από παρατεταμένη ιστική υποξία στην οποία οδήγησε η υποξαιμία και η ανοξία». Σημειώνεται πως, στην περίπτωση αυτή, διαπιστώθηκε ευθύνη μόνο του αναισθησιολόγου, και όχι του χειρουργού-ωτορινολαρυγγολόγου. Ο δε αναισθησιολόγος διέπραξε καταρχάς ιατρικό σφάλμα κατά τη διασωλήνωση του ασθενούς. Στη συνέχεια το δικαστήριο του καταλόγισε και δεύτερο σφάλμα, αυτό της καθυστερημένης επέμβασής του με τη μέθοδο ΚΑΡΠΑ (καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης) αφού «λόγω της μεγάλης ποσότητας (εντός πάντως των επιτρεπτών ορίων) αναισθητικών φαρμάκων που χορηγήθηκαν στη θανούσα κατά την επέμβαση, μόλις αυτή εμφάνισε βραδυκαρδία, ήταν επιβεβλημένη ιατρικώς η έγκαιρη και αποτελεσματική επέμβαση του», πριν παρέλθει το κρίσιμο χρονικό διάστημα των πέντε λεπτών μεταξύ της βραδυκαρδίας και της ανάνηψης.

#### IV.3. Η ΠΠρΛαρ 191/2012

Στην απόφαση του ΠΠρΛαρ 191/2012<sup>60</sup>, η ασθενής που υπεβλήθη σε εγχείρηση για την απόξεση και αφαίρεση ενδροτραχηλικού πολύποδα παρουσίασε βραδύ ιδιοκοιλιακό ρυθμό και ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια με συνέπεια να επέλθουν σοβαρές και μη αναστρέψιμες εγκεφαλικές βλάβες. Το δικαστήριο διαπίστωσε ότι οι εναγόμενοι γιατροί, δηλαδή και ο χειρουργός και ο αναισθησιολόγος, από την εισαγωγή της ασθενούς σε γενική αναισθησία «δεν παρακολούθησαν με πλήρες monitoring τα ζωτικά σημεία της ασθενούς, ήτοι τον κορεσμό οξυγόνου στο αίμα, την πίεση, τις σφίξεις, τη λειτουργία της καρδιάς, έτσι ώστε να μπορούν έγκαιρα να αντιληφθούν οποιαδήποτε μεταβολή των τιμών των ζωτικών σημείων για να επέμβουν και να τα αποκαταστήσουν σε φυσιολογικά για την ασθενή επίπεδα. Αποτέλεσμα αυτής της αμελούς παρακολούθησης ήταν να μη γίνει έγκαιρα αντιληπτό ότι η ασθενής παρουσίας χαμηλό κορεσμό οξυγόνου, να παραταθεί η υποχυγοναιμία», και να υπάρξει σοβαρή βλάβη στην υγεία της ασθενούς. Το δικαστήριο αναγνώρισε ευθύνη όλων των ιατρών, δηλαδή και του γυναικολόγου χειρουργού, εκφράζοντας τις ακόλουθες σκέψεις:

---

<sup>60</sup> ΝοΒ 2012, 1416 = ΕφΑθ 2012/723 = ΧρΙΔ 2012/592 = Αρμ 2012, 1256 με Παρατηρήσεις Ι. Κουμάνη (1267) = Δ/νη 2013, 1458.

«[Α]ν και στο θέμα της ανάνηψης ο ρόλος και ευθύνη του αναισθησιολόγου είναι εκ των πραγμάτων σημαντικότερος, αυτό δεν αναιρεί ότι ο χειρουργός με τον αναισθησιολόγο αποτελούν μια ομάδα και έναντι του ασθενούς συμπράττουν στα πλαίσια μιας ενιαίας και συλλογικής πράξης. Μάλιστα ο αναισθησιολόγος επιλέχθηκε από τον χειρουργό (ανεξαρτήτων αν η αμοιβή του είναι ξεχωριστή και ως τέτοια ανακοινώθηκε στον ασθενή), ο οποίος ενέκρινε τη μέθοδο αναισθησίας και κυρίως τον τρόπο που ο αναισθησιολόγος παρακολουθούσε τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εγχείρισης αλλά και μετεγχειρητικά, έχοντας εκ των πραγμάτων εποπτεία και δυνατότητα είτε να αποστεί από την εγχείριση εάν δεν διασφαλιζόταν στο έπακρο η παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς, είτε, εάν επιχειρούσε την εγχείριση, να βαρύνεται με την προσεκτικότερη ακόμη εποπτεία του ασθενούς (ώστε να μπορεί ο ίδιος να διαπιστώσει επιπλοκές όπως η υποξυγοναιμία), αλλά και του ίδιου του αναισθησιολόγου, ο οποίος ουσιαστικά λειτουργεί και ως βοηθός και προστηθείς του. Συνεπώς, ανεξάρτητα από την κατανομή της ευθύνης μεταξύ των ιατρών (η οποία δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας δίκης αλλά τυχόν μεταξύ τους δίκης αναγωγής) η συμπεριφορά τους έναντι της παθούσας συνιστά κοινή τους πράξη που θεμελιώνει την σε ολόκληρον ευθύνη τους».

#### IV.4.Η ΔΠρΑΘ (Τριμελής) 10933/1997

Η απόφαση ΔΠρΑΘ 10933/1997<sup>61</sup> αφορά ευθύνη δημόσιου νοσοκομείου για το θάνατο του Κωνσταντίνου Ανδρουλιδάκη, ο οποίος εισήχθη με τραύματα από πυροβολισμούς στα άκρα (συνεπεία τρομοκρατικής ενέργειας), δηλαδή με τραύματα σοβαρά αλλά όχι θανατηφόρα, μετά την εγχείρησή του όμως για τα τραύματα αυτά, κατέληξε λόγω παρατεταμένης αιμορραγίας και συνεπαγόμενης πολυοργανικής ανεπάρκειας. Το πόρισμα ως προς τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης αναφέρεται σε «αμφιλεγόμενες αποφάσεις» και σε «ατελή εκτίμηση των πραγμάτων, που σε συνδυασμό με την έλλειψη συντονισμού, ουσιαστικής συνεννόησης και συνεργασίας των ιατρικών ομάδων σε όλα τα στάδια των επεμβάσεων, τις βαριές κακώσεις, το παρατεταμένο σοκ και τις μεγάλες απώλειες αίματος επέφεραν το θάνατο» του ασθενούς». Ειδικότερα επισημάνθηκε ότι «υπήρξε αργοπορία μίας ώρας και δέκα λεπτών μέχρι να αρχίσει η πρώτη εγχείριση, διήρκησε επί μακρόν η ορθοπεδική επέμβαση με αποτέλεσμα να αργοπορήσει η αγγειακή, δεν εκτιμήθηκαν πλήρως οι απώλειες

<sup>61</sup> ΤΝΠ Ισοκράτης.

αίματος και παρατάθηκε επί μακρό χρόνο η αιμορραγία μετά την πρώτη εγχείρηση, ενώ ήταν τοπικής (χειρουργικής) και όχι αιματολογικής αιτίας.»

Το δικαστήριο αναγνώρισε ευθύνη τόσο των ορθοπεδικών χειρουργών όσο και των αναισθησιολόγων. Στους τελευταίους καταλογίστηκε ότι δεν ενημέρωσαν «με τρόπο ανεπίδεκτο αμφισβήτησεως τους ορθοπεδικούς για την κρισιμότητα της καταστάσεως του ασθενούς ενόψει της συνεχούς αιμορραγίας και μειώσεως των ζωτικών λειτουργιών του χειρουργούμενου, ούτε απαίτησαν να διακοπεί η επέμβαση για ανάταξη, ούτε οι ορθοπεδικοί εκτίμησαν σωστά τις ενδείξεις των μηχανημάτων για την κατάστασή του [...]».

#### **IV.5. Η ΔΕΦΑΘ 82/2012**

Τέλος, στην υπόθεση ΔΕΦΑΘ 82/2012<sup>62</sup> το δικαστήριο απάλλαξε τόσο τον αναισθησιολόγο, όσο και τον χειρουργό για το θάνατο νεαρού ατόμου από μυοκαρδίτιδα, η οποία δεν μπορούσε να διαγνωσθεί σε υπερηχογράφημα καρδιάς, και η οποία καθιστούσε απαγορευτική την πραγματοποίηση ολικής νάρκωσής του, κατά τη διάρκεια της οποίας ο ασθενής έπαθε ανακοπή από την οποία δεν μπόρεσε να διαταχθεί.

#### **IV.6. Η ΑΠ 1311/2012 (Ποιν)**

Από την ποινική νομολογία ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ΑΠ 1311/2012<sup>63</sup> στην οποία το δικαστήριο επιβεβαίωσε την ποινική ευθύνη για ανθρωποκτονία από αμέλεια τόσο του αναισθησιολόγου όσο και του χειρουργού-γυναικολόγου. Το δικαστήριο βασίστηκε στα εξής πραγματικά περιστατικά: Ο κατηγορούμενος αναισθησιολόγος επέλεξε την μέθοδο της γενικής αναισθησίας για την διεξαγωγή καισαρικής τομής επιτόκου, αλλά δεν εκτίμησε σωστά τις δυσκολίες διασωλήνωσής της. Διενήργησε δε προοξυγόνωση της τελευταίας, θεωρώντας όμως εσφαλμένα ότι η διασωλήνωση ήταν εξασφαλισμένη, δεν χορήγησε αντιόξινα φάρμακα σε αυτή. Αποτυγχάνοντας όμως να διασωληνώσει την επίτοκο επέλεξε να χρησιμοποιήσει για την οξυγόνωσή της λαρυγγική μάσκα. Ο τοκετός διεκπεραιώθηκε επιτυχώς με τη γέννηση υγιούς τέκνου, η λωχίδα όμως συνήλθε από το χειρουργείο σε κακή κατάσταση, και εμφάνισε δύσπνοια,

---

<sup>62</sup> ΤΝΠ Νόμος.

<sup>63</sup> ΤΝΠ Νόμος.

υποξαιμία και ταχυκαρδία. Οι κατηγορούμενοι της παρείχαν προσωπική μάσκα όμως τα συμπτώματά της επιδεινώθηκαν. Μετά το πέρας κάποιων ωρών και με την περαιτέρω επιδείνωση των συμπτωμάτων της ασθενούς, η γυναίκα μεταφέρθηκε εσπευσμένα σε δημόσιο νοσοκομείο όπου και έπεσε σε άγρυπνο κώμα, από το οποίο δεν ξύπνησε ποτέ, μέχρι που κατέληξε.

Το δικαστήριο δέχθηκε πως η βλάβη στην υγεία της ασθενούς κατά το στάδιο της ανάνηψής της από την αναισθησία οφείλεται στην παραβίαση, από τον αναισθησιολόγο, του κοινώς αναγνωρισμένου κανόνα της ιατρικής επιστήμης που επέβαλε την αφύπνιση της ασθενούς ενόψει της δυσκολίας διασωλήνωσής της και στην εσφαλμένη εφαρμογή και χρήση της λαρυγγικής μάσκας. Το δικαστήριο αναγνώρισε δε ευθύνη και των δύο ιατρών, δηλαδή και του χειρουργού-γυναικολόγου, για τη μετέπειτα διαχείριση του περιστατικού, αφού κράτησαν στην ιδιωτική κλινική, για περισσότερο από τρεις ώρες – χρονικό διάστημα το οποίο αποδείχθηκε μοιραίο- την ασθενή, η οποία παρουσίαζε σοβαρά συμπτώματα, παρά το γεγονός ότι στην κλινική αυτή δεν υπήρχε δυνατότητα να διακριβωθούν τα αίτια των συμπτωμάτων της.

#### **IV.7. ΑΠ 1069/2013 (Ποιν)<sup>64</sup>**

Στην απόφαση αυτή, επίσης ποινικής δικαιοδοσίας, το δικαστήριο επιβεβαίωσε την ευθύνη χειρουργού-ωτορινολαρυγγολόγου για το θάνατο εννιάχρονου παιδιού, ο οποίος προκλήθηκε λόγω καρδιακής ανακοπής του κατά τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης αμυγδαλεκτομής. Επισημαίνεται ότι ο αναισθησιολόγος είχε ήδη θεωρηθεί υπεύθυνος για ιατρικό λάθος, όσον αφορά την αναισθησία του παιδιού, αφού αποδείχθηκε πως χορήγησε ανεπαρκή ποσότητα αναισθητικού και χωρίς προνάρκωση, με αποτέλεσμα τη μη καταστολή έντονων αντανακλαστικών από το συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα, συνεπεία της οποίας ο ασθενής παρουσίασε βραδυκαρδία και τελικά ανακοπή. Το δικαστήριο καταλόγισε όμως αμέλεια και του χειρουργού, για το λόγο ότι δεν απέτρεψε, ως όφειλε, την διακοπή της διασωλήνωσης του ασθενούς (αφού, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, το παιδί θα έπρεπε να είχε παραμείνει διασωληνωμένο μετά την ανάταξή του από την ανακοπή), και καθυστέρησε τη διακομιδή του σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων.

---

<sup>64</sup> ΤΝΠ Νόμος.

## V. Συμπεράσματα

Επιχειρώντας, μια συνολική θεώρηση των αποφάσεων της νομολογίας, θα λέγαμε καταρχάς, πως χρήσιμα συμπεράσματα είναι τα εξής:

### V. 1: Εφαρμογή στην πράξη του άρθρου 8 Ν. 2251/1991

Κατά πρώτον, επιβεβαιώνεται, όσον αφορά την αστική ευθύνη των ιατρών, ότι αυτοί ευθύνονται και με τους ορισμούς του άρθρου 8 Ν. 2251/1994 για την ευθύνη του παρέχοντος υπηρεσίες. Η ευθύνη των ιατρών κατά τη διάταξη αυτή είναι νόθος αντικειμενική<sup>65</sup>, με αντιστροφή του βάρους απόδειξης όσον αφορά την παρανομία και την υπαιτιότητα, και περαιτέρω διευκόλυνση στην απόδειξη του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ παράνομης και υπαίτιας πράξης και ζημίας, οσάκις ο ενάγων αποδεικνύει τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ υπηρεσίας και ζημίας.

Ειδικά όσον αφορά τις χειρουργικές υποθέσεις, η εφαρμογή των διατάξεων αυτών μπορεί επομένως να οδηγήσει σε ευθύνη του ιατρού μιας ειδικότητας (πρώτου γιατρού π.χ. του χειρουργού) και για ιατρικό λάθος που διέπραξε ιατρός άλλης ειδικότητας (δεύτερου γιατρού π.χ. του αναισθησιολόγου), όταν ο ενάγων ζημιωθείς αποδείξει την παροχή της υπηρεσίας και τη βλάβη του εξ αυτής, και ο πρώτος γιατρός δεν καταφέρει να αποδείξει είτε την έλλειψη παράνομης και υπαίτιας πράξεώς του, είτε την έλλειψη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της δικής του (ατομικής) συμπεριφοράς και της επελεύσεως της βλάβης της υγείας του ασθενούς<sup>66</sup>.

### V. 2. Προσδιορισμός της ευθύνης των γιατρών ανάλογα και με το πεδίο αρμοδιότητας της εκάστοτε ειδικότητας

Στη συνέχεια, επιβεβαιώνεται ότι η νομολογία λαμβάνει υπ' όψιν της κατά τον προσδιορισμό της ευθύνης των γιατρών, το πεδίο αρμοδιότητας της εκάστοτε ειδικότητας. Δηλαδή, οι δικαστές (και μάλιστα τόσο οι ποινικοί, όσο

<sup>65</sup> Βλ. μεταξύ άλλων και ΑΠ 427/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 974/2014, ΤΝΠ Νόμος· ΑΠ 687/2013, ΕΕμπΔ 2014, 45, με Παρατηρήσεις Ε. Τρούλη (50)· Βλ. και ΕφΑθ 6426/2013, ΕφΑΔ 2014, 44· ΕφΛαρ 103/2013, Δικογραφία 2013, 314· ΠΠρΑθ 260/2014, Δ/νη 2014, 523 με Παρατηρήσεις Κ. Γεωργίου (553)· ΠΠρΑθ 453/2015, ΤΝΠ Νόμος.

<sup>66</sup> Όπως φαίνεται να έγινε στην ΑΠ 1227/2007, ΧρΙΔ 2008, 332, με Παρατηρήσεις Κ. Φουντεδάκη (336), Βλ. ανωτέρω υπό ΙV. 1.

και οι πολιτικοί) αξιολογούν, όπως είναι εύλογο, τις πράξεις (ή παραλείψεις) των γιατρών, προκειμένου να διαπιστώσουν τυχόν παρανομία και αμέλεια, με βάση την ειδικότητα του εκάστοτε γιατρού. Έτσι, ιατρικά λάθη που αφορούν την ειδικότητα του αναισθησιολόγου καταλογίζονται καταρχάς στον υπεύθυνο ιατρό της ειδικότητας αυτής<sup>67</sup>. Αντίστοιχα, ιατρικά λάθη που αφορούν την χειρουργική ειδικότητα αξιολογούνται ως παράνομες και υπαίτιες (κατά κανόνα αμελείς) πράξεις του ιατρού χειρουργικής ειδικότητας (γυναικολόγος, ωτορινολαρυγγολόγος, ορθοπεδικός κτλ.)<sup>68</sup>, για τις οποίες, εύλογα, ο αναισθησιολόγος δε φέρει ευθύνη.

### **V. 3. Ευθύνη του ιατρού μιας ειδικότητας, σε συνέχεια ιατρικού λάθους άλλης ειδικότητας**

Κάποιες από τις εξετασθείσες αποφάσεις καταλήγουν, ωστόσο, στην ευθύνη και του γιατρού της μίας ειδικότητας, παρότι αναγνωρίζουν ότι, καταρχάς, η υγεία του ασθενούς τέθηκε σε κίνδυνο από ιατρικό λάθος που διέπραξε γιατρός άλλης ειδικότητας, και το οποίο εμπίπτει στη δική του «σφαίρα αρμοδιοτήτων». Έτσι, το δικαστήριο κατέληξε στην παράλληλη ευθύνη των χειρουργών, παρά το γεγονός ότι η υγεία του ασθενούς είχε τεθεί σε κίνδυνο λόγω ιατρικών λαθών των αναισθησιολόγων, καταλογίζοντας ευθύνη των χειρουργών για τη μετέπειτα διαχείριση του περιστατικού. Αυτό ισχύει π.χ., τόσο στην περίπτωση της ΑΠ 1069/2013 (Ποιν)<sup>69</sup>, όσο και σε αυτήν της ΑΠ 1311/2012 (Ποιν)<sup>70</sup>. Αντίστοιχα, στην ΔΠρΑθ 10933/1997 φαίνεται να αναγνωρίστηκε ευθύνη των αναισθησιολόγων, παρότι τη διακινδύνευση της ζωής του ασθενούς επέφεραν αρχικώς τα ιατρικά λάθη των ορθοπεδικών χειρουργών.

<sup>67</sup> Βλ. ΣτΕ 3793/2014, ΤΝΠ Νόμος, ανωτέρω υπό IV. 2., όπου ο αναισθησιολόγος θεωρήθηκε (ορθά) ως ο αποκλειστικά υπεύθυνος για τα ιατρικά λάθη που σχετίζονταν με την αναισθησία του ασθενούς, ενώ δεν αναγνωρίστηκε ευθύνη του χειρουργού.

<sup>68</sup> Ευθύνη μόνο των χειρουργών γιατρών, αντίστοιχα για τα λάθη της δικής τους ειδικότητας, βλ. ενδεικτικά ΑΠ 427/2015, ΤΝΠ Νόμος· ΣτΕ 2664/2015, ΤΝΠ Νόμος (ευθύνη γυναικολόγου-χειρουργού)· ΑΠ 687/2013, ΕΕμπΔ 2014, 45, με Παρατηρήσεις Ε. Τρούλη, (50) (ευθύνη του οφθαλμίατρου-χειρουργού για ελλιπή πληροφόρηση του ασθενούς)· ΑΠ 1009/2013, Ε7 2014, 428 (ευθύνη οφθαλμίατρου-χειρουργού)· ΣτΕ 1405/2013, ΤΝΠ Νόμος (ευθύνη γενικού χειρουργού). Βλ. και ΑΠ 1350/2013 (Ποιν), ΕπιθΙΔ 2014, 837· ΑΠ 746/2013 (Ποιν) ΤΝΠ Νόμος.

<sup>69</sup> ΤΝΠ Νόμος. Βλ. ανωτέρω υπό IV. 7.

<sup>70</sup> ΤΝΠ Νόμος. Βλ. ανωτέρω υπό IV. 6.

Οι αποφάσεις αυτές φαίνεται να αναγνωρίζουν ότι στο πλαίσιο της ομαδικής συνεργασίας των ιατρών, αυτοί υπέχουν και μια συλλογική ευθύνη στο να αποτρέψουν τη βλάβη της υγείας του ασθενούς, οσάκις αυτό θα μπορούσε να είναι δυνατό. Και εδώ, όμως, δεν πρόκειται για αναγνώριση ευθύνης του γιατρού της μίας ειδικότητας, επειδή υπάρχει ευθύνη του γιατρού της άλλης. Αντίθετα, αναγνωρίζεται ευθύνη και γιατρών που δεν ευθύνονται για την αρχική διακινδύνευση της υγείας του ασθενούς, για ταυτόχρονο ή διαδοχικό, δικό τους, «ίδιο» πταίσμα, π.χ. επειδή, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η ΔΠΑΘ 10933/1997, δεν ενημέρωσαν «με τρόπο ανεπίδεκτο αμφισβήτησεως τους ορθοπεδικούς για την κρισιμότητα της καταστάσεως του ασθενούς ενόψει της συνεχούς αιμορραγίας και μειώσεως των ζωτικών λειτουργιών του χειρουργούμενου, ούτε απαίτησαν να διακοπεί η επέμβαση για ανάταξη [...]»<sup>71</sup>.

Οριακά ως εξαίρεση στις παραπάνω διαπιστώσεις θα μπορούσε να θεωρηθεί η ΠΠρΛαρ 191/2012<sup>72</sup>, η οποία, όπως αναφέρθηκε ήδη, αναγνώρισε ευθύνη του χειρουργού για την αμελή μηχανική παρακολούθηση του υπό αναισθησία ασθενή. Η απόφαση αυτή, φαίνεται να υιοθετεί λεκτικά τη λεγόμενη ευθύνη του «επικεφαλής του χειρουργείου»<sup>73</sup>, η οποία αποδεχόταν την ευθύνη του χειρουργού για οποιοδήποτε ζήτημα προέκυπτε στο χειρουργείο, αφού επέλεγε τον αναισθησιολόγο, ο οποίος καθίστατο προστηθείς του. Ωστόσο, πέρα από το γεγονός ότι δεν αποτελεί απόφαση ανωτάτου ή έστω ανωτέρου δικαστηρίου, καλό θα είναι να επισημάνουμε ότι αφορούσε περίπτωση στην οποία διαπιστώθηκαν ελλείψεις στη μηχανική παρακολούθηση του υπό αναισθησία ασθενούς. Ουσιαστικά, παρά τις ανωτέρω αναφορές, το δικαστήριο φαίνεται, δηλαδή, να αναγνώρισε, και πάλι, «ίδιον» πταίσμα του χειρουργού ιατρού, για το λόγο ότι δέχθηκε να προβεί στην εγχείρηση του ασθενούς, παρότι δεν εξασφαλιζόταν από τις υποδομές του χειρουργείου η επαρκής παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς του, από τον αναισθησιολόγο, αλλά και τον ίδιο.

<sup>71</sup> Βλ. ανωτέρω υπό IV. 4. Βλ. και αντίστοιχες αναφορές στις ΑΠ 1069/2013 (Ποιν) ΤΝΠ Νόμος, ανωτέρω υπό IV. 7. και ΑΠ 1311/2012 (Ποιν), ΤΝΠ Νόμος, ανωτέρω υπό IV. 6.

<sup>72</sup> ΝοΒ 2012, 1416 = ΕφΑΘ 2012/723 = ΧρΙΔ 2012/592 = Αρμ 2012, 1256 με Παρατηρήσεις Ι. Κουμάνη (1267) = Δ/νη 2013, 1458.

<sup>73</sup> Βλ. σχετικά Ευ. Στασινόπουλο, Ευθύνη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας και συλλογική ιατρική ευθύνη, ΝοΒ 2004, 1883, 1885 επ.



#### V. 4. Απαλλαγή των ιατρών

Ενδιαφέρον παρουσιάζει, εξάλλου το γεγονός, ότι όλες οι ανωτέρω υποθέσεις παρουσίαζαν την εξής ομοιότητα στα πραγματικά τους περιστατικά: σε όλες τις περιπτώσεις, σχετικά υγιή και νεαρά άτομα, υπέστησαν σοβαρή βλάβη της υγείας τους ή κατέληξαν, μετά από χειρουργική επέμβαση ρουτίνας, ή εγχείριση που καταρχάς δεν προβλεπόταν να αποδειχθεί μοιραία για τη ζωή τους. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε, βεβαίως, καταρχάς, επιβαρυντικό στοιχείο όσον αφορά την ευθύνη των εμπλεκόμενων γιατρών, είτε των χειρουργών, είτε των αναισθησιολόγων, είτε και των δύο, χωρίς, όμως, να καταλήγει σε αδιάκριτη ευθύνη τους. Ενδεικτικά, το δικαστήριο σε άλλη περίπτωση<sup>74</sup> απέρριψε αξιώσεις αποζημίωσης για τον θάνατο νεαρού ατόμου, επειδή αποδείχθηκε ότι ο αιφνίδιος θάνατός του δεν οφειλόταν σε σφάλμα των γιατρών, αφού οι τελευταίοι δεν μπορούσαν να γνωρίζουν την προδιάθεση του ασθενούς που κατέστησε την επιλεχθείσα ιατρική αγωγή (πλήρη νάρκωση) μοιραία για τη ζωή του.

#### V. 5. Περαιτέρω ζητήματα προς διευκρίνιση

Επισημαίνεται, εξάλλου, πως από τις υποθέσεις ευθύνης χειρουργού και αναισθησιολόγου που γνωρίζουμε και εξετάσαμε ανωτέρω, δεν περιγράφεται ιστορικό κατά το οποίο να υπήρξε καταγεγραμμένη διαφωνία του χειρουργού και του αναισθησιολόγου. Εάν, ωστόσο, ο γιατρός της μία ειδικότητας είχε διαφωνήσει εμφανώς με τον γιατρό της άλλης ειδικότητας σχετικά με τη διαχείριση ενός περιστατικού, ενημερώνοντας, εγκαίρως, εάν αυτό ήταν δυνατό, (τον ασθενή ή) τους οικείους του ασθενούς, και η διαφωνία του συνίστατο στη σύσταση άλλης αγωγής από αυτήν που ακολουθήθηκε και προκάλεσε (ή επέτεινε) τη βλάβη της υγείας του ασθενούς, θεωρούμε ότι ο διαφωνών γιατρός δε θα ήταν, φυσικά, υπεύθυνος για αυτήν<sup>75</sup>.

Τέλος, καλό είναι να σημειωθεί ότι οι υπό εξέταση αποφάσεις, στις οποίες τέθηκε το ζήτημα ενδεχόμενης ευθύνης χειρουργών και

<sup>74</sup> Βλ. ΔΕΦΑΘ 82/2012, ΤΝΠ Νόμος. Βλ. και ανωτέρω υπό IV. 5.

<sup>75</sup> Βλ. αντίστοιχα *Mark A. Sidhom/Michael G. Poulsen, Multidisciplinary care in oncology: medicolegal implications of group decisions*, Vol 7, *Lancet Oncology* 2006, 951, 953, για το ότι η ευθύνη των ιατρών που έλαβαν μέρος στο ιατρικό συμβούλιο θα διαφοροποιείται, όταν υπάρχει καταγεγραμμένη διαφωνία.

αναισθησιολόγων, δεν περιλαμβάνουν περιπτώσεις ευθύνης λόγω ελλιπούς ενημέρωσης του ασθενούς και συνεπαγόμενης ελαττωματικής συναίνεσής του στην ιατρική αγωγή που ακολουθήθηκε. Για το λόγο αυτό δεν κατέστη σαφές, αν μπορεί να τεθεί ζήτημα ευθύνης του αναισθησιολόγου για ελλιπή ενημέρωση, ή αν η σχετική ενημέρωση θα εμπίπτει, στην πράξη, πάντα, εντός του πεδίου των υποχρεώσεων του χειρουργού, αφού οι κίνδυνοι της αναισθησίας θα συνδέονται στενά με την προτεινόμενη χειρουργική επέμβαση στην οποία θα συναινεί συνολικά ο ασθενής.