



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

**ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

---

ΕΝΙΑΙΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «ΠΟΙΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ & ΠΟΙΝΙΚΗ ΔΙΚΟΝΟΜΙΑ»  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2017-2018

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
της Βασιλικής Χρ. Παπαδοπούλου  
Α.Μ.: 7340010917017

**«Η συγκλίνουσα αμέλεια περισσοτέρων ιατρών σε περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων»**

**Επιβλέπων Καθηγητής:** Τζαννετής Αριστομένης, Επ. Καθηγητής

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:** Λιούρδη Αγλαΐα, Επ. Καθηγήτρια  
Μυλωνόπουλος Χρίστος, Καθηγητής  
Τζαννετής Αριστομένης, Επ. Καθηγητής

Αθήνα, 03.12.2018

Copyright © Βασιλική Χρ. Παπαδοπούλου, 03.12.2018.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν την συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΠ	Άρειος Πάγος
άρ.	άρθρο
Αρμ.	Αρμενόπουλος
Βλ.	Βλέπε
έκδ.	έκδοση
ΕλλΔικ	Ελληνική Δικαιοσύνη
ενδ.	ενδεικτικά
επ.	επόμενα
επιμ.	επιμέλεια
ΕφΑιγ	Εφετείο Αιγαίου
ΕφΘεσσαλ	Εφετείο Θεσσαλονίκης
ΕφΘρ	Εφετείο Θράκης
ΕφΚερκ	Εφετείο Κέρκυρας
ΕφΛαρ	Εφετείο Λάρισας
ΚΙΔ	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
ΚΟΚ	Κώδικας Οδικής Κυκλοφορίας
Ν.	Νόμος
ΝοΒ	Νομικό Βήμα
ό.π.	όπου και προηγουμένως
ό.α.π.	όπου ακριβώς και προηγουμένως
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
ΠλημΑθ	Πλημμελειοδικείο Αθηνών
ΠλημΘεσ	Πλημμελειοδικείο Θεσσαλονίκης
ΠλημΛιβαδ	Πλημμελειοδικείο Λιβαδειάς
ΠοινΔικ	Ποινική Δικαιοσύνη
ΠοινΛογ	Ποινικός Λόγος
ΠοινΧρ	Ποινικά Χρονικά
ΠολΠρΑθ	Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών
ΠολΠρΛαρισ	Πολυμελές Πρωτοδικείο Λάρισας
Πρβλ.	Παράβαλε

σ./σελ.	σελίδα
Στε	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΣτρατοδΑθ	Στρατοδικείο Αθηνών
ΣυμβΑΠ	Συμβούλιο Αρείου Πάγου
ΣυμβΕφΘεσ	Συμβούλιο Εφετών Θεσσαλονίκης
ΣυμβΠλημΑθ	Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Αθηνών
ΣυμβΠλημΙωαν	Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Ιωαννίνων
ΣυμβΠλημΚερκ	Συμβούλιο Πλημμελειοδικών Κέρκυρας
ΣυστΕρμΠΚ	Συστηματική Ερμηνεία Ποινικού Κώδικα
τ.	τεύχος
ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ	Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών ΝΟΜΟΣ.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εισαγωγή.....σελ.	7
2. Η ποινική αξιολόγηση της ιατροχειρουργικής επέμβασης γενικά.....σελ.	9
2.1. Η προβληματική.....σελ.	10
2.2. Οι υποστηριχθείσες θεωρίες.....σελ.	11
2.2.1. Θεωρίες που στηρίζονται στους λόγους άρσης του αδίκου χαρακτήρα της πράξης.....σελ.	11
2.2.2. Θεωρίες που αναζητούν τη λύση στην αντικειμενική υπόσταση... σελ.	12
2.2.2.1. Η θεωρία του αποτελέσματος.....σελ.	13
2.2.2.2. Lege Artis Θεωρία (Θεωρία Συμπεριφοράς).....σελ.	14
2.2.3. Ενδιάμεσες Θεωρίες.....σελ.	15
2.3. Η κρατούσα άποψη σε θεωρία και νομολογία.....σελ.	15
3. Η ισχύουσα ελληνική νομοθεσία για την ποινική ευθύνη των ιατρών.....σελ.	17
4. Η έννοια της αμέλειας κατά τον Ποινικό μας Κώδικα.....σελ.	22
5. Τα επί μέρους στοιχεία της αντικειμενικής και υποκειμενικής υποστάσεως των εγκλημάτων που αφορούν ιατρική αμέλεια.....σελ.	25
5.1. Η αντικειμενική υπόσταση των εγκλημάτων ιατρικής αμέλειας.....σελ.	25
5.1.1. Η εξωτερική αμέλεια ως στοιχείο της αντικειμενικής υποστάσεως..σελ.	26
5.1.1.1. Η εξωτερικά αμελής πράξη που εκδηλώνεται με πράξη, παράλειψη ή σύνθετη συμπεριφορά.....σελ.	26
5.1.1.2. Ειδικότερα η εξωτερικά αμελής παράλειψη.....σελ.	30
5.1.2. Η δυνατότητα προβλέψεως του αποτελέσματος.....σελ.	34

5.1.3. Ο αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος & η συνάφεια κινδύνου ως στοιχεία της αντικειμενικής υποστάσεως.....σελ.	36
5.1.3.1. Αιτιώδης συνάφεια και συνάφεια κινδύνου.....σελ.	36
5.1.3.2. Η θεωρία της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς.....σελ.	39
5.1.3.3. Ειδικότερα το ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα.....σελ.	41
5.1.3.4. Ο προστατευτικός σκοπός του κανόνα δικαίου ως κριτήριο οριοθέτησης της αντικειμενικής υπόστασης.....σελ.	51
5.2. Η υποκειμενική υπόσταση των εγκλημάτων ιατρικής αμέλειας.....σελ.	52
6. Κατανομή αρμοδιοτήτων στα πλαίσια ιατρικών εγχειρημάτων συγκλίνουσας δράσεως.....σελ.	55
6.1. Πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ περισσοτέρων ιατρών, νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού.....σελ.	55
6.2. Οριζόντια κατανομή αρμοδιοτήτων.....σελ.	56
6.3. Κάθετη κατανομή αρμοδιοτήτων.....σελ.	59
7. Συγκλίνουσα ιατρική αμέλεια σε περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων.. .....σελ.	61
7.1. Έννοια και προβληματική της συγκλίνουσας ιατρικής αμέλειας.....σελ.	61
7.2. Ειδικότερα η ποινική ευθύνη του χειρουργού στα επί μέρους στάδια της επέμβασης.....σελ.	64
7.3. Νομολογία.....σελ.	66
8. Επίλογος.....σελ.	89
Βιβλιογραφία.....σελ.	92
Αρθρογραφία.....σελ.	93

## 1. Εισαγωγή

Ζητήματα ιατρικής αμέλειας και συνακόλουθα ευθύνης του ιατρού κατά το ποινικό δίκαιο, αναφέρονται στις περιπτώσεις που ο τελευταίος προκαλεί με τη συμπεριφορά του το θάνατο ή τη βλάβη της υγείας ασθενούς. Βεβαίως, η άσκηση της ιατρικής επιστήμης, όπως άλλωστε όλες οι ανθρώπινες δραστηριότητες, είναι συνυφασμένη πάντοτε και αναπόφευκτα με έναν κίνδυνο αποτυχίας, αφού ο ιατρός δεν αποτελεί κάποιου είδους “από μηχανής θεό”, ώστε να μπορεί να ανατρέψει την ίδια την ανθρώπινη μοίρα, αλλά πάντοτε πράττει ότι ανθρωπίνως είναι δυνατό. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις που ο θάνατος ενός προσώπου ή η σωματική βλάβη που υπέστη, οφείλονται αποκλειστικά σε πλημμέλεια της συμπεριφοράς του θεράποντος ιατρού, ο οποίος, λόγω ελλείψεως της προσοχής την οποία όφειλε και μπορούσε υπό τις δεδομένες συνθήκες να καταβάλει, δεν προέβη σε ορθή διάγνωση ή ενδεδειγμένη θεραπεία της ασθένειας, με συνέπεια τότε (και μόνο) να προκύπτει ζήτημα ποινικής ευθύνης του ιατρού για το βλαπτικό αποτέλεσμα<sup>1</sup>.

Η ποινική ιατρική ευθύνη αποτελεί για το δίκαιο ένα ιδιαίτερος δυσχερές δογματικό πεδίο, κυρίως διότι σε αυτό συναντώνται δύο διαφορετικές επιστήμες, όπως είναι αυτές της ιατρικής και της νομικής<sup>2</sup>, που εμφορούνται από εντελώς διαφορετική θεώρηση των πραγμάτων και των εννοιών και χρησιμοποιούν διαφορετικούς γλωσσικούς “κώδικες”. Αυτό μπορεί, μεταξύ άλλων, συχνά να δυσκολεύει την τεκμηρίωση και την απόδειξη της αιτιότητας μιας πράξης ως προς ένα αποτέλεσμα, που αφορά καθαρά τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού και να φέρνει πολλές φορές τους κατηγορουμένους ιατρούς σε ευνοϊκότερη μοίρα, έναντι των παθόντων ασθενών και συγγενών τους, αφού αφενός οι τελευταίοι, μη κατέχοντας τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις, δεν είναι σε θέση να προβάλουν ευχερώς πειστική επιχειρηματολογία στο Δικαστήριο, αφετέρου πρέπει να αναμετρηθούν και με μία πληθώρα “ειδικών” παγματογνωμόνων, που συνήθως, εμφορούμενοι από συναδελφική αλληλεγγύη, καταθέτουν ως μάρτυρες υπέρ του συναδέλφου τους ιατρού. Για αυτό άλλωστε, συχνά λέγεται για την ιατρική ποινική ευθύνη, ότι ανήκει στις “προνομιούχες

---

<sup>1</sup> Βλ. *Καράμπελα Α.*, Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη, έκδ. 2009, σ. 5 επ.

<sup>2</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, Ποινική Ευθύνη των ιατρών στις βαριατρικές επεμβάσεις, ΠοινΔικ 2009, τ. 12, σ. 1422 επ.

μορφές παραβατικότητας”, από κοινού με τα εργατικά ατυχήματα και τις προσβολές του περιβάλλοντος<sup>3</sup>.

Περαιτέρω, πρέπει να επισημανθεί ότι και το ίδιο το πεδίο της ποινικής ευθύνης από αμέλεια, από αμιγώς νομική σκοπιά, παρουσιάζει πολλά δύσκολα δογματικά ζητήματα, αφού σε αυτό εμπίπτουν καθημερινές δραστηριότητες των προσώπων (όπως οι επαγγελματικές) που δεν γίνονται με ευθεία διάθεση προσβολής, οπότε και ο εφαρμοστής του δικαίου χρειάζεται να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά τη διάκριση της τυχόν ύπαρξης ευθύνης, από το παντελώς τυχαίο, ποινικώς αδιάφορο γεγονός. Επιπλέον, κατά κανόνα τα εγκλήματα αμελείας (όπως είναι αυτά της ιατρικής αμέλειας) είναι εγκλήματα αποτελέσματος, δηλαδή συνδέονται με ένα περαιτέρω, ενδεχομένως χρονικά και τοπικά διακεκριμένο, αποτέλεσμα. Μερικά από τα πλέον εριζώμενα και δυσχερώς αντιμετωπίσιμα προβλήματα λοιπόν, αναφέρονται ακριβώς σε σχέση με τη διαπίστωση του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ του αποτελέσματος αυτού και της αμελούς πράξεως, ενώ επιπλέον στην ανωτέρω προβληματική πρέπει να ενταχθεί και το γεγονός ότι τα περισσότερα εγκλήματα ιατρικής αμέλειας τελούνται δια παραλείψεως και όχι με καθαρή ενέργεια του δράστη. Στις δυσκολίες των εγκλημάτων αμελείας προστίθενται λοιπόν και αυτές των εγκλημάτων μη γνήσιας παράλειψης του άρ. 15 ΠΚ. Τέλος, για τη διαπίστωση εσωτερικής αμέλειας, ως μορφής υπαιτιότητας, απαιτείται σύνθετη κρίση του δικαστή, αναγόμενη σε αξιολογικά και εμπειρικά κριτήρια (ενδείκτες) και διείδυση στον εσωτερικό κόσμο του δράστη, η οποία, τις περισσότερες φορές, δεν είναι ευχερής. Εάν τώρα, σε όλα τα ανωτέρω, προσθέσει κανείς επιπλέον και το γεγονός ότι οι περισσότερες ιατρικές πράξεις στις μέρες μας είναι προϊόν συλλογικής δράσης, ήτοι διενεργούνται με συμμετοχή περισσότερων του ενός προσώπων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και το γεγονός ότι οι πλείονες πράξεις των διαφόρων ιατρών, σε σχέση με την αντιμετώπιση ενός και του αυτού περιστατικού, μπορεί να λαμβάνουν χώρα άλλοτε ταυτόχρονα και άλλοτε διαδοχικά, αντιλαμβάνεται εύκολα, τη σωρεία των ζητημάτων που ανακύπτουν στην (πολύ συχνή πρακτικά) περίπτωση, που ένα εγκληματικό αποτέλεσμα δεν είναι αποτέλεσμα αμελούς συμπεριφοράς ενός, αλλά πλειόνων, παραλλήλως δρώντων, ιατρών<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Βλ. παρατηρήσεις Μαγγανά Α., σε ΣυμβΠλημΑθ 2255/1998, ΠοινΔικ 1998, τ. 10, σ. 991.

<sup>4</sup> Βλ. Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Ποινική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, σε Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική- Ποινική), Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου, Επιμορφωτικό Σεμινάριο Εθνικής Σχολής Δικαστικών Λειτουργιών, Μάρτιος 2013, Θεσσαλονίκη, έκδ. 2013, σ. 57 επ.



Στην παρούσα εργασία, θα επιχειρηθεί να γίνει μία παρουσίαση όλων των ανωτέρω ζητημάτων, που συνδέονται με τη συνδρομή συγκλίνουσας αμέλειας στο πρόσωπο πλειόνων ιατρών και θα δοθεί έμφαση ιδίως στις περιπτώσεις των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, που αποτελούν στην πράξη την πιο συχνά απαντώμενη έκφανση συγκλίνουσας ιατρικής δράσης. Επειδή δε η συγκλίνουσα δράση είναι μορφή παρατυργίας και κάθε ένας εκ των περισσοτέρων συγκλινόντων αντλεί ποινική απαξία αποκλειστικά από την δική του πράξη και όχι από την πράξη κάποιου άλλου (όπως συμβαίνει επί της συμμετοχής υπό ευρεία έννοια)<sup>5</sup>, είναι απαραίτητο να κατανοήσουμε αρχικά τις προϋποθέσεις συνδρομής ιατρικής αμέλειας στο πρόσωπο ενός ιατρού (αυτοτελώς και μεμονωμένα θεωρούμενου), ώστε μετά να μπορέσουμε να προβούμε και σε ανάλυση του ζητήματος της κατανομής της ποινικής ευθύνης σε περιπτώσεις πολυπρόσωπης ιατρικής δράσης.

Συγκριμένα, στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο (2<sup>ο</sup>), θα γίνει μία σύντομη μνεία των θέσεων που έχουν διατυπωθεί σε σχέση με την αξιολόγηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων από ποινικής απόψεως γενικά, στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα παρουσιαστεί η ισχύουσα ελληνική νομοθεσία σε σχέση με την ποινική ιατρική ευθύνη, στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα αναλυθεί η (κομβικής σημασίας) έννοια της αμέλειας, όπως αυτή περιγράφεται από τον Ποινικό μας Κώδικα, στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα παρατεθούν τα επί μέρους στοιχεία που είναι αναγκαία για την πλήρωση της αντικειμενικής και υποκειμενικής υπόστασης ενός εγκλήματος ιατρικής αμέλειας, στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα εξηγηθεί ο τρόπος κατανομής των αρμοδιοτήτων μεταξύ των πλειόνων μελών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που εμπλέκονται στη διενέργεια των διαφόρων ιατρικών πράξεων, ενώ στο 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα ασχοληθούμε ειδικότερα με το ζήτημα της συγκλίνουσας αμέλειας περισσοτέρων ιατρών σε περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, τόσο από θεωρητικής απόψεως, όσο και από απόψεως δικαστηριακής πρακτικής, με παράθεση σχετικής νομολογίας. Τέλος, στο 8<sup>ο</sup> κεφάλαιο θα γίνει μία απόπειρα διεξαγωγής κάποιων γενικών συμπερασμάτων σε σχέση με όλα τα ανωτέρω και θα διατυπωθούν κάποιες καταληκτικές παρατηρήσεις εφ' όλης της ύλης.

## **2. Η ποινική αξιολόγηση της ιατροχειρουργικής επέμβασης γενικά**

---

<sup>5</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος II, Απόπειρα- Συμμετοχή-Συρροή, έκδ. 2008, σ. 125 επ.

## 2.1. Η προβληματική

Το γεγονός ότι, μία οποιαδήποτε θεραπευτική επέμβαση του ιατρού στο σώμα του ασθενούς, ιδιαιτέρως όταν λαμβάνει χώρα με τη μορφή χειρουργικής επεμβάσεως, έχει ως αναγκαίο επακόλουθο τη διαταραχή της σωματικής ακεραιότητας αυτού<sup>6</sup>, έχει οδηγήσει θεωρία και νομολογία σε αμηχανία σε σχέση με το ζήτημα του ποια θα πρέπει να είναι η εκτίμηση από πλευράς ποινικού δικαίου τέτοιου είδους ιατρικών πράξεων. Με μία πρώτη ματιά, παρατηρείται ότι η χειρουργική επέμβαση, ιδωμένη ως μορφή σωματικής “κάκωσης”, στοιχειοθετεί την αξιόποινη πράξη της σωματικής βλάβης των άρθρων 308 επ. ΠΚ, που στις περισσότερες μάλιστα περιπτώσεις θα είναι και επικίνδυνη (άρ. 309 ΠΚ) ή βαριά (άρ. 310 ΠΚ), με συνέπεια, κατά τα γενικώς ισχύοντα στον ελληνικό ΠΚ, το αρχικώς άδικο της συμπεριφοράς, να μη δύναται να αρθεί ούτε με τη συναίνεση του παθόντος<sup>7</sup>. Το ερώτημα που τίθεται στο σημείο αυτό λοιπόν είναι: Συνιστά η ιατρική πράξη μία, έστω κατ’αρχήν, άδικη συμπεριφορά; Μπορεί ο ιατρός που διενεργεί μία ενδεδειγμένη ιατροχειρουργική επέμβαση προς το σκοπό της ιάσεως του ασθενούς να εξομοιωθεί με έναν κοινό εγκληματία που βιαιοπραγεί στο σώμα του θύματος; Ή θα πρέπει να εξευρεθούν λόγοι ώστε να μην θεωρείται καν ότι πληρούται η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης στις περιπτώσεις αυτές;;

Προς επίλυση του ανωτέρω ζητήματος, έχει υποστηριχθεί πλήθος θεωριών, οι οποίες μπορούν σε πρώτη φάση να κατηγοριοποιηθούν α) σε αυτές που αντιμετωπίζουν κάθε ιατρική πράξη ως σωματική βλάβη και προς απαλλαγή του γιατρού αναζητούν λόγους άρσης του αδίκου, και β) σε αυτές που αναζητούν κριτήρια ώστε η ιατρική πράξη να μην πληροί καν την αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος της σωματικής βλάβης, και επομένως να μην θεωρείται ούτε κατ’αρχήν άδικη πράξη. Οι θεωρίες που εντάσσονται στην δεύτερη αυτή κατηγορία χωρίζονται περαιτέρω σε δύο υποκατηγορίες, ανάλογα με το αν εστιάζουν, για την κατάφαση ή μη της πλήρωσης της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος της σωματικής βλάβης, στο *επελθόν από την επέμβαση αποτέλεσμα* (θεωρία αποτελέσματος) ή στη συμπεριφορά του ιατρού, δηλαδή στο *κατά πόσον αυτός ενήργησε βάσει των κανόνων της τέχνης και της επιστήμης*

<sup>6</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, έκδ. 2016, σ. 265 επ.

<sup>7</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές Έννοιες & Ειδικά Ζητήματα, έκδ. 2014, σ. 33 επ.

(θεωρία *lex artis*), ανεξαρτήτως στην περίπτωση αυτή του αν η επέμβαση υπήρξε επιτυχημένη ή αποτυχημένη<sup>8</sup>.

Για λόγους συστηματικής πληρότητας της παρούσας εργασίας, κρίνεται αναγκαία μία σύντομη αναφορά στις θεωρίες αυτές και στις τάσεις που επικρατούν σήμερα στην επιστήμη, σχετικά με το πότε μία ιατροχειρουργική επέμβαση μπορεί να θεωρηθεί άδικη συμπεριφορά, δηλαδή κοινό έγκλημα του ΠΚ, ώστε σε επόμενα κεφάλαια να μπορέσουμε να προχωρήσουμε και στο ζήτημα του καταλογισμού της άδικης αυτής πράξης στο πρόσωπο του συγκεκριμένου, αμελώς δρώντος, ιατρού ή ιατρών.

## **2.2. Οι υποστηριχθείσες θεωρίες**

### **2.2.1. Θεωρίες που στηρίζονται στους λόγους άρσης του αδίκου χαρακτήρα της πράξης**

Βάσει των θεωριών αυτών, κάθε ιατρική πράξη περιέχει μία έστω ανεπαίσθητη σωματική κάκωση και συνεπώς ταυτίζεται με σωματική βλάβη, χωρίς εν προκειμένω να ενδιαφέρει το αποτέλεσμα αυτής ή εάν ο γιατρός λειτούργησε *lege artis*. Προκειμένου να αποφευχθεί το παράδοξο αποτέλεσμα της απόδοσης ποινικών ευθυνών σε κάθε ιατρό που διενεργεί μία τέτοια επέμβαση, οι υπέρμαχοι των θεωριών αυτών καταφεύγουν στην αναζήτηση λόγων άρσεως του αδίκου. Έτσι, κεντρικό ρόλο στις θεωρίες αυτές διαδραματίζει η *συναίνεση του ασθενούς*, ή επικουρικά, εφόσον αυτή για αντικειμενικούς λόγους δεν είναι δυνατό να δοθεί από τον ίδιο ή τους οικείους του, η *εικαζόμενη συναίνεση* αυτού. Ουσιαστικά, οι θεωρίες αυτές ακολουθούν την πάγια γερμανική νομολογία, έτσι όπως αυτή διαμορφώθηκε ήδη προ πολλών ετών, μετά την εναρκτήρια απόφαση του Reichsgericht της 31.05.1894<sup>9</sup>, βάσει της οποίας καταδικάσθηκε για σωματική βλάβη ιατρός ο οποίος προέβη σε αναγκαίο ακρωτηριασμό κάτω άκρου ανήλικου κοριτσιού, προς αποφυγίν του -άλλως αναπόφευκτου- θανάτου του, χωρίς όμως ως προς αυτό να έχει συναίνεσει ο πατέρας της ανήλικης. Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής κατά τα ανωτέρω, προτάσσουν την ανάγκη διαφύλαξης του δικαιώματος αυτοδιάθεσης των εννόμων αγαθών του ατόμου και θεωρούν ότι η τιμώρηση των αυθαίρετων ιατρικών πράξεων με βάση μόνο τις

---

<sup>8</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 33 επ., Πλεύρη Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Έρευνα και περιορισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο, έκδ. 2007, σ. 47 επ.

<sup>9</sup> RGSt 25, 375.

διατάξεις για τα εγκλήματα κατά της τιμής και της προσωπικής ελευθερίας είναι ελλιπής και ως εκ τούτου προς πληρέστερη προστασία του ασθενούς πρέπει να επιστρατεύονται αντ'αυτών, οι διατάξεις περί σωματικών βλαβών<sup>10</sup>. Όμως, πέραν του ότι η άποψη αυτή θεωρείται ήδη από τη γερμανική θεωρία απαρχαιωμένη, η εφαρμογή της παρ'ημίν οδηγεί ούτως ή άλλως σε σοβαρά αδιέξοδα, αφού ως γνωστόν, κατά τον ελληνικό ΠΚ, αντίθετα με το γερμανικό, η συναίνεση είναι λόγος που αίρει το άδικο μόνο στην απλή σωματική βλάβη και τις προνομιούχες μορφές της (άρ. 308 παρ. 1 & 2 ΠΚ) και συνεπώς η πλειονότητα των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων παραμένει ακάλυπτη<sup>11</sup>.

Τέλος, άλλοι λόγοι που μπορεί να χρησιμοποιηθούν κατά περίπτωση για άρση του αρχικού αδικού της ιατρικής πράξης κατά τις θεωρίες αυτές, είναι η κατάσταση ανάγκης (άρ. 25 ΠΚ), η υποχρέωση εκτέλεσης του ιατρικού καθήκοντος (άρ.20 ΠΚ), η εξυπηρέτηση του αληθινού συμφέροντος του ασθενούς, καθώς και το κοινωνικά πρόσφορο των πράξεων<sup>12</sup>.

Ωστόσο, οι θεωρίες αυτές δεν μπορεί παρά να έρθουν αντιμέτωπες με σοβαρή κριτική και εν τέλει κατ'ορθότερη άποψη να απορριφθούν, αφού η ιατρική πράξη, της οποίας το άδικο κρίνεται, δεν μπορεί να εξετάζεται μεμονωμένα (π.χ. να κρίνουμε το δίκαιο ή μη χαρακτήρα της διενέργειας μίας τομής), αλλά μόνο ως σύνολο, του οποίου τα θετικά και τα αρνητικά όσον αφορά την υγεία του ασθενούς πρέπει πάντα να συνεκτιμούνται<sup>13</sup>. Επιπλέον, και η κοινή λογική υπαγορεύει ότι ο ιατρός ο οποίος σκοπεί με την πράξη του στην ίαση του ασθενούς, δεν μπορεί απέναντι στο νόμο να εξομοιούται με έναν κοινό βίαιο εγκληματία και ακόμη και μία επιτυχημένη και *lege artis* διενεργηθείσα επέμβαση να μετατρέπεται αυθαιρέτως σε ποινικώς κολάσιμη πράξη<sup>14</sup>.

### **2.2.2. Θεωρίες που αναζητούν τη λύση στην αντικειμενική υπόσταση**

---

<sup>10</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη*, ό.π., σ. 34 επ., *Πλεύρη Α.*, *Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη*, ό.π., σ. 47 επ.

<sup>11</sup> *Λιούρδη Α.*, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη*, ό.α.π., σ. 36, *Πλεύρη Α.*, *Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη*, ό.α.π., σ. 50 επ.

<sup>12</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη*, ό.α.π., σ. 34 επ.

<sup>13</sup> Πρβλ. και *Ανδρουλάκη Ν.*, *Ποινικό Δίκαιο*, Ειδικό Μέρος, έκδ. 1974, σ. 115 επ., κατά τον οποίο το προστατευόμενο αγαθό είναι η υγεία, επομένως η ιατρική πράξη που βελτιώνει ή αποκαθιστά την υγεία δεν μπορεί να στοιχειοθετήσει σωματική βλάβη.

<sup>14</sup> Βλ. *Πλεύρη Α.*, *Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη*, ό.π., σ. 50 επ.

### 2.2.2.1. Η Θεωρία του αποτελέσματος

Η θεωρία του αποτελέσματος στηρίζεται στο δόγμα «όποιος σώζει έχει δίκαιο» και ενδιαφέρεται αποκλειστικά για το αποτέλεσμα της ιατρικής επεμβάσεως. Εφόσον μία *ιατρική πράξη* είναι *επιτυχημένη*, κατ'αυτήν δεν συνιστά σωματική βλάβη, ακόμα και εάν διενεργήθηκε κατά παράβαση των κοινώς παραδεδωμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης, ή χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς. Η επιτυχία της ιατρικής επεμβάσεως κρίνεται δε συνολικά (ιατροχειρουργική επέμβαση ως σύνολο) και όχι μεμονωμένα (βάσει δηλ. των διαφόρων επί μέρους πράξεων που διενεργούνται κατά την επέμβαση, όπως κόψιμο, τομές κτλ.), έτσι ώστε όταν με αυτή οι επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς είναι θετικές, να μην μπορεί να γίνει λόγος για προσβολή των εννόμων αγαθών των διατάξεων περί σωματικών βλαβών και συνεπώς για έγκλημα κατά το ποινικό μας δίκαιο<sup>15</sup>.

Πρόβλημα ωστόσο δημιουργείται από την εφαρμογή της ανωτέρω θεωρίας, σε σχέση με την *αποτυχημένη ιατρική πράξη*. Όσον αφορά αυτή την τελευταία, το ζήτημα είναι εριζώμενο. Έτσι, άλλοι υποστηρίζουν ότι οι συνέπειες της προσβολής του εννόμου αγαθού της υγείας και της σωματικής ακεραιότητας αίρονται βάσει του σκοπού ίασης που είχε ο ιατρός και απολείπεται χώρος μόνο για ιατρική ευθύνη από αμέλεια, που σε κάθε περίπτωση δεν συντρέχει εφόσον δεν υπάρχει αντικειμενικό σφάλμα συμπεριφοράς (δηλ. παράβαση των κοινώς παραδεδωμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης), ενώ άλλοι θεωρούν ότι ακόμα και *lege artis* να ενήργησε ο ιατρός εφόσον προχώρησε σε επικίνδυνη ιατρική επέμβαση παρά τη βούληση του ασθενούς και πάλι υφίσταται αντικειμενικό σφάλμα συμπεριφοράς, όχι όμως ως προς τη διενέργεια της επέμβασης αυτή τη φορά, αλλά ως προς την ίδια την ανάληψη του εγχειρήματος, και κατά ταύτα υφίσταται και ποινική του ευθύνη για το βλαπτικό αποτέλεσμα. Τέλος κάποιοι υπέρμαχοι της εν λόγω θεωρίας, δικαιολογούν την αποτυχημένη ιατρική επέμβαση βάσει της θεωρίας του κοινωνικώς πρόσφορου της συμπεριφοράς<sup>16</sup>, με το σκεπτικό ότι η σωματική βλάβη ή ακόμα και ο θάνατος του ασθενούς λόγω μίας ιατροχειρουργικής επέμβασης, κινείται στα επιτρεπτά όρια της κινδυνώδους δράσεως, και επομένως δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να συνιστά το αδίκημα της σωματικής βλάβης ή της ανθρωποκτονίας από αμέλεια<sup>17</sup>.

<sup>15</sup> Βλ. Πλεύρη Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, ό.π., σ. 52 επ.

<sup>16</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, θεωρία για το έγκλημα, έκδ. 2006, σ. 324 επ.

<sup>17</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 37 επ.

### 2.2.2.2. *Lege Artis Θεωρία (Θεωρία Συμπεριφοράς)*

Σε απόλυτη αντιδιαστολή με τις προαναφερθείσες θεωρίες (του αποτελέσματος), κατά τη θεωρία *lex artis*, το αν η έκβαση της επέμβασης υπήρξε επιτυχημένη ή αποτυχημένη δεν διαδραματίζει κανένα ρόλο στην κρίση μας περί του αδίκου χαρακτήρα της ιατρικής πράξης και, αντίθετα, το μόνο που μας απασχολεί είναι η συμπεριφορά του ιατρού, δηλαδή το εάν αυτός ενήργησε βάσει των κανόνων της ιατρικής επιστήμης. Εφόσον ενήργησε *lege artis*, ποινική του ευθύνη δεν μπορεί να προκύψει. Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής επισημαίνουν, και ορθώς, ότι το αποτέλεσμα μίας επέμβασης είναι ένας τυχαίος και αστάθμητος παράγοντας που δεν μπορεί να αποτελεί κριτήριο για το αν μία ενέργεια υπήρξε δίκαιη ή άδικη, διότι κάτι τέτοιο αντιστρατεύεται βασικές αρχές του ποινικού δόγματος, όπως για παράδειγμα αυτές περί νομιμότητας της ποινής και περί μη ποινικοποίησης τυχαίων περιστατικών<sup>18</sup>. Αντίθετα, οι κανόνες της επιστήμης, όπως αυτοί διδάσκονται στις ιατρικές σχολές και αποτελούν πλέον “ιατρικό κεκτημένο”, μπορούν να παράσχουν ένα σταθερό έδαφος για τη συναγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων περί δικαιοσύνης της συμπεριφοράς ενός ιατρού. Οι ίδιοι συμπληρώνουν μάλιστα, ότι σημασία έχει ο χρόνος της επέμβασης και όχι του αποτελέσματός της που επέρχεται σε έναν μεταγενέστερο χρόνο. Να σημειωθεί, ότι η θεωρία *lex artis* στην πιο ακραιφνή μορφή της, αδιαφορεί σε τέτοιο βαθμό για το αποτέλεσμα, ώστε πρεσβεύει ότι ακόμα και μία επιτυχημένη εν τέλει επέμβαση, εφόσον διενεργήθηκε ενάντια στους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, πρέπει να θεωρηθεί ποινικώς κολάσιμη πράξη<sup>19</sup>.

Όσον αφορά το ζήτημα της σημασίας της συναίνεσης του ασθενούς, η θέση των υποστηρικτών της εν λόγω θεωρίας δεν είναι ενιαία και δημιουργούνται δύο βασικά “ρεύματα”, ήτοι αυτό που δίνει έμφαση στην αυτονομία του ατόμου, και θεωρεί ότι η σωματική ακεραιότητα και η ελευθερία διαθέσεως της προστατεύονται από κοινού, έτσι ώστε η χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς διενέργεια ιατρικής πράξεως να πληροί την αντικειμενική υπόσταση των εγκλημάτων περί σωματικών βλαβών, ακόμα και αν αυτή διενεργήθηκε κατά τα λοιπά *lege artis*, και αυτό που δίνει έμφαση στο σωματικό-βιολογικό κριτήριο και θεωρεί ότι η αυτονομία του ανθρώπου δεν προστατεύεται από

<sup>18</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 39 επ., Πλεύρη Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, ό.π., σ. 54 επ.

<sup>19</sup> Βλ. Πλεύρη Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, ό.α.π., σ. 56.

τις διατάξεις περί σωματικών βλαβών και άρα η έλλειψη συναίνεσης του ασθενούς σε καμία περίπτωση δεν οδηγεί στην πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης τέτοιων εγκλημάτων<sup>20</sup>.

### **2.2.3. Ενδιάμεσες θεωρίες**

Τελειώνοντας την παρουσίαση των δύο κεντρικών θέσεων που αποτελούν τους αντίθετους πόλους στη θεώρηση του ζητήματος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά καιρούς έχουν υποστηριχθεί και ενδιάμεσες θεωρίες, που αντλούν επιρροές και από τις δύο και προσπαθούν να αμβλύνουν τις διαφορές μεταξύ τους. Τέτοιες θεωρίες είναι η *τροποποιημένη θεωρία του αποτελέσματος* και η *διδύναμη λύση* (zweispurige Lösung)<sup>21</sup>. Σύμφωνα με την πρώτη, άδικη πράξη δεν υπάρχει επί ιατρικών πράξεων που συνίστανται σε απλή ίαση, ακόμη και εάν δεν διεξήχθησαν lege artis ή με τη συναίνεση του ασθενούς. Αυτό, κατά τους υπέρμαχους της θεωρίας, δικαιολογείται καθότι, στις περιπτώσεις αυτές, δεν προκαλείται κάποια μεταβολή στο ανθρώπινο σώμα και συνεπώς δεν υφίσταται βλαπτικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, στις περιπτώσεις που η παρέμβαση στο ανθρώπινο σώμα είναι έντονη, όπως κατεξοχήν συμβαίνει στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, η συγκατάθεση του ασθενούς θεωρείται κατ' αυτούς απαραίτητη ώστε να αρθεί το άδικο του αποτελέσματος, ακόμη και αν η επέμβαση υπήρξε επιτυχής.

Τέλος, σύμφωνα με τη διδύναμη (ή άλλως δυσπόστατη) λύση, το προστατευόμενο έννομο αγαθό των διατάξεων περί σωματικών βλαβών είναι διφυές, ήτοι αφορά τόσο την υγεία, όσο και το δικαίωμα αυτοδιαθέσεως του ασθενούς. Έτσι τα εγκλήματα των άρθρων αυτών πληρούνται, είτε εάν βλαφθεί η υγεία του ασθενούς, κάτι που συμβαίνει όταν η πράξη δεν ήταν ιατρικώς ενδεδειγμένη και σύμφωνη με τους κοινώς παραδεδεδεγμένους κανόνες της επιστήμης, είτε εάν δεν δοθεί η συναίνεση του ασθενούς για τη διενέργεια της αυτής<sup>22</sup>.

### **2.3. Η κρατούσα άποψη σε θεωρία και νομολογία**

---

<sup>20</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη*, ό.π., σ. 40 επ., *Πλεύρη Α.*, *Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη*, ό.π., σ. 56.

<sup>21</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη*, ό.α.π., σ. 41 επ.

<sup>22</sup> Βλ. *Πλεύρη Α.*, *Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη*, ό.π., σ. 58 επ.

Η παλαιότερα κρατούσα άποψη στο ελληνικό Ποινικό Δίκαιο, συντασσόταν με την παγιωμένη θέση της γερμανικής νομολογίας<sup>23</sup>, όπως αυτή αναλύθηκε ανωτέρω, και θεωρούσε ότι κάθε ιατροχειρουργική επέμβαση συνιστά σωματική βλάβη, ενώ το άδικο της πράξεως, εφόσον ο ιατρός διεξήγαγε την εγχείρηση *lege artis* και επιτυχώς, εδύνατο να αρθεί βάσει της συναινέσεως του ασθενούς. Έτσι ιδιαίτερη έμφαση δινόταν στην υποχρέωση του ιατρού να διαφωτίσει πλήρως τον ασθενή όσον αφορά την ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή, τα πιθανά αποτελέσματα αυτής, καθώς και τις ενδεχόμενες παρενέργειές της και να εξασφαλίσει την αληθή συναίνεσή του ως προς όλα τα ανωτέρω, άλλως ο άδικος χαρακτήρας της επεμβάσεως διατηρείτο<sup>24</sup>.

Αντίθετα πλέον, και ορθώς, θεωρία και νομολογία αρνούνται τον χαρακτήρα της επιτυχημένης ιατρικής επεμβάσεως ως περίπτωσης σωματικής βλάβης, καθότι δέχονται ότι σκοπός προστασίας των εν λόγω διατάξεων του ΠΚ, δεν είναι αμιγώς η σωματική ακεραιότητα, αλλά η ίδια η υγεία του ατόμου ως σύνολο, η οποία και σε τέτοιες περιπτώσεις προάγεται<sup>25</sup>.

Συγκεκριμένα, κρατούσα σήμερα θεωρία παρήμιν, είναι εκείνη της *lege artis* διεξαγωγής της ιατρικής πράξεως, σε συνδυασμό με την υποχρέωση εξασφάλισης της συναίνεσης του ασθενούς, βασικός υποστηρικτής της οποίας υπήρξε στον ελληνικό επιστημονικό χώρο ο Ν. Ανδρουλάκης<sup>26</sup>. Έτσι, γίνεται δεκτό, ότι μία ιατρική επέμβαση δεν συνιστά ποτέ άδικη πράξη, ακόμη και αν δεν απέβη επιτυχής και ο ασθενής υπέστη σωματική βλάβη ή απεβίωσε, *εφόσον ο ιατρός ενήργησε lege artis*, ακολουθώντας τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και δεοντολογίας<sup>27</sup>. Συνδυαστικά λαμβάνεται υπόψη και η “ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς”, ως απαραίτητη προϋπόθεση για το σύννομο διενέργειας οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, συνεκτιμώμενης βέβαια σε κάποιες περιπτώσεις και της “υποχρέωσης παροχής βοήθειας” του ιατρού, που μπορεί να οδηγήσει στη διενέργεια επειγόντων πράξεων παρά την έλλειψη τέτοιας συγκατάθεσης<sup>28</sup>.

Ομοίως και η νομολογία του Αρείου Πάγου παγίως δέχεται ότι “*Ποινική ευθύνη του ιατρού για σωματική βλάβη από αμέλεια ή ανθρωποκτονία από αμέλεια στοιχειοθετείται στις περιπτώσεις εκείνες που το συγκεκριμένο αποτέλεσμα οφείλεται σε*

<sup>23</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.α.π., σ. 35.

<sup>24</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 265 επ.

<sup>25</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Επιτομή Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος, έκδ. 2016, σ. 186 επ.

<sup>26</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Ειδικό Μέρος, ό.π., σ. 121.

<sup>27</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1953/ 2001, Ποιν/λογ 2001, σ. 2417.

<sup>28</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 43 επ.



*παράβαση από τον ιατρό των κοινώς αναγνωρισμένων κανόνων της επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση και η σχετική του ενέργεια δεν έγινε σύμφωνα με το αντικειμενικώς επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας<sup>29</sup>”.*

Νεότερες ακόμα δε τάσεις που επικρατούν στην επιστήμη, θεωρούν ότι οι ιατροχειρουργικές επεμβάσεις που διενεργούνται *lege artis*, όποιο αποτέλεσμα και να έχουν δεν μπορούν να θεμελιώσουν ποινική ευθύνη του ιατρού, καθότι συνιστούν «κοινωνικώς πρόσφορη συμπεριφορά»<sup>30</sup>, και ως εκ τούτου μη αποδοκιμαζόμενη από το δίκαιο. Η ανωτέρω θέση, αρχίζει και απαντάται και στην εγχώρια δικαστηριακή πρακτική, η οποία σε πολλές αποφάσεις της χαρακτηρίζει την ιατροχειρουργική επέμβαση ως μορφή «*επιτρεπόμενης κινδυνώδους δράσεως*». Σε κάθε περίπτωση, η «*ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς*» θεωρείται και πάλι πρωταρχική και απαραίτητη προϋπόθεση, ώστε ο ιατρός να νομιμοποιείται να προβεί στο ανωτέρω «*επιτρεπτός κινδυνώδης*» εγχείρημα<sup>31</sup>.

## **1. Η ισχύουσα ελληνική νομοθεσία για την ποινική ευθύνη των ιατρών**

Ποινική ευθύνη του ιατρού προκύπτει όταν διαπιστωθεί ότι αυτός, με ενέργεια ή παράλειψή του που αντιβαίνει στις διατάξεις του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, της κείμενης νομοθεσίας του ΠΚ ή ειδικών ποινικών νόμων, προκάλεσε σωματική βλάβη ή θάνατο ασθενούς. Ο δε ασθενής, ο οποίος θεωρεί ότι έχει προσβληθεί η σωματική ακεραιότητα ή υγεία του λόγω ιατρικού σφάλματος ή οι οικείοι του, σε περίπτωση θανάτου αυτού, μπορούν να προσφύγουν τόσο ενώπιον της αστικής δικαιοσύνης όσο και της ποινικής, ασκώντας στην τελευταία αυτή περίπτωση σχετική καταγγελία, μήνυση ή έγκληση στο κατά τόπον αρμόδιο αστυνομικό τμήμα ή στον αρμόδιο Εισαγγελέα Πλημμελειοδικών<sup>32</sup>.

Πρέπει εκ προοιμίου να επισημανθεί, ότι όταν γίνεται λόγος για “ιατρικό σφάλμα”, όπως από την ίδια την έννοια της λέξεως διαφαίνεται, νοούνται οι περιπτώσεις ιατρικής αμέλειας και όχι σωματικής βλάβης ή ανθρωποκτονίας από δόλο, έστω και ενδεχόμενο,

<sup>29</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 543/2008 Ποιν/Λογ 2008, σ. 374, ΑΠ 611/2007 Ποιν/Δικ 2007, σ. 1101, ΑΠ 822/2006, Ποιν/Δικ 2007, σ. 259.

<sup>30</sup> Βλ. *Χαραλαμπάκη Α.*, *Επιτομή Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος*, ό.π. σ. 187.

<sup>31</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, *Ιατρική Ποινική Ευθύνη*, ό.π., σ. 44-45.

<sup>32</sup> Βλ. *Φράγκου Κ.*, *Ιατρική Ευθύνη, Αστική-Ποινική-Πειθαρχική, Ποινικά αδικήματα Ιατρών*, έκδ. 2018, σ. 269.

του ιατρού. Αυτό είναι εύλογο, αφού στη δεύτερη αυτή περίπτωση απαιτείται τουλάχιστον αποδοχή εκ μέρους του ιατρού του βλαπτικού αποτελέσματος και συνεπώς η όποια ευθύνη του δεν αποδίδεται σε απλό “σφάλμα”, ήτοι λανθασμένη εκτίμηση και χειρισμό της κατάστασης εκ μέρους του, αλλά σε πρόθεση αυτού.

Ωστόσο, ο όρος ιατρικό σφάλμα ουσιαστικά ταυτίζεται με την ίδια την έννοια της ιατρικής ευθύνης εν γένει, καθότι οι περιπτώσεις ύπαρξης δόλου εκ μέρους των ιατρών είναι σπανιότατες και κατά συνέπεια η συντριπτική πλειοψηφία των υποθέσεων που άγονται ενώπιον της δικαιοσύνης αφορούν ζητήματα ιατρικής αμέλειας. Η από πρόθεση βλάβη του σώματος ή της υγείας του ασθενούς θα μπορούσε βέβαια, ανάλογα με τον τρόπο που διενεργήθηκε, να χαρακτηριστεί ως παράλειψη βοήθειας προς τον ασθενή, με βάση τη διάταξη του 306 ΠΚ περί έκθεσης, ή από πρόθεση ανθρωποκτονία ή πρόκληση σωματικής βλάβης, βάσει των διατάξεων των άρ. 299 & 308 επ. ΠΚ. Όμως, οι περιπτώσεις αυτές (δόλιας δράσης του ιατρού), εκφεύγουν του πεδίου της λεγόμενης “ιατρικής ευθύνης”<sup>33</sup>, που, όπως έχει διαμορφωθεί ως όρος από τη νομολογία μας, αναφέρεται μόνο σε αξιόποινες πράξεις ιατρών τελεσθείσες εξ αμελείας, και ως εκ τούτου δεν θα αποτελέσουν αντικείμενο περαιτέρω εξέτασης στην παρούσα εργασία.

Όσον αφορά το ζήτημα της ρύθμισης της ιατρικής ευθύνης από την ισχύουσα ελληνική νομοθεσία, πρέπει να αναφερθεί ότι, η προστασία των εννόμων αγαθών της ζωής και της υγείας του ασθενούς, βρίσκει καταρχήν έρεισμα στο υπερνομοθετικής ισχύος άρθρο 5 του Συντάγματος και συγκεκριμένα στις παραγράφους 2 και 5 αυτού, κατά τις οποίες *“Όλοι όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής... χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων...”* και *“Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε ανθρώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων”*<sup>34</sup>.

Από πλευράς ποινικού δικαίου τώρα, επισημαίνεται ότι η ποινική ευθύνη των ιατρών δεν αντιμετωπίζεται αυτοτελώς από τον ποινικό νομοθέτη. Έτσι, ειδικές διατάξεις για την ποινική ευθύνη αυτής της συγκεκριμένης κατηγορίας επαγγελματιών δεν υπάρχουν, αλλά εφαρμόζονται, ομοίως και για αυτήν, οι γενικές διατάξεις του ΠΚ και πιο συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις που μας απασχολούν, ιδίως αυτές των άρθρων

---

<sup>33</sup> Βλ. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, Επιθεώρηση Ιατρικού Δικαίου, έκδ. 2016, τ. 8, τ. 1, σ. 24.

<sup>34</sup> Βλ. Καράμπελα Α., Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη, ό.π., σ. 60.

302 παρ. 1 περί ανθρωποκτονίας από αμέλεια, και 314 παρ. 1 ΠΚ περί σωματικής βλάβης από αμέλεια. Επίσης, από τα άρθρα του γενικού μέρους του ΠΚ, εφαρμόσιμα, ως συμβατά με την έννοια της ιατρικής αμέλειας, είναι τα άρθρα 14 (έννοια αξιόποινης πράξης), 15 (έγκλημα που τελείται με παράλειψη) και 28 (αμέλεια), ενώ επιπλέον, από τα λοιπά άρθρα του ειδικού μέρους, το άρθρο 315 ΠΚ (έγκληση)<sup>35</sup>.

Υλικό αντικείμενο στα εγκλήματα ιατρικής αμέλειας είναι ο άνθρωπος. Ως εκ τούτου, κρίσιμη είναι η διαπίστωση ότι, κατά τη στιγμή διάπραξης της πράξεως πράγματι υπήρχε “άνθρωπος” από τη σκοπιά του ποινικού δικαίου, ζήτημα με τη σειρά του αρρήκτως συνδεδεμένο, με αυτό του καθορισμού του χρονικού σημείου έναρξης και λήξης της ανθρώπινης ζωής<sup>36</sup>. Ο καθορισμός ιδιαίτερος του χρονικού σημείου έναρξης της ζωής, αποτελεί καίριο παράγοντα για την απόδοση πιθανής ποινικής ευθύνης σε μαιευτήρες- γυναικολόγους, τόσο για ενέργειες ή παραλείψεις τους που έλαβαν χώρα κατά τον τοκετό, όσο κατά τη διάρκεια της κυήσεως (όπως για παράδειγμα κατά τη διενέργεια προγεννητικών επεμβάσεων, στο στάδιο του προγεννητικού ελέγχου)<sup>37</sup>. Το ζήτημα αυτό δε, αναδεικνύεται ως υψίστης σημασίας, αν αναλογισθεί κανείς ότι κατά τον Ποινικό μας Κώδικα, προσβολές του εμβρύου από αμέλεια παραμένουν ατιμώρητες, ενόψει απουσίας ειδικής νομοθετικής ρύθμισης.

Κρατούσα άποψη στην ελληνική θεωρία και νομολογία είναι ότι *άνθρωπος υφίσταται και πριν την ολοκλήρωση του τοκετού*, θέση με την οποία συνηγορεί και το γεγονός ότι η παιδοκτονία, ως έγκλημα κατά της ζωής, τιμωρείται (σύμφωνα με το 303 ΠΚ), όταν η μητέρα σκοτώνει το τέκνο της μετά ή *και κατά τον τοκετό*<sup>38</sup>. Ωστόσο, αμφιλεγόμενο παραμένει το ζήτημα του καθορισμού του ακριβούς χρονικού σημείου προ της ολοκληρώσεως του τοκετού, που πρέπει να θεωρηθεί ότι σηματοδοτεί την έναρξη της ύπαρξης ενός νέου ανθρώπου. Σύμφωνα με μία άποψη “*άνθρωπος υφίσταται από τη στιγμή που τεθεί σε κίνηση η φυσική εκείνη αλληλουχία γεγονότων, η οποία κατά τα διδάγματα της μαιευτικής επιστήμης οδηγεί αδιαλείπτως στην ολοκλήρωση*

<sup>35</sup> Βλ. Καράμπελα Α., Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη, ό.α.π., σ. 59 επ.

<sup>36</sup> Βλ. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 269.

<sup>37</sup> Βλ. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, ό.α.π., σ. 270 επ.

<sup>38</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1033/2016, ΠοινΧρ 2017, σ. 665 επ., κατά την οποία “*κατά το ποινικό δίκαιο δεν συμπίπτει προς την έναρξη του "προσώπου" κατά το αστικό, το οποίο αρχίζει να υπάρχει μόλις γεννηθεί ζωντανό και παύει να υπάρχει με το θάνατο του (ΑΚ 35), δηλαδή αφού ολοκληρωθεί ο τοκετός με την αποχωρισμό του νεογνού από το μητρικό σώμα. Το τελευταίο συνάγεται από τη διάταξη του άρθρου 303 ΠΚ περί παιδοκτονίας, η οποία μπορεί να διαπραχθεί και κατά τον τοκετό*”.

της γεννήσεως<sup>3940</sup>”, ενώ σύμφωνα με άλλη άποψη “ *άνθρωπος υφίσταται από τη στιγμή εξόδου από τη μητρική κοιλιά, έστω και μέρους μόνο του σώματος του νεογέννητου*<sup>41</sup>”.

Παρότι η δεύτερη αυτή άποψη υποστηρίζεται έντονα από μέρος της επιστήμης<sup>42</sup>, ορθότερο φαίνεται κατά την άποψη της γράφουσας να δεχθούμε, προς πληρέστερη προστασία του νεογνού<sup>43</sup> -το οποίο άλλως θα έμενε ποινικώς απροστάτευτο για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα του κρίσιμου σταδίου του τοκετού- ότι άνθρωπος υπάρχει από όταν ξεκινά ο τοκετός, ήτοι η φυσική εκείνη αλληλουχία φάσεων που οδηγεί αδιαλείπτως στη γέννηση (πρακτικώς δηλαδή, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, από τη στιγμή που η επίτοκος χρειάζεται να παραμείνει στο μαιευτήριο<sup>44</sup>). Όποια άποψη και να υιοθετηθεί ωστόσο, επισημαίνεται ότι δεν επιφέρει κάποια διαφοροποίηση στην ποινική μεταχείριση των περιπτώσεων πλημμελούς διενέργειας προγεννητικού ελέγχου, καθότι αυτός διενεργείται σε διάφορα στάδια της κύησης που σε κάθε περίπτωση προηγούνται κατά πολύ του τοκετού, με συνέπεια η όποια βλάβη στο έμβρυο από αμέλεια, κατά το χρονικό αυτό σημείο, να παραμένει ατιμώρητη<sup>4546</sup>.

Περαιτέρω, ο τρόπος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και τα κυριότερα καθήκοντα επιμελείας του ιατρού, καθορίζονται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005). Σε αυτόν συστηματοποιούνται οι βασικές αρχές ασκήσεως του ιατρικού λειτουργήματος, βάσει των οποίων δίδεται προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενούς (άρ. 9 ΚΙΔ), στο σεβασμό σε κάθε περίπτωση της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας του, στην καλλιέργεια αμοιβαίου κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ αυτού και του ιατρού (άρ. 8 ΚΙΔ), καθώς και στην υποχρέωση πλήρους διαφώτισης του (άρ. 11 ΚΙΔ) και λήψης της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια οιασδήποτε ιατρικής πράξεως (άρ. 12 ΚΙΔ).

---

<sup>39</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Ποινικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, ό.π., σ. 22.

<sup>40</sup> Βλ. ΑΠ 1671/2003 Ποιν/Λογ 2003, σ. 1887, ΑΠ 34/1981 Ποιν/Χρ 1981, σ. 433, ΕφΑιγ 72/2008 Αρμ 2010, σ. 249.

<sup>41</sup> Βλ. 1963/2013 ΠλημΑθ, Ποιν/Χρ 2013, σ. 222 επ., 20075/2013 ΠλημΘεσσ, Ποιν/Δικ 2014, σ. 565 επ., ΣυμβΑΠ 490/2000, Ποιν/Δικ 2001, σ. 580, ΕφΛαρ 60/1978, Ποιν/Χρ 1978, σ. 737.

<sup>42</sup> Βλ. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 272.

<sup>43</sup> Βλ. ως προς το ζήτημα αυτό επιχειρήματα Ανδρουλάκη Ν., σε Ειδικό Μέρος, ό.π., σ. 21 επ., κατά τον οποίο “και η μεν τελευταία αυτή γνώμη, ήτις υπ’ολίγων μόνον υποστηρίζεται, δεν δύναται να γίνει δεκτή, διότι περιορίζει ωσαύτως καθ’ υπερβολήν την ποινικήν προστασίαν του τικτομένου”, ενώ σε άλλο σημείο “Αλλά χρειάζεται οπωσδήποτε η «εικών» αυτή (ενν. της εξόδου μέρους του σώματος του νεογνού από το μητρικό σώμα) δια να παρακινηθή ο μαιευτήρ ή μαία εις την αρμόζουσαν επί γεννήσεως α ν θ ρ ώ π ο υ προσοχή; Εξάλλου... ως άμβλωσις συλλαμβάνεται υπό του νόμου μόνον ο πρόωρος αποχωρισμός του εμβρύου από το μητρικό σώμα, πράγμα το οποίον δεν συμβαίνει από της ενάρξεως των ωδινών κτλ.”.

<sup>44</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Ειδικό Μέρος, ό.α.π., σ. 22.

<sup>45</sup> Βλ. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 271.

<sup>46</sup> Βλ. ενδεικτικά ΣυμβΠλημΚερκ 125/2005, Ποιν/Δικ 2006, σ. 32.

Ειδικότερα, όσον αφορά περιπτώσεις συνεργασίας περισσότερων ιατρών (ζήτημα το οποίο θα μας απασχολήσει εκτενέστερα και στη συνέχεια), είτε ταυτόχρονης (στα πλαίσια συνεργαζόμενης ομάδας), είτε διαδοχικής (παράδοση φροντίδας του ασθενούς από έναν ιατρό σε άλλο), ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας περιέχει κάποιες βασικές κατευθυντήριες γραμμές στα άρ. 8 και 10 αυτού. Συγκεκριμένα στο άρ. 8 παρ. 6 αναφέρεται ότι *“Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενούς σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες”*, ενώ στο άρθρο 10, ορίζονται τα βασικά καθήκοντα επιμελείας των ιατρών της συνεργαζόμενης ομάδας (όπως είναι κατεξοχήν και η ιατροχειρουργική ομάδα), ως εξής :

*“1. Η άσκηση της ιατρικής γίνεται σύμφωνα με τους γενικά παραδεκτούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός έχει υποχρέωση συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης και ενημέρωσης σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και της ειδικότητάς του.*

*2. Η υποχρέωση αυτή περιλαμβάνει όχι μόνον τις ιατρικές γνώσεις, αλλά και τις κλινικές δεξιότητες, καθώς και τις ικανότητες συνεργασίας σε ομάδα, οι οποίες είναι απαραίτητες για την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η συνεργασία στο πλαίσιο κάθε διεπιστημονικής ή μη ομάδας πρέπει να γίνεται εποικοδομητικά. Αν ο ιατρός ηγείται της ομάδας, προσπαθεί να εξασφαλίσει από όλα τα μέλη την ανάγκη παροχής αξιοπρεπούς και αποτελεσματικής φροντίδας, καθώς και εκδήλωσης σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή.*

*3. Ο ιατρός οφείλει να αναγνωρίζει τα όρια των επαγγελματικών του ικανοτήτων και να συμβουλευέται τους συναδέλφους του.”*

Τέλος, το πλέγμα προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς, συμπληρώνεται με το Ν. 2619/1998, που κύρωσε τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου, σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, ή άλλως *“Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική”*, που υπεγράφη στο Οβιέδο το 1997 (Σύμβαση του Οβιέδο)<sup>47</sup>. Ιδιαίτερος σημαντικό, είναι το άρθρο 5 της Σύμβασης που αφορά τη συναίνεση του ασθενούς.

---

<sup>47</sup> Βλ. Καράμπελα Λ., Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη, ό.π., σ. 98 επ.

#### 4. Η έννοια της αμέλειας κατά τον Ποινικό μας Κώδικα

Τον ορισμό της αμέλειας δίδει ο Ποινικός μας Κώδικας στο άρ. 28 αυτού, σύμφωνα με το οποίο : *“από αμέλεια πράττει όποιος από έλλειψη της προσοχής την οποία όφειλε κατά τις περιστάσεις και μπορούσε να καταβάλει, είτε δεν προέβλεψε το αξιόποιο αποτέλεσμα που προκάλεσε η πράξη του, είτε το προέβλεψε ως δυνατό, πίστεψε όμως ότι δεν θα επερχόταν”*.

Κατά τα ανωτέρω, η αμέλεια νοείται ως μορφή υπαιτιότητας, δηλαδή ως βαθμός ψυχικής σύνδεσης του δράστη προς την πράξη του, με τη διαπίστωση της οποίας αυτή η τελευταία δύναται να καταλογισθεί σε ενοχή του<sup>48</sup>. Σε αντίθεση με το δόλο, βασικό στοιχείο του οποίου είναι η *απόφαση* προσβολής ενός εννόμου αγαθού, στην αμέλεια, το επίμεμπτο της συμπεριφοράς έγκειται στο ότι ο δράστης *δεν επέδειξε την απαιτούμενη επιμέλεια* ως προς την προστασία του, με αποτέλεσμα να επέλθει το βλαπτικό αποτέλεσμα<sup>49</sup>. Το εξ αμελείας έγκλημα λοιπόν, όπως ορθώς παρατηρείται, αντιδιαστέλεται από το εκ δόλου τελούμενο, ακριβώς κατά το ότι ο δράστης με την πράξη του, δεν εκδηλώνει θετική καταφρόνηση προς τα έννομα αγαθά, αλλά απλώς ένα είδος αδιαφορίας, ή, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στη βιβλιογραφία, μία *“αφροντιστία περί τη διαφύλαξίν των”*<sup>50</sup>.

Κατά τη διατύπωση της διατάξεως του άρ. 28 ΠΚ, η αμέλεια διακρίνεται σε δύο είδη, ήτοι σε *ενσυνείδητη* και σε *άνευ συνειδήσεως*, ανάλογα με το αν ο δράστης προέβλεψε ως πιθανό το αποτέλεσμα της πράξης του, πίστεψε όμως ότι θα το αποφύγει (ενσυνείδητη αμέλεια) ή αν δεν το προέβλεψε καν (άνευ συνειδήσεως αμέλεια). Η ενσυνείδητη αμέλεια, ως βαρύτερη μορφή αμέλειας<sup>51</sup>, προσεγγίζει τον ενδεχόμενο δόλο, αφού και στις δύο αυτές μορφές υπαιτιότητας υπάρχει ένα κοινό γνωσιακό στοιχείο, που αφορά την πιθανολόγηση επέλευσης του αποτελέσματος. Ωστόσο, η

<sup>48</sup> Βλ. Χαραλαμπάκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π, σ. 245.

<sup>49</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος Ι, έκδ. 2007, σ. 301.

<sup>50</sup> Βλ. Χωραφά, Ποινικό Δίκαιο, έκδ. 1978, σ. 276., Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 309.

<sup>51</sup> Βλ. όμως και αντίθετη άποψη Χωραφά, σε Ποινικό Δίκαιο, ό.π., σ. 278, κατά τον οποίο η βαρύτητα της αμέλειας *“ήρτηται από τον βαθμόν ελλείψεως της προσοχής, η δε τοιαύτη έλλειψις δυνατόν κατά τις περιστάσεις να είναι μείζονος βαθμού επί άνευ συνειδήσεως αμέλειας”*. Σύμφωνας αντίθετα με την άποψη, ότι η ενσυνείδητη αμέλεια είναι βαρύτερη μορφή αμέλειας από την ασυνείδητη, είναι ο Ανδρουλάκης Ν., σε Γενικό Μέρος Ι., ό.π., σ. 326 επ., κατά τον οποίο *“Κατά τη δική μου άποψη μεγαλύτερη είναι η απαξία της ενσυνείδητης αμέλειας... διότι ο σύνδεσμος μεταξύ του εγκληματικού αποτελέσματος και του ψυχικού κόσμου του δράστη έχει στην ενσυνείδητη αμέλεια πάντοτε ουσιαστική υπόσταση, ενώ στην άνευ συνειδήσεως αμέλεια δεν συνδέθηκε ψυχικά με τη δυνατότητα του αποτελέσματος... Αναμφισβήτητο είναι όμως -κατά τούτο έχουν δίκιο όσοι υποστηρίζουν τα αντίθετα- ότι η απροσεξία μπορεί να αποβεί πιο επικίνδυνη από την απερισκεψία..”*

βασική διαφορά μεταξύ τους έγκειται στο βουλευτικό πεδίο, καθότι ο δράστης με ενδεχόμενο δόλο *αποδέχεται* το αποτέλεσμα που πιθανολογεί ότι θα επέλθει με την πράξη του, ενώ αντίθετα ο δράστης που δρα με ενσυνείδητη αμέλεια, *πιστεύει (έστω και πεπλανημένα) ότι θα το αποφύγει*<sup>52</sup>.

Από την άλλη μεριά, στην άνευ συνειδήσεως αμέλεια, ο δράστης δεν προβλέπει καν την πιθανότητα επελεύσεως του αποτελέσματος, παρότι θα έπρεπε, με καταβολή της δέουσας προσοχής, να ήταν ικανός προς τούτο. Κατά αυτή την έννοια η άνευ συνειδήσεως αμέλεια αποτελεί τη λιγότερο συνειδητή μορφή υπαιτιότητας και αποτελεί το όριο μεταξύ υπαιτιότητας και παντελώς τυχαίου γεγονότος (casus)<sup>53</sup>. Έτσι, από πολλούς αμφισβητείται η ιδιότητα της άνευ συνειδήσεως αμέλειας ως γνήσιας μορφής υπαιτιότητας, αφού εκ πρώτης όψεως φαίνεται να ελλείπει οιαδήποτε ψυχική σύνδεση του δράστη με το παράνομο αποτέλεσμα. Ωστόσο, κατ'ορθότερη άποψη, ακόμα και σε αυτές τις περιπτώσεις, υφίσταται ένα *minimum* γνώσης που μπορεί να θεμελιώσει την ενοχή. Τέτοια, είναι η γνώση *όχι της δυνατότητας επελεύσεως του συγκεκριμένου παράνομου αποτελέσματος*, υπό τις περιστάσεις που τελικώς επήλθε, *αλλά των περιστατικών τα οποία παρείχαν αφορμή στο δράστη*, εάν κατέβαλε την προσήκουσα προσοχή, να μπορέσει να πιθανολογήσει αυτή τη δυνατότητα<sup>54</sup>, ή κατ'άλλη διατύπωση, *γνώση των πραγματικών περιστατικών που αντιβαίνουν στον αφηρημένως ισχύοντα κανόνα επιμελείας και εξ αυτού του λόγου καθιστούν τη συμπεριφορά του δράστη αντικανονική*<sup>55</sup>.

Πρέπει να επισημανθεί ότι, η νομολογία του Ακυρωτικού μας απαιτεί, και ορθώς, σε κάθε περίπτωση καταδικαστικής απόφασης, να διευκρινίζεται ποιο από τα δύο είδη αμέλειας συνέτρεξε στη συγκεκριμένη περίπτωση, διότι άλλως θεωρεί ότι δημιουργείται ασάφεια και αντίφαση που καθιστά ανέφικτο τον αναιρετικό έλεγχο για ορθή ή μη εφαρμογή ουσιαστικής ποινικής διάταξης και κατά ταύτα ιδρύεται λόγος αναίρεσης για έλλειψη νομίμου βάσεως<sup>56</sup>. Χαρακτηριστική τέτοια απόφαση, που αφορά και ζήτημα συγκλίνουσας ιατρικής αμέλειας χειρουργού και αναισθησιολόγου, είναι η ΑΠ 1354/2000, η οποία ακύρωσε δευτεροβάθμια απόφαση, διότι στο διατακτικό της, αντί να διασαφηνίζεται το είδος αμέλειας που συνέτρεξε στα πρόσωπα

<sup>52</sup> Βλ. *Χαραλαμπάκη Α.*, Ιατρική Ευθύνη, ό.π, σ. 246.

<sup>53</sup> Βλ. *Χαραλαμπάκη Α.*, Ιατρική Ευθύνη, ό.π, σ. 247 επ.

<sup>54</sup> Βλ. *Ανδρουλάκη Ν.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 326.

<sup>55</sup> Βλ. *Βασιλακόπουλου Π.*, Αμελής Παράλειψη- Εξωτερική αμέλεια- Αμέλεια, ΠοινΧρ ΝΓ', έκδ. 2003, σ. 678 επ., ιδίως σ. 680.

<sup>56</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 230/2015, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

των κατηγορουμένων, περιείχετο απλώς η ενδοιαστική διατύπωση “*οι κατηγορούμενοι είτε δεν προέβλεψαν το αξιόποιο αποτέλεσμα, είτε το προέβλεψαν ως πιθανό, πίστεψαν όμως ότι αυτό δεν θα επέλθει*”. Κατά τα ανωτέρω, κρίθηκε ότι καθίστατο αδύνατος ο αναιρετικός έλεγχος για το ορθό ή μη της εφαρμογής του άρ. 28 ΠΚ, και η εφετειακή απόφαση έπρεπε να αναιρεθεί<sup>57</sup>.

Τέλος, κλείνοντας αυτή τη σύντομη αναφορά στην έννοια της αμέλειας κατά το ποινικό μας δίκαιο, δεν θα μπορούσε να λείπει και μία αναφορά στην έννοια της *εξωτερικής αμέλειας*, έστω και αν από τον ορισμό του άρ. 28 ΠΚ, αυτή δείχνει να αγνοείται εντελώς από τον εθνικό μας νομοθέτη, που φαίνεται να ασχολείται μόνο με την εσωτερική όψη αυτής, δηλαδή μόνο με την αμέλεια ως μορφή υπαιτιότητας<sup>58</sup>. Για την εξωτερική όψη της αμέλειας κάνει λόγο το πρώτον στην ελληνική θεωρία ο Ν. Ανδρουλάκης, με την ομώνυμη, δημοσιευθείσα το 1970, μελέτη του<sup>59</sup>. Κατ’αυτόν λοιπόν, η αμέλεια είναι δισυπόστατη, εμφανίζοντας τόσο μία *εσωτερική*, όσο και μία *εξωτερική* όψη. Η εξωτερική όψη της αμέλειας είναι *μορφή συμπεριφοράς*, που έγκειται στην άτεχνη, πλημμελή διεξαγωγή ενός εγχειρήματος, στο “σφάλμα” δηλαδή της συμπεριφοράς. Αντίθετα, η εσωτερική όψη της, είναι *μορφή υπαιτιότητας* και αναλύεται στην έλλειψη προσοχής και σύνεσης που επέδειξε εσωτερικά ο δράστης, εξαιτίας της οποίας και εκδηλώθηκε εν τέλει η εξωτερικά πλημμελής συμπεριφορά<sup>60</sup>. Η αμέλεια κατά τα ανωτέρω λοιπόν, δεν αποτελεί στοιχείο μόνο της υποκειμενικής υπόστασης του εξ αμελείας εγκλήματος, δηλαδή στοιχείο μόνο του καταλογισμού σε ενοχή, αλλά και της ίδιας της αντικειμενικής υπόστασης αυτού, αναγόμενο στο χώρο του αδίκου.

Η άποψη αυτή, περί διφυούς χαρακτήρα της αμέλειας, ως στοιχείου τόσο της υποκειμενικής όσο και της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος, έχει επικρατήσει σήμερα, και ορθώς, τόσο στη θεωρία<sup>61</sup> όσο και στη νομολογία<sup>62</sup> που,

<sup>57</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π, σ. 247 επ.

<sup>58</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 309 επ., Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 301 επ., Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π, σ. 248 επ.

<sup>59</sup> Βλ. Η εξωτερική αμέλεια, ΠοινΧρ ΜΕ’, έκδ. 1970, σ. 93 επ., που επαναδημοσιεύθηκε το 1972 στον Τόμο «Ποινικά Μελέται», σ. 77 επ.

<sup>60</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 309 επ.

<sup>61</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 301 επ., του ιδίου, Τα εκ του αποτελέσματος διακρινόμενα εγκλήματα, έκδ. 1984, σ. 195 επ., Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια στο ποινικό δίκαιο, έκδ. 1994, ιδίως σ. 44 επ., 77 επ., Βασιλακόπουλου Π., σε ΤιμΤ Ανδρουλάκη, έκδ. 2003, σ. 64 επ., του ιδίου, Αμελής Παράλειψη- Εξωτερική αμέλεια- Αμέλεια, ό.π., σ. 673 επ.

<sup>62</sup> Βλ. ενδεικτικά ΕφΘρ 1312/2016, ΑΠ 128/2015, ΑΠ 676/2011, ΑΠ 615/2011, ΑΠ 1372/2010, ΑΠ 1106/2010, ΑΠ 296/2010, ΑΠ 268/2010 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.



παρότι αρχικά υπήρξε διστακτική και αναγνώριζε μόνο την υποκειμενική όψη της αμέλειας, πλέον αποδέχεται την πρόταση της θεωρίας για αναγνώριση της εξωτερικής αμέλειας ως άγραφου στοιχείου της αντικειμενικής υπόστασης. Έτσι γίνεται δεκτό ότι, η “αφροντιστία” ως λόγος τιμώρησης της αμέλειας δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο σε μία εσωτερική στάση του δράστη, εάν κατά τα λοιπά αυτός διεξάγει επιμελώς, *lege artis*, το εγχείρημα, αλλά για να υπάρξει πρέπει να εκδηλωθεί και αντικειμενικά, πρέπει δηλαδή και εξωτερικά να γίνει αντιληπτός ένας κίνδυνος για το έννομο αγαθό. Άλλως, όπως ορθώς παρατηρείται, τυχόν τιμώρηση εκείνου που αντικειμενικά συμπεριφέρθηκε καθ’ όλα επιμελώς, για την επέλευση ενός τυχαίου αποτελέσματος, συνιστά απόδοση αντικειμενικής ευθύνης και απαράδεκτη διεύρυνση των ορίων του αξιοποιήσιμου<sup>63</sup>.

Τέλος, ως προς το ζήτημα της αναζήτησης νομοθετικού ερείσματος για την εξωτερική αμέλεια, δεδομένου ότι, όπως προελέχθη, το άρθρο 28 ΠΚ φαίνεται να την αγνοεί, υποστηρίζεται στη θεωρία ότι αυτή αναγνωρίζεται ως μορφή συμπεριφοράς ευθέως από διάφορες άλλες διατάξεις του ΠΚ, όπως για παράδειγμα αυτές των άρθρων 423, 432 περ. γ’, 434 περ. β’ και 441 ΠΚ που τιμωρούν “*όποιον γίνεται υπαίτιος οποιασδήποτε αμέλειας από την οποία μπορεί να προκύψει βλάβη.*”<sup>64</sup>, ενώ επιπλέον κατά το *N. Ανδρουλάκη*, αυτή, καίτοι δεν μνημονεύεται ρητώς, δεν μπορεί παρά να εξυπονοείται και από το άρθρο 28 ΠΚ. Έτσι κατά τον τελευταίο, η “εξωτερική” αμέλεια δεν είναι “εξωτερική” μόνο ως προς το δράστη, αλλά και ως προς το ίδιο το άρθρο 28 ΠΚ<sup>65</sup>.

## **5. Τα επί μέρους στοιχεία της αντικειμενικής και υποκειμενικής υποστάσεως των εγκλημάτων που αφορούν ιατρική αμέλεια**

### **5.1. Η αντικειμενική υπόσταση των εγκλημάτων ιατρικής αμέλειας**

---

<sup>63</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 301 επ.

<sup>64</sup> Βλ. *Ανδρουλάκη Ν.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 311 επ., *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.α.π., σ. 302.

<sup>65</sup> Βλ. όμως και αντίθετη άποψη *Βασιλακόπουλου Π.*, κατά τον οποίο η “εξωτερική” αμέλεια είναι “εσωτερική” ως προς το άρθρο 28 ΠΚ, σε “*Αμελής Παράλειψη- Εξωτερική αμέλεια- Αμέλεια*”, ό.π., σελ. 677 επ., και ιδίως σ. 678, με περαιτέρω παραπομπές.

Με βάση τις ανωτέρω παραδοχές περί εξωτερικής αμέλειας, γίνεται πλέον δεκτό ότι, στοιχεία της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων που αφορούν ιατρική αμέλεια και τυποποιούνται στα άρθρα 302 παρ. 1 ΠΚ (ανθρωποκτονία από αμέλεια), και 314 παρ. 1 ΠΚ (σωματική βλάβη από αμέλεια), είναι τα εξής:

- i. Επέλευση του αποτελέσματος του θανάτου ή της σωματικής βλάβης του ασθενούς.
- ii. Πράξη του ιατρού που χαρακτηρίζεται ως «εξωτερικά αμελής», δηλαδή άτεχνη, εσφαλμένη ή πλημμελής διεξαγωγή του εγχειρήματος, που αντιβαίνει στον οικείο κανόνα επιμελείας.
- iii. Αντικειμενική δυνατότητα πρόβλεψης, εκ μέρους του ιατρού, του βλαπτικού αποτελέσματος.
- iv. Αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ πλημμελούς συμπεριφοράς και αποτελέσματος.
- v. Συνάφεια κινδύνου μεταξύ πλημμελούς συμπεριφοράς και αποτελέσματος<sup>66</sup>.

### **5.1.1. Η εξωτερική αμέλεια ως στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης**

#### *5.1.1.1. Η εξωτερικά αμελής πράξη που εκδηλώνεται με πράξη, παράλειψη ή σύνθετη συμπεριφορά*

Ως εξωτερικά αμελής πράξη, ορίζεται όπως προελέχθη, το “σφάλμα” της συμπεριφοράς, ήτοι μία συμπεριφορά πλημμελής, κακότεχνη, που εξωτερικά αντιβαίνει προς τους οικείους κανόνες επιμελείας που διέπουν την περί ης πρόκειται δραστηριότητα και εξ αυτού του λόγου θεωρείται ότι θέτει σε διακινδύνευση το έννομο αγαθό που αυτοί σκοπούν να προστατεύσουν και υπερβαίνει τα όρια της επιτρεπτής κινδυνώδους δράσεως, συνιστώντας μία κοινωνικά απρόσφορη συμπεριφορά<sup>67</sup>.

Για τη διακρίβωση δε των αντίστοιχων κανόνων επιμελείας, που διέπουν την πράξη που κάθε φορά μας ενδιαφέρει, πρέπει να καταφύγουμε στον οικείο τομέα κοινωνικής δραστηριότητας και να διαπιστώσουμε ποιοι είναι (εάν υπάρχουν), οι

<sup>66</sup>Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 303.

<sup>67</sup>Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 312 επ., Μυλωνόπουλου Χ., Τα εκ του αποτελέσματος διακρινόμενα εγκλήματα, ό.π., σ. 196 επ.

κοινώς αναγνωρισμένοι κανόνες διεξαγωγής αυτής. Και ενώ υπάρχουν περιπτώσεις, που οι κανόνες διεξαγωγής μίας κοινωνικής δραστηριότητας έχουν περιβληθεί το κύρος νόμου, όπως για παράδειγμα οι κανόνες οδικής κυκλοφορίας που έχουν συστηματοποιηθεί στον ΚΟΚ, η συνηθέστερη περίπτωση είναι να μην τυποποιούνται σε διατάξεις νόμου, αλλά να διαμορφώνονται στην πράξη, και να ισχύουν ως εμπειρικοί- τεχνικοί, επιστημονικοί (*lege artis*), αθλητικοί, συναλλακτικοί κτλ. κανόνες. Αυτό είναι εύλογο, αφού εξαντλητική ρύθμιση όλων των πτυχών της κοινωνικής ζωής μέσω του νόμου, δεν είναι δυνατή. Υπό αυτή την έννοια λοιπόν, οι αντικειμενικές υποστάσεις των εξ αμελείας ουσιαστικών εγκλημάτων, χαρακτηρίζονται από τη σύγχρονη ποινική δογματική ως “ανοικτές<sup>68</sup>”, καθώς το πού έγκειται η πλημμέλεια της συμπεριφοράς κάθε φορά, δεν ορίζεται από το ίδιο το κείμενο του ποινικού νόμου, αλλά αναζητείται από τον εφαρμοστή του Δικαίου εκτός αυτού<sup>69</sup>.

Τέτοια περίπτωση, “ανοικτής” αντικειμενικής υποστάσεως, συναντάμε και στα εγκλήματα ιατρικής αμέλειας, που εν προκειμένω μας ενδιαφέρουν, αφού οι κανόνες επιμελείας που διέπουν τις εκάστοτε ιατρικές πράξεις δεν αποτελούν αντικείμενο νομοθετικής ρύθμισης, αλλά συνάγονται από τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, για τους οποίους δεν μπορεί να γεννηθεί αμφισβήτηση<sup>70</sup>. Δηλαδή, απόκλιση από το απαιτούμενο μέτρο επιμελείας, σημαίνει στις περιπτώσεις αυτές, απόκλιση από τα διεθνώς αναγνωρισμένα πρότυπα επιμελείας που έχουν καθιερωθεί στο χώρο της ιατρικής επιστήμης (τα λεγόμενα “standards”) και από τη *lege artis* συμπεριφορά του μέσου ιατρού της ίδιας ειδικότητας, που θα δρούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και με τα ίδια μέσα<sup>71</sup>. Αυτοί οι κανόνες, τα “πρότυπα” *lege artis* συμπεριφοράς, διαμορφώνονται τόσο από τις επιστημονικές γνώσεις, όπως αυτές διδάσκονται στις ιατρικές σχολές, όσο και από τη διαμορφωμένη πείρα της ιατρικής πράξης και δύνανται να μεταβάλλονται ανά τα έτη, με την πρόοδο της επιστήμης και τις νέες ανακαλύψεις στον τομέα της ιατρικής. Έτσι, οι κανόνες (τα πρότυπα), δεν ισχύουν πλέον όταν καθίστανται παρωχημένα, αλλά αντιστοίχως και μελλοντικά

---

<sup>68</sup> Τον όρο πρώτος εισήγαγε ο *Welzel*, στο έργο του “*Das Deutsche Strafrecht*”, έκδ. 1969, σ. 23 επ., σ. 82 επ.

<sup>69</sup> Βλ. *Ανδρουλάκη Ν.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 319 επ.

<sup>70</sup> Βλ. *Χαραλαμπίκη Α.*, Γενικό Μέρος, ό.π., σ. 187.

<sup>71</sup> Βλ. *Πολίτη Χ.*, Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, ό.π., σ. 10 επ., σ. 21 επ.

πρότυπα, τα οποία ακόμη βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο και δεν τυγχάνουν ευρείας αποδοχής από τον ιατρικό κόσμο, δεν κρίνονται αξιόπιστα και συνεπώς δεσμευτικά<sup>72</sup>.

Προβληματική εμφανίζεται η περίπτωση που ο γιατρός εφαρμόζει μεθόδους η αξία των οποίων αμφισβητείται, αντί των κοινώς αναγνωρισμένων από την επιστήμη μεθόδων, διότι αυτός προσωπικά θεωρεί ότι είναι ενδεδειγμένες. Κατά την κρατούσα άποψη, η επιλογή του ιατρού να μην ακολουθήσει την “πεπατημένη” οδό, αλλά να διαφοροποιηθεί από τη γνώμη της πλειοψηφίας, ισοδυναμεί με την ανάληψη ενός ρίσκου από μέρους του και δεν μπορεί παρά να αποβεί σε βάρος του, εφόσον το αποτέλεσμα είναι τελικώς βλαπτικό για τον ασθενή. Βέβαια, στην περίπτωση αυτή, η υποκειμενική πεποίθηση του ιατρού για την ορθότητα της ακολουθούμενης θεραπείας, μπορεί να αναγνωρισθεί ως ελαφρυντική περίσταση από το Δικαστήριο<sup>73</sup>.

Πάντως, στις περιπτώσεις που υπάρχουν περισσότερες από μία επιστημονικώς παραδεδεγμένες μέθοδοι, και ο ιατρός εφαρμόσει μία από αυτές, ακόμη και αν αυτή τελικώς αποδειχθεί ανεπιτυχής, κατά πάγια θέση της νομολογίας, αντικειμενική ευθύνη του ιατρού δεν μπορεί να θεμελιωθεί για το γεγονός ότι, αν είχε επιλέξει μία από τις λοιπές, πιθανώς η βλάβη θα είχε αποφευχθεί<sup>74</sup>. Αντίθετη λύση, όπως ορθώς επισημαίνεται, θα δυσχέραινε αδικαιολόγητα την απερίσπαστη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, αφού ο ιατρός, ερχόμενος αντιμέτωπος με δύσκολα και περίπλοκα περιστατικά, θα προτιμούσε να αδρανήσει, παρά να ενεργήσει αυτό που κατά την πεποίθησή του θα ήταν ενδεδειγμένο, εφόσον αυτό ενείχε κάποιο κίνδυνο αποτυχίας<sup>75</sup>. Η άσκηση όμως τέτοιας “αμυντικής” ιατρικής, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, όχι μόνο δεν προφυλάσσει, αλλά επιφέρει τελικώς ζημία στον ασθενή και εν τέλει και στην ίδια την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης. Έτσι, σε κάθε περίπτωση, ορθό είναι να διαφυλάσσεται η ελευθερία επιλογής του ιατρού και η δυνατότητα στάθμισης των εκάστοτε επιστημονικών μεθόδων από μέρους του, εντός βέβαια των λογικών πλαισίων που χαράσσονται από τις κοινώς παραδεδεγμένες αρχές του κλάδου. Εξάλλου, και η ίδια η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζεται από επιστημονικές διαμάχες, τις οποίες σε

---

<sup>72</sup> Βλ. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, ό.α.π., σ. 14-15.

<sup>73</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 276 επ.

<sup>74</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.α.π., σ. 277 επ.

<sup>75</sup> Βλ. Συμβλημίωων 143/1974, ΝοΒ 1974, σ. 389, στην οποία παρατίθεται αναλυτικά το ανωτέρω σκεπτικό.

καμία περίπτωση δεν μπορούν και δεν πρέπει να επιχειρούν να επιλύουν τα δικαστήρια<sup>76</sup>.

Η απόκλιση της συμπεριφοράς του ιατρού από τους κοινώς παραδεδεγμένους κανόνες της επιστήμης του, υποστηρίζεται ότι πρέπει να εμφανίζεται ως *πασίδηλη*, δηλαδή η πλημμέλεια της συμπεριφοράς να είναι *προφανής και αδιαμφισβήτητη*<sup>77</sup>. Σε κάθε περίπτωση πάντως, το αντικειμενικά επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας και τα αντίστοιχα πρότυπα συμπεριφοράς, διαφοροποιούνται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες κάτω από τις οποίες δρα ο ιατρός (*situationsorientiert*) και εξαρτώνται από τα διαθέσιμα μέσα περίθαλψης, τις υπάρχουσες εγκαταστάσεις και υλικοτεχνικές υποδομές, τη θέση που κατέχει ο ιατρός (π.χ. διευθυντής μονάδας, απλός ειδικός ιατρός, ειδικευόμενος κτλ.), το χρόνο που υπάρχει για τη διενέργεια της ιατρικής πράξεως (διαφορετικά θα κριθεί π.χ. ιατρός που αντιμετωπίζει κατεπείγουσα περίπτωση, που απαιτεί βιαστικές αποφάσεις και ταχείες ενέργειες και διαφορετικά ιατρός που διενεργεί μία από καιρό προγραμματισμένη και καλά προετοιμασμένη επέμβαση). Υπό την έννοια αυτή, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και το κοινωνικό δίκαιο συμπλέκεται με το δίκαιο της ιατρικής ευθύνης<sup>78</sup>.

Περαιτέρω, η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά του ιατρού, μπορεί να εκδηλωθεί είτε με *ενέργεια*, είτε με *παράλειψη*, είτε με *άθροισμα ενέργειας και παραλείψεως*, που συνιστά μία *σύνθετη, συνολική συμπεριφορά*<sup>79</sup>. Εάν συντρέχει η τελευταία αυτή περίπτωση, και η συμπεριφορά περιέχει τόσο στοιχεία ενέργειας όσο και στοιχεία παράλειψης, πρόκειται δηλαδή για *πολυσήμαντη* συμπεριφορά, σημαντικό είναι σε κάθε περίπτωση, για την απονομή ποινικής ευθύνης στον εκάστοτε δράστη, να διευκρινισθεί, εάν αυτή συνιστά έγκλημα ενεργείας ή μη γνήσιο έγκλημα παραλείψεως. Στις περιπτώσεις αυτές, η κρατούσα και ορθή γνώμη εφαρμόζει το λεγόμενο “*κριτήριο της αιτιότητας*” (*kausalitätskriterium*). Κατ’αυτό, εάν η θετική συμπεριφορά (εν προκειμένω του ιατρού) υπήρξε αιτιώδης για την πρόκληση του αποτελέσματος (σωματικής βλάβης ή θανάτου του ασθενούς), τούτο αρκεί για τη

---

<sup>76</sup> Βλ. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, ό.π., σ. 23.

<sup>77</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 320., Πολίτη Χ., η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, ό.π., σ. 21.

<sup>78</sup> Βλ. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, ό.π., σ. 27 επ.

<sup>79</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, σ. 373 επ., του ιδίου, Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, έκδ. 1997, σ. 72.

στοιχειοθέτηση του εγκλήματος. Εφόσον δε, πληρούται η αντικειμενική υπόσταση εγκλήματος ενεργείας, κατά κανόνα περιττεύει η διερεύνηση της στοιχειοθέτησης και μη γνήσιου εγκλήματος παράλειψης, καθότι αυτό θα συρρέει φαινομενικά με το έγκλημα ενεργείας και θα απωθείται από αυτό (σχέση επικουρικότητας). Ωστόσο, ο κανόνας αυτός, κατά τον οποίο στα πλαίσια σύνθετης συμπεριφοράς το προβάδισμα δίδεται στην ενέργεια, κάμπτεται όταν η παράλειψη διαθέτει *αυτοτελή απαξία*. Αυτό συμβαίνει σε δύο περιπτώσεις: α) Όταν το αποτέλεσμα δεν οφείλεται μόνο στην αμελή ενέργεια αλλά και στην εκ προθέσεως παράλειψη του δράστη και β) όταν ο δράστης δεν μπορεί να τιμωρηθεί για την ενέργεια, διότι αυτή είτε δεν πληροί την αντικειμενική υπόσταση εγκλήματος, είτε δεν είναι άδικη ή καταλογιστή, είτε τέλος διότι έχει εξαλειφθεί το αξιόποινό της (λόγω π.χ. παραγραφής)<sup>80</sup>.

#### 5.1.1.2. Ειδικότερα η εξωτερικά αμελής παράλειψη

Όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω, μία εξωτερικά αμελής συμπεριφορά δεν δύναται να εκδηλωθεί μόνο με ενέργεια, αλλά και με τη μορφή παράλειψης ή και πολυσήμαντης συμπεριφοράς, συμπεριφοράς δηλαδή η οποία ενέχει τόσο στοιχεία ενέργειας, όσο και παράλειψης. Όσον αφορά ειδικότερα το πεδίο της ιατρικής ευθύνης, εφαρμογή έχουν οι διατάξεις για τα λεγόμενα *μη γνήσια εγκλήματα παραλείψεως*, ήτοι του άρ. 15 ΠΚ, καθότι τα εγκλήματα της ανθρωποκτονίας και της σωματικής βλάβης, είναι εγκλήματα αποτελέσματος<sup>81</sup> που κατά κανόνα τελούνται με ενέργεια, κατ'εξάίρεσιν δε και μόνο μπορούν να τελεστούν και με παράλειψη, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις του άρ. 15 ΠΚ και συγκεκριμένα *“αν ο υπαίτιος της παράλειψης είχε ιδιαίτερη νομική υποχρέωση να παρεμποδίσει την επέλευση του αποτελέσματος”*<sup>82</sup>.

Δεδομένου δε, ότι μία εξωτερικά πλημμελώς διενεργηθείσα ενέργεια, ενέχει πάντα ένα στοιχείο παράλειψης, που έγκειται ακριβώς στο “σφάλμα” της συμπεριφοράς ή όπως χαρακτηριστικά ενίοτε αναφέρεται στο “χωρίς-να-συνθετικό” (*ohne-zu-komponente*) του εξ αμελείας εγκλήματος<sup>83</sup>, δυσδιάκριτο εμφανίζεται το

<sup>80</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, ό.π., σ. 65 επ., του *ιδίου*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 374 επ.

<sup>81</sup> Βλ. *Μανωλεδάκη Ι.*, Ποινικό Δίκαιο, Επιτομή Γενικού Μέρους, Ζ' έκδοση πλήρως αναθεωρημένη, 2005, σ. 184 επ.

<sup>82</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 356 επ.

<sup>83</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, ό.π., σ. 69.

ζήτημα του πότε ένα εξ αμελείας έγκλημα συνιστά μη γνήσιο έγκλημα παραλείψεως και πότε έγκλημα ενέργειας, με άλλα λόγια πότε ένα εξ αμελείας έγκλημα έχει τελεσθεί με ενέργεια και πότε με παράλειψη.

Και ενώ υπάρχουν περιπτώσεις που η κατάφαση μη γνήσιου εγκλήματος παραλείψεως είναι ευχερής, καθότι συνολικά η συμπεριφορά του ιατρού συνίσταται αποκλειστικά και μόνο σε μία παράλειψη, υπάρχουν και περιπτώσεις πολυσήμαντης συμπεριφοράς που είναι δύσκολο να κριθεί εάν η πλημμέλεια της συμπεριφοράς έγκειται αποκλειστικά σε μία παράλειψη (οπότε πρέπει να εφαρμοσθεί η διάταξη του άρ. 15 ΠΚ), ή εάν πρόκειται για έγκλημα ενεργείας, όπου η ενυπάρχουσα σε αυτό παράλειψη, αφορά απλά και μόνο τον τρόπο διεξαγωγής του (το σφάλμα δηλαδή της συμπεριφοράς)<sup>84</sup>.

Στις τελευταίες αυτές περιπτώσεις, προς διευκόλυνση του εφαρμοστή του Δικαίου, έχει προταθεί από τη θεωρία<sup>85</sup>, η εφαρμογή ενός πρακτικού κριτηρίου που, ως βάση του προβληματισμού, θέτει το είδος του πρωτεύοντα κανόνα επιμελείας που *in concreto* παραβιάζεται. Κατ' αυτό, εάν ο κανόνας επιμελείας που παραβιάζεται με την υπό κρίση πράξη είναι *απαγορευτικός*, μπορεί να παραβιασθεί μόνο με θετική ενέργεια και συνεπώς έχουμε να κάνουμε με εξ αμελείας έγκλημα ενεργείας. Αντίθετα, εάν ο κανόνας επιμελείας είναι *προστακτικός*, μόνο με αποχή από πράξη μπορεί να παραβιασθεί, και συνεπώς βρισκόμαστε εν προκειμένω ενώπιον ενός εξ αμελείας εγκλήματος παραλείψεως<sup>86</sup>.

Πρέπει να επισημανθεί, ότι στο χώρο της ιατρικής ευθύνης που μας ενδιαφέρει, πιο συχνές είναι οι περιπτώσεις που η εξωτερικά αμελής συμπεριφορά του ιατρού εκδηλώνεται με παράλειψη, παρά με θετική ενέργεια. Έτσι, εξ αμελείας *μη γνήσιο έγκλημα παραλείψεως*, έχουμε παραδείγματος χάριν στην περίπτωση ιατρού που, παρότι διαπιστώνει συμπτώματα νεφρικής ανεπάρκειας στον ασθενή, δεν μεριμνά ώστε να λάβει το ιστορικό του, ούτε δίδει εντολή να εισαχθεί στο νοσοκομείο, αρκούμενος σε απλή κλινική εξέταση αυτού και σε χορήγηση απλών φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων<sup>87</sup>, ή στην περίπτωση ιατρού που δεν χορηγεί αντιοφικό ορό σε

<sup>84</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Εξωτερική Αμέλεια, ό.π., έκδ. 1970, σ. 93 επ., έκδ. 1972, σ. 77 επ.

<sup>85</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, ό.π., σ. 71., του ιδίου, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 313.

<sup>86</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 313, του ιδίου, Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, ό.π., σ. 71.

<sup>87</sup> Βλ. ΑΠ 46/1990, ΠοινΧρ Μ', έκδ. 1990, σ. 948, που ωστόσο οδηγείται σε αντίθετη, λανθασμένη κρίση.

παθούσα που έχει δεχθεί δήγμα οχιάς, χωρίς επιπροσθέτως να μεριμνά για τη διακομιδή της σε νοσοκομείο με μονάδα αιμοκάθαρσης<sup>88</sup>, καθότι οι αντίστοιχοι κανόνες επιμελείας της ιατρικής επιστήμης, συνίστανται σε μία επιταγή που παραβιάστηκε (“λάβε το ιστορικό του ασθενούς”, “δώσε εντολή να εισαχθεί σε νοσοκομείο”, “χορήγησε αντιοφικό ορό” “μερίμνησε για τη μεταφορά σε κατάλληλο νοσοκομείο”) και όχι σε έναν απαγορευτικό κανόνα (“μην εξετάσεις τον ασθενή”, “μην του χορηγήσεις φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα” κτλ.)<sup>89</sup>.

Σύγχυση ωστόσο δημιουργούσε, ιδιαίτερος παλαιότερα, στη νομολογία, η διάκριση των εξ αμελείας τελούμενων εγκλημάτων παραλείψεως, με τα εξ αμελείας εγκλήματα ενεργείας, αφού η γλωσσική κάλυψη της έννοιας της “παραλείψεως” από τον όρο “αμέλεια”, την οδηγούσε στο να αντιμετωπίζει όλες τις περιπτώσεις εξ αμελείας μη γνήσιων εγκλημάτων παραλείψεως ως εγκλήματα αμέλειας (και μόνο!), για την κατάφαση των οποίων ανέτρεχε αποκλειστικά στο άρ. 28 ΠΚ, χωρίς περαιτέρω να θεωρεί ότι χρειάζεται να εξετασθεί η συνδρομή των προϋποθέσεων του άρ. 15 ΠΚ<sup>90</sup>. Έτσι λοιπόν, αντιμετώπιζε, λανθασμένα, τη μη γνήσια παράλειψη, αποκλειστικά και μόνο ως αμέλεια, χωρίς περαιτέρω προσδιορισμό του είδους της συμπεριφοράς και την εξομοίωνε ουσιαστικά κατ’ αυτό τον τρόπο σε κάθε περίπτωση με έγκλημα τέλεσης.

Περαιτέρω κατά ακόμα πιο παράδοξο τρόπο, η ίδια, τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα<sup>91</sup>, κρίνει ότι στις περιπτώσεις σύνθετης συμπεριφοράς, και μόνον εκεί (!), η συνδρομή των όρων του άρ. 15 ΠΚ είναι απαραίτητη σε κάθε περίπτωση, αντιμετωπίζοντας έτσι ενιαία όλες τις περιπτώσεις πολυσήμαντης συμπεριφοράς, ως περιπτώσεις (μη γνήσιου) δια παραλείψεως τελούμενου εγκλήματος και παραβλέποντας εντελώς ότι μία πολυσήμαντη συμπεριφορά μπορεί να συνιστά και έγκλημα ενεργείας. Κατά τα ανωτέρω, χαρακτηριστική (λανθασμένη) φράση, που απαντάται επαναλαμβανόμενα, σε αποφάσεις του Αρείου Πάγου είναι η εξής: “Όταν η αμέλεια δεν συνίσταται σε ορισμένη παράλειψη, αλλά αποτελεί σύνολο συμπεριφοράς που προηγήθηκε του αποτελέσματος, τότε για τη θεμελίωση της σωματικής βλάβης από

<sup>88</sup> Βλ. ΑΠ 21/2001, ΠοινΛογ 2001, σ. 60.

<sup>89</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 314, του ιδίου, Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, ό.π., σ. 71.

<sup>90</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Εξωτερική Αμέλεια, ό.π., έκδ. 1970, σ. 104 επ., του ιδίου, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 317 επ., Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι., σ. 316 επ., Βασιλακόπουλου Π., Αμελής Παράλειψη- Εξωτερική αμέλεια- Αμέλεια, ό.π., σ. 673 επ.

<sup>91</sup> Βλ. ενδεικτικά ΔιατΕισΠειρ 30/2018 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ., ΑΠ 1753/2016, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.



αμέλεια, ως εγκλήματος που τελείται με παράλειψη απαιτείται η συνδρομή και των όρων του 15 ΠΚ<sup>92</sup>.

Ωστόσο πλέον, και ευτυχώς, η νομολογία έχει σημειώσει κάποια πρόοδο σε σχέση με το ζήτημα της διάκρισης της έννοιας της αμέλειας από την έννοια της παράλειψης, εφαρμόζοντας ως επί το πλείστον το άρ. 15 ΠΚ σε περιπτώσεις μη γνησίου εγκλήματος παραλείψεως (παρότι δε λείπουν ακόμη και αποφάσεις που ακολουθούν λανθασμένο σκεπτικό<sup>93</sup>). Πρωτοπόρος μάλιστα, προς την κατεύθυνση αυτή, υπήρξε η απόφαση 261/1979<sup>94</sup> του Αρείου Πάγου, τις θέσεις της οποίας ακολούθησαν επακριβώς πλήθος μεταγενέστερων αποφάσεων<sup>95</sup>.

Όσον αφορά τέλος, την *ιδιαίτερη νομική υποχρέωση*, που κατά τους όρους του άρ. 15 ΠΚ, πρέπει να συντρέχει στο πρόσωπο του ιατρού, ώστε να δύναται να θεμελιωθεί ευθύνη του για παράλειψη αποτροπής του αποτελέσματος του θανάτου ή της σωματικής βλάβης του ασθενούς, κατά πάγια θέση της νομολογίας, αυτή “*απορρέει από το νόμο και τον κώδικα ιατρικής Δεοντολογίας, καθώς και από την εγγυητική θέση αυτού απέναντι στην ασφάλεια της ζωής ή της υγείας του ασθενούς που δημιουργείται κατά την εκτέλεση της ιατρικής πράξεως*”<sup>96</sup>. Πιο συγκεκριμένα, μπορούμε να κατατάξουμε τις πηγές από τις οποίες απορρέει η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού, ως εξής:

- α) Νόμος ( Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ιδίως άρ. 2 & 3 αυτού & άρ. 441 ΠΚ).
- β) Σύμβαση ιατρικής αρωγής<sup>97</sup> (την οποία συνάπτει ο ιατρός ή το νοσοκομείο/κλινική στην οποία αυτός εργάζεται, με τον ασθενή ή τους οικείους του<sup>98</sup>).
- γ) De facto ανάληψη καθηκόντων εκ μέρους του ιατρού<sup>99</sup>.

<sup>92</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 317 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>93</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 392/2005, ΠοινΛογ 2005, σ. 355, κατά την οποία: “(το δικαστήριο της ουσίας) ορθώς δεν εφήρμοσε την ουσιαστική ποινική διάταξη του άρ. 15 ΠΚ, αφού δεν συνέτρεχαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της, ως εκ του ότι η αμέλεια του αναιρεσείοντος (ιατρού) δεν αποτέλεσε σύνολο συμπεριφοράς που προηγήθηκε της σωματικής βλάβης που προξένησε, αλλά συνίσταται σε μία και μόνο πράξη αυτού, την παράλειψή του να θέσει υπό τον διαρκή έλεγχο του τον αριστερό ουρητήρα (της παιδούσας).”

<sup>94</sup> Βλ. ΑΠ 261/1979, ΠοινΧρ ΚΘ’, σ. 468.

<sup>95</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος ό.π., σ. 317., Βασιλακόπουλου Π., ό.π., Αμελής Παράλειψη-Εξωτερική αμέλεια- Αμέλεια, σ. 674.

<sup>96</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1634/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 1419/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 1261/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 809/2015, ΠοινΔικ 2016, σ. 1176., ΑΠ 149/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>97</sup> Βλ. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο Ποινικό Δίκαιο, ό.π., σ. 21.

<sup>98</sup> Βλ. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, Αστική- Ποινική- Πειθαρχική, Ποινικά αδικήματα ιατρών, ό.π., σ. 279 επ.

<sup>99</sup> Στη νομολογία αναφέρεται ότι η ενημέρωση του ιατρού, καθώς και η προγενέστερη παρακολούθηση του ασθενούς εκ μέρους του, τον καθιστούν στο εξής εγγυητή της ζωής ή της υγείας

δ) Προγενέστερη επικίνδυνη ενέργειά του<sup>100</sup>.

Ωστόσο, η θέση της ελληνικής νομολογίας, ότι η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού για αποτροπή του αποτελέσματος πηγάζει και από την *εγγυητική θέση αυτού* έναντι της ζωής και της υγείας του ασθενούς, εμφανίζεται προβληματική σε σχέση με το ισχύον δίκαιο, αφού ο ποινικός νομοθέτης, με το άρ. 15 ΠΚ, αποδέχεται ρητώς μόνο τη θεωρία της “ιδιαιτέρας νομικής υποχρέωσης” και όχι αυτή της “εγγυητικής θέσης”. Κατά συνέπεια, εφόσον μη γνήσιο έγκλημα παραλείψεως μπορεί να στοιχειοθετηθεί μόνο λόγω παράβασης του νόμου ή της σύμβασης ή λόγω προγενέστερης επικίνδυνης ενέργειας του δράστη, οποιαδήποτε διεύρυνση των περιπτώσεων της δια παραλείψεως τέλεσης με βάση την ιδέα της “εγγυητικής θέσης”, πρέπει να αποκλεισθεί, αφού διευρύνει ανεπίτρεπτα τα όρια του αξιοποίνου. Αντίθετα, όπως ορθώς παρατηρείται, οι απόψεις που πηγάζουν από τη θεωρία της εγγυητικής θέσης, μπορούν να αξιοποιηθούν από το δίκαιο μας μόνο *in bonam partem, προς περιστολή του αξιοποίνου*<sup>101</sup>.

Τέλος, σε σχέση με τη θέση που δέχεται ότι κάθε ιατρός, ως εκ του επαγγέλματός του, έχει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για αποτροπή της επέλευσης του θανάτου ή της βλάβης της υγείας του ασθενούς, πρέπει να λεχθεί ότι δεν είναι ορθή<sup>102</sup>, καθότι τέτοια ιδιαίτερη υποχρέωση στοιχειοθετείται *μόνο για τον θεράποντα ιατρό*, δηλαδή για αυτόν που μέσω σύμβασης ή *de facto* ανέλαβε την παρακολούθηση του συγκεκριμένου ασθενούς. Ομοίως λανθασμένη, και ως εκ τούτου απορριπτέα, είναι και η άποψη που διατυπώνεται ενίοτε από τη νομολογία, ότι η ιδιαίτερη νομική υποχρέωση του ιατρού πηγάζει από την καλή πίστη ενόψει του επαγγέλματός του<sup>103</sup>.

### **5.1.2. Η δυνατότητα προβλέψεως του αποτελέσματος**

---

του ασθενούς. Αυτή ακριβώς η “*de facto*” ανάληψη καθηκόντων, εκ μέρους του θεράποντος ιατρού, είναι που στοιχειοθετεί την ιδιαίτερη νομική υποχρέωσή του. Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 2432/2004, ΠοινΔικ 2004, σ. 1233 επ., ΑΠ 1644/2002, ΠοινΔικ 2003, σ. 383 επ., 712/2003 ΣυμβΕΦΘεσ, ΠοινΔικ 2003, σ. 1058.

<sup>100</sup> Βλ. *Τοπαλή Σ.- Χοβαρδά Χ.*, Η ποινική ιατρική ευθύνη μέσα από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων- Τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, σε “Η ιατρική Ευθύνη στην πράξη, Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας”, Επιμ. Γώγος Κ., Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Λ., Φουντεδάκη Κ., έκδ. 2010, σ. 42 επ.

<sup>101</sup> Βλ. *Ανδρουλάκη Ν.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 237 επ.

<sup>102</sup> Βλ. *Μπέκα Γ.*, Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, έκδ. 2004, σ. 68 επ., *Κωστάρα Α.*, Θεμελιώνει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μόνη η ιδιότητα του ιατρού;, Υπερ 1994, σ. 1209 επ.

<sup>103</sup> Βλ. σχόλια *Παναγόπουλου Π.*, σε ΑΠ 1317/2010, ΠοινΔικ 2012, σ. 9.

Ως γνωστόν, ένας κανόνας δικαίου δεν μπορεί να δεσμεύει σχετικά με την μη επέλευση ενός *απρόβλεπτου* αποτελέσματος. Έτσι, οποιαδήποτε συμπεριφορά απαγορεύεται από τους εκάστοτε κανόνες επιμελείας, είναι μία *αντικειμενικά επικίνδυνη συμπεριφορά*, ή άλλως, όπως χαρακτηριστικά λέγεται, μια συμπεριφορά *κοινωνικώς απρόσφορη*, τα βλαπτικά αποτελέσματα της οποίας είναι αντικειμενικά διαγνώσιμα εκ των προτέρων (*ex ante*). Η δυνατότητα πρόβλεψης του αποτελέσματος, ως προϋπόθεση της αντίθεσης της συμπεριφοράς προς τον κανόνα δικαίου, κατ' ορθή άποψη, συγκαταλέγεται μεταξύ των στοιχείων της αντικειμενικής υπόστασης των εξ αμελείας εγκλημάτων, παρότι κάποιιο εξακολουθούν να δέχονται μόνο την υποκειμενική πτυχή της<sup>104</sup>.

Κατά τα ανωτέρω, η δυνατότητα πρόβλεψης του κινδύνου επέλευσης του αποτελέσματος, κατά λογική αναγκαιότητα αποτελεί προαπαιτούμενο της κατάφασης της αντικειμενικά αμελούς συμπεριφοράς, ωστόσο ως έννοιες δεν ταυτίζονται απόλυτα. Χαρακτηριστική είναι η ΣτρΑθην 500/2002, κατά την οποία: *“Από το δίκαιο αποδοκιμάζεται ο κίνδυνος που τίθεται κατά παράβαση του αντικειμενικού καθήκοντος επιμελείας και μάλιστα υπερβαίνει τα όρια της επιτρεπτής επικίνδυνης δραστηριότητας, οπότε η συμπεριφορά καθίσταται κοινωνικώς απρόσφορη. Από την άποψη αυτή, η αντικειμενική παραβίαση του καθήκοντος επιμελείας βρίσκεται σε μία σχέση ευθείας αναλογίας με την κοινωνικά πρόσφορη επικινδυνότητα. Δεν είναι όμως αυτό αρκετό. Θα πρέπει να υφίσταται και αντικειμενική δυνατότητα πρόβλεψης του αποτελέσματος, η οποία πάντως κατά λογική αναγκαιότητα προκύπτει από το προαπαιτούμενο της αντικειμενικά αμελούς συμπεριφοράς και μαρτυρεί τον κοινωνικά απρόσφορο χαρακτήρα της”*<sup>105</sup>.

Επί υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, η νομολογία στηρίζεται πολύ συχνά στη δυνατότητα πρόβλεψης του αποτελέσματος ώστε να τεκμηριώσει την ύπαρξη ή μη αμέλειας εκ μέρους του ιατρού. Έτσι, παραδείγματος χάριν έχει κριθεί ότι ιατροί που, στα πλαίσια προγεννητικού ελέγχου, δεν διέγνωσαν ότι έμβρυο έπασχε από χρωμοσωμική ανωμαλία, με συνέπεια να γεννηθεί με σοβαρές νοητικές και σωματικές αναπηρίες, έπρεπε να απαλλαγούν από την κατηγορία *διότι δεν είχαν τη δυνατότητα να προβλέψουν* την πάθηση αυτή προ της γεννήσεως του νεογνού, παρότι διενήργησαν όλες τις ενδεδειγμένες εξετάσεις, καθώς επίσης και ότι δεν ευθυνόταν ιατρος για

---

<sup>104</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 306 με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>105</sup> Βλ. *Χαραλαμπίκη Α.*, Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 281 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

ανθρωποκτονία από αμέλεια επειδή δεν διέγνωσε τη ρήξη ανευρύσματος ανιούσης αορτής, διότι αυτή, από τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης, *δεν ήταν αντικειμενικά δυνατό να διαγνωσθεί*, παρότι ο ιατρός ενήργησε *lege artis*. Αντίθετα, ορθή και αιτιολογημένη κρίθηκε η καταδίκη ιατρού για ανθρωποκτονία εξ αμελείας, διότι αν και *μπορούσε να προβλέψει αντικειμενικά το αποτέλεσμα*, εάν κατέβαλε την προσοχή που όφειλε και μπορούσε, δεν διέγνωσε την ύπαρξη καρδιολογικού προβλήματος σε ασθενή στρατιώτη και δεν διέταξε την άμεση μεταγωγή του στο πλησιέστερο νοσοκομείο<sup>106</sup>.

### **5.1.3. Ο αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος & η συνάφεια κινδύνου ως στοιχεία της αντικειμενικής υποστάσεως**

#### *5.1.3.1. Αιτιώδης συνάφεια και συνάφεια κινδύνου*

Για την πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης ενός εγκλήματος αποτελέσματος (όπως είναι εν προκειμένω η σωματική βλάβη και η ανθρωποκτονία από αμέλεια), η πραγμάτωση μίας άδικης συμπεριφοράς και η επέλευση ενός αποτελέσματος δεν αρκούν μεμονωμένα, αλλά απαιτείται επιπλέον να διαπιστωθεί μεταξύ τους η ύπαρξη *αντικειμενικού αιτιώδους συνδέσμου*, ήτοι να μπορεί να θεωρηθεί ότι το αποτέλεσμα προκλήθηκε αιτιωδώς από τη συγκεκριμένη εγκληματική συμπεριφορά. Η ύπαρξη αντικειμενικού αιτιώδους συνδέσμου δε, κατά την κρατούσα στο ποινικό δίκαιο άποψη, διαπιστώνεται βάσει της γνωστής *θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων* (ή άλλως θεωρίας της *conditio sine qua non*), σύμφωνα με την οποία *“όρος (αίτιο) ενός αποτελέσματος είναι κάθε περιστατικό που δεν μπορούμε να υποθέσουμε ελλείπον, χωρίς να συναπολείπεται κατ’ανάγκη το συγκεκριμένο αποτέλεσμα”*<sup>107</sup>. Κατά τα ανωτέρω, αιτιώδεις όροι για το αποτέλεσμα, και μάλιστα ισοδύναμοι, θεωρούνται όλοι όσοι αποτελούν αναγκαίο κρίκο της *“αιτιώδους αλυσίδας”* (συνιστούν δηλαδή

---

<sup>106</sup> Βλ. *Χαραλαμπίκη Α.*, Ιατρική Ευθύνη, ό.α.π., σ. 281 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>107</sup> Αυτή είναι η βελτιωμένη εκδοχή της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων, κατά την οποία δεν αρκεί μία πράξη να είναι αιτιώδης για το αποτέλεσμα, αλλά πρέπει να είναι αιτιώδης για το *συγκεκριμένο αποτέλεσμα*, στη συγκεκριμένη του δηλαδή μορφή και κάτω από τις ίδιες περιστάσεις χρόνου, τόπου, τρόπου κτλ. Βλ. ως προς το ζήτημα αυτό *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος, ό.π., σ. 178 επ.

όρους εκ των ουκ άνευ), χωρίς να ενδιαφέρει αν αυτοί υπήρξαν εγγύτεροι ή απώτεροι, ισχυροί ή ασθενείς, τυπικοί ή άτυποι, πρόσφοροι ή απρόσφοροι κτλ.<sup>108</sup>

Όμως, η υπερβολική διεύρυνση του αξιοποίνου, στην οποία αναπόφευκτα οδηγεί η πιστή εφαρμογή της ανωτέρω θεωρίας, οδήγησε στη διάδοση μίας σειράς άλλων θεωριών (θεωρίες μη ισοδυνάμου των όρων/ εξατομικεύουσες), που, βάσει διαφορετικών κάθε φορά κριτηρίων, προσπάθησαν να ξεχωρίσουν ορισμένους μόνο από τους όρους, ως δυνάμενους να θεωρηθούν και αίτια του αποτελέσματος. Έτσι, ως νομικά ενδιαφέροντες όροι, έχουν κατά περίπτωση χαρακτηριστεί από τις διάφορες θεωρίες, ο δραστικότερος όρος (ενεργός αιτία), ο χρονικά τελευταίος όρος που αποδίδεται σε ανθρώπινη ενέργεια, αυτός που επιτείνει τις πιθανότητες επέλευσης του αξιοποίνου αποτελέσματος κ.α.<sup>109</sup> Ωστόσο, κατά την ορθότερη και κρατούσα σήμερα στη θεωρία άποψη<sup>110</sup>, πρέπει σε τέτοιες περιπτώσεις να εφαρμόζεται η *θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού*, κατά την οποία το αποτέλεσμα τότε μόνο μπορεί να θεωρηθεί έργο του δράστη, όταν συνιστά πραγμάτωση ενός νομικά σημαντικού κινδύνου, εκείνου δηλαδή ακριβώς του κινδύνου εξ αιτίας του οποίου είναι άδικη η συμπεριφορά του δράστη. Απαιτείται δηλαδή πέραν της διαπίστωσης αιτιώδους συνάφειας μεταξύ πράξεως και αποτελέσματος και η διαπίστωση *συνάφειας κινδύνου* (Risikozusammenhang)<sup>111</sup>.

Η θέση του Αρείου Πάγου σε σχέση με το ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου, κυμαίνεται. Κατά βάση, η νομολογία του Ακυρωτικού μας, εφαρμόζει τη θεωρία του ισοδυνάμου των όρων, ενίοτε ελαφρώς παραλλαγμένη, προκειμένου να αποφευχθούν τα προρρηθέντα άτοπα και η ακραία διεύρυνση του αξιοποίνου. Έτσι ο Άρειος Πάγος δέχεται ότι “*Αρκεί προς θεμελίωση της ποινικής ευθύνης η πράξη να ήταν ένας από τους παραγωγικούς όρους του αποτελέσματος, χωρίς τον οποίο δεν θα επερχόταν αυτό, αδιαφόρως εάν σε αυτό συνέβαλαν και άλλοι όροι, αμέσως ή εμμέσως*”. Ωστόσο συχνά,

<sup>108</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.α.π., σ. 176 επ.

<sup>109</sup> Βλ. Χααραλαμπάκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ.258 επ.

<sup>110</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., ό.π., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 198 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>111</sup> καθώς κατ’ορθότερη άποψη και *συνάφεια σκοπού προστασίας του κανόνα δικαίου*, αφού ακόμα και όταν ο δράστης θέτει ένα νομικά σημαντικό κίνδυνο, θα πρέπει για να αποδοθεί σε αυτόν το αποτέλεσμα, ο κανόνας που παραβιάστηκε να αποσκοπούσε στην προστασία ακριβώς αυτού του εννόμου αγαθού που προσβλήθηκε και όχι άλλου, αλλιώς δεν συντρέχει εν προκειμένω ο προστατευτικός σκοπός του κανόνα δικαίου (Normschutzzweck). Έτσι, κατ’εξαίρεση λείπει ο καταλογισμός όταν η προστατευτική λειτουργία (ή σκοπός προστασίας) του συγκεκριμένου κανόνα δικαίου δεν έχει σχέση με την αποτροπή τέτοιου είδους κινδύνων. Βλ. ως προς το ζήτημα αυτό Roxin Cl., ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, απόδοση Χααραλαμπάκη Α., έκδ. 1985, σ. 48., Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 209.

εκφράζει και μία άλλη, αντίρροπη θέση, κατά την οποία *“Η πράξη του δράστη τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο με το αποτέλεσμα που επήλθε όταν αυτή, κατά την κοινή αντίληψη, είναι εκείνη που άμεσα προκάλεσε το αποτέλεσμα και συνεπώς βρίσκεται σε άμεση αιτιότητα προς αυτό”*. Όπως ορθώς επισημαίνεται από τη θεωρία<sup>112</sup>, η παράλληλη υιοθέτηση και των δύο αυτών θέσεων ταυτοχρόνως από τον Άρειο Πάγο, υποπίπτει σε μία *αθεράπευτη αντίφαση*, αφού είτε όλοι οι παραγωγικοί όροι του αποτελέσματος θα θεωρούνται ισότιμα και αίτια αυτού (κατά τη θεωρία ισοδυνάμου των όρων), είτε ένας μόνο από αυτούς θα μπορεί να αναγνωρισθεί ως αίτιο του αποτελέσματος, εκείνος που *συνέβαλε άμεσα* στην επέλευση αυτού (causa proxima). Πάντως το “πάντρεμα” και των δύο αυτών θεωριών, σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να θεωρηθεί δογματικά ορθό. Έτι περαιτέρω, ακόμη πιο αντιφατική παρουσιάζεται και η τρίτη άποψη, που εκφράζει τελευταία ο Άρειος Πάγος, σε πολλές αποφάσεις του που αφορούν ιατρική αμέλεια<sup>113</sup>, κατά την οποία *“Η κρατούσα στο ποινικό δίκαιο άποψη ακολουθεί τα πορίσματα της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων, υπό την παραλλαγή της ενεργού αιτίας (εν αντιθέσει προς τη θεωρία της πρόσφορης αιτιότητας που επικρατεί όσον αφορά την αστική ευθύνη)”*. Ωστόσο, κατά τα ανωτέρω, δημιουργείται εύλογα η απορία, πώς γίνεται να θεωρείται ως αίτια του αποτελέσματος μόνο η ενεργός αιτία αυτού (causa efficiens), δηλαδή ο αρχικός όρος που έθεσε σε κίνηση την αιτιώδη διαδρομή (causa remota), ενώ παράλληλα ισχύει ότι ο μόνος όρος που μπορεί να θεωρηθεί αίτιο του αποτελέσματος είναι αυτός που συνέβαλε *άμεσα* στην επέλευσή του; Πολλώ δε μάλλον, πώς γίνεται η θεωρία της ενεργού αιτίας, όπως ανωτέρω αναλύθηκε, να μπορεί να συνδυαστεί με ταυτόχρονη αποδοχή της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων, κατά την οποία όλοι οι όροι που οδηγούν στο αποτέλεσμα είναι ισοδύναμοι;<sup>114</sup>

Καθίσταται επομένως προφανές, ότι η νομολογία του Ακυρωτικού μας προκειμένου να μπορέσει να άρει τα άτοπα στα οποία καταλήγει η πιστή εφαρμογή της θεωρίας του ισοδυνάμου των όρων και να αποδώσει ευθύνη σε αυτόν που πράγματι είναι υπαίτιος για το αποτέλεσμα, καταφεύγει σε διάφορα νομικά κατασκευάσματα, που ωστόσο δεν είναι δογματικώς ορθά και αντιφάσκουν μεταξύ τους. Αντίθετα, ο μόνος τρόπος να μείνει αναλλοίωτη η φυσιγνωμία της θεωρίας του ισοδυνάμου των

---

<sup>112</sup> Βλ. Βαθιώτη Κ., Κατανομή ποινικής ευθύνης επί αμελών παραλείψεων πλειόνων ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών, Όταν η οξεία σκωληκοειδίτιδα συγχέεται με εμπύρετη γαστρεντερίτιδα, ΠοινΧρ ΞΣΤ, έκδ. 2016, σ. 490 επ.

<sup>113</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 782/2015, ΑΠ 230/2015, ΑΠ 675/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>114</sup> Βλ. Βαθιώτη Κ., Κατανομή ποινικής ευθύνης επί αμελών παραλείψεων πλειόνων ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών, ό.π., σ. 491.

όρων και παράλληλα να εξάρουμε μόνο έναν από τους όρους αυτούς, ως αίτιο του αποτελέσματος, χωρίς να υποπίπτουμε σε λογικά και νομικά σφάλματα, είναι η εφαρμογή της θεωρίας του αντικειμενικού καταλογισμού, και η αναζήτηση, πέραν της αιτιώδους συνάφειας, και συνάφειας κινδύνου μεταξύ πράξεως και αποτελέσματος<sup>115</sup>.

#### 5.1.3.2. Η θεωρία της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς

Ουσιαστική προϋπόθεση για την κατάφαση εξ αμελείας ευθύνης κατά τη νομολογία μας, είναι η δυνατότητα αποτροπής του αποτελέσματος, άλλως κατά τα ανωτέρω, θεωρείται ότι δεν στοιχειοθετείται ο απαραίτητος αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της συμπεριφοράς και του αποτελέσματος<sup>116</sup>.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα εξ αμελείας εγκλήματα (όπως αυτά των άρ. 302 και 314 ΠΚ που μας ενδιαφέρουν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας), η διαπίστωση της αιτιώδους συνάφειας μεταξύ (αμελούς) συμπεριφοράς και αποτελέσματος δεν αρκεί για την κατάφαση του αδίκου<sup>117</sup>, αλλά προσαπαιτείται το εν λόγω αποτέλεσμα να προήλθε ακριβώς από την αμέλεια που ενυπάρχει στη συμπεριφορά, το “σφάλμα” αυτής<sup>118</sup>. Απαιτείται δηλαδή συνάφεια της πλημμέλειας της συμπεριφοράς, ήτοι αιτιώδης σχέση μεταξύ της παραβίασης του αντικειμενικού καθήκοντος επιμελείας και του αποτελέσματος. Αν αντίθετα, για την επέλευση του αποτελέσματος δεν υπήρξε καθοριστική η αμέλεια, αλλά αυτό θα επήρχετο ούτως ή άλλως ακόμα και επιμελώς να είχε φερθεί ο δράστης, η αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος δεν πληρούται<sup>119</sup>. Στα εξ αμελείας εγκλήματα λοιπόν, ο αντικειμενικός καταλογισμός αποκλείεται και όταν το αποτέλεσμα θα είχε επέλθει με βεβαιότητα, ή έστω με πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας<sup>120</sup>, ακόμα και αν ο δράστης είχε φερθεί επιμελώς (περιπτώσεις νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς)<sup>121</sup>, καθότι τότε το αποτέλεσμα εμφανίζεται ως αντικειμενικά αναπόφευκτο, μη δυνάμενο να επηρεασθεί από τη συμπεριφορά του δράστη και κατ'επέκταση να απαγορευθεί εγκύρως από το δίκαιο<sup>122</sup>.

<sup>115</sup> Βλ. Βαθιώτη Κ., Κατανομή ποινικής ευθύνης επί αμελών παραλείψεων πλειόνων ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών, ό.π., σ. 491.

<sup>116</sup> Βλ. Χαραλαμπάκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 284 επ.

<sup>117</sup> Βλ. παρατηρήσεις Λίθου Ν., σε ΑΠ 615/1995, ΠοινΧρ ΜΕ', έκδ. 1995, σ. 940 επ.

<sup>118</sup> Βλ. Γιαννίδη Ι., σε ΣυστΕρμ ΠΚ, έκδ. 2005, άρ. 14, σ. 161 επ.

<sup>119</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 209 επ.

<sup>120</sup> Βλ. Γιαννίδη Ι., σε ΣυστΕρμ ΠΚ, ό.π., σ. 164 επ.

<sup>121</sup> Βλ. Roxin Cl., ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, ό.π., σ. 70, Χαραλαμπάκη Α., παρατηρήσεις σε ΑΠ 576/1992, ΠοινΧρ ΜΒ', σ. 578 επ.

<sup>122</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 210.

Και αν ωστόσο, οι περισσότεροι συμφωνούν στο γεγονός ότι αντικειμενικός αιτιώδης σύνδεσμος δεν υφίσταται εάν το αποτέλεσμα είναι βέβαιο (ή έστω πιθανό στα όρια της βεβαιότητας)<sup>123</sup> ότι δεν μπορούσε να αποφευχθεί και επιμελώς να είχε συμπεριφερθεί ο δράστης, αμφιλεγόμενο παραμένει το ζήτημα σε σχέση με το πώς πρέπει να αντιμετωπιστούν περιπτώσεις όπου υπάρχει απλή πιθανότητα (και όχι βεβαιότητα), ότι διαφορετική συμπεριφορά του δράστη δεν θα είχε επηρεάσει το αποτέλεσμα. Προς επίλυση του θέματος, έχουν διατυπωθεί στη θεωρία διάφορες απόψεις, άλλες εκ των οποίων για άρση της ποινικής ευθύνης, απαιτούν οπωσδήποτε βεβαιότητα ή έστω πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας και άλλες υψηλή ή ακόμη και απλή πιθανότητα. Έτσι, κατά τη μάλλον κρατούσα στο χώρο της θεωρίας άποψη<sup>124</sup>, αιτιώδης σύνδεσμος δεν υφίσταται και το αποτέλεσμα δεν θα πρέπει να καταλογίζεται στη συμπεριφορά του δράστη, παρά μόνον εφόσον με σιγουριά (πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας) μπορεί να κριθεί ότι αυτό θα απεφεύγετο εάν αυτός είχε φερθεί επιμελώς, κατ'εφαρμογή της αρχής *in dubio pro reo*. Αντίθετα, βάσει της, εξίσου ευρύτατα διαδεδομένης, αναγόμενης στον *Roxin*, «θεωρίας της επίτασης του κινδύνου», εφόσον ο δράστης με την πράξη του επέτεινε τον κίνδυνο επέλευσης του αποτελέσματος και ο επαυξημένος αυτός κίνδυνος πραγματώθηκε, το αποτέλεσμα μπορεί να θεωρηθεί έργο του<sup>125</sup>. Κατ'αυτόν, ο νομοθέτης οφείλει να επιμένει στην τήρηση του κανόνα επιμελείας και στις περιπτώσεις που η τήρησή του θα αύξανε έστω την πιθανότητα σωτηρίας του εννόμου αγαθού. Εξάλλου η αντίθετη παραδοχή, όπως επισημαίνει, οδηγεί στο παράδοξο να υπάρχει «έλλειψη κάθε υποχρεώσεως επιμελείας εκεί ακριβώς που η τήρηση των κανόνων επιμελείας είναι απόλυτα ενδεδειγμένη και απαραίτητη<sup>126</sup>».

Η νομολογία ομοίως τηρεί αμφίσημη στάση σε σχέση με την περίπτωση της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς, θεωρώντας τη άλλοτε λόγο απαλλαγής του κατηγορουμένου και άλλοτε όχι<sup>127</sup>, ενώ επίσης δεν έχει λάβει σταθερή θέση σε σχέση με το ζήτημα του απαιτούμενου για τη στοιχειοθέτησή της βαθμού πιθανότητας. Πάντως, κατά πάγια θέση αυτής, η πιθανότητα που εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, εξομοιούται, όσον αφορά τις έννομες συνέπειες, με την πλήρη βεβαιότητα.

---

<sup>123</sup> Βλ. Γιαννίδη Ι., σε ΣυστΕρμ ΠΚ, ό.π., σ. 164 επ.

<sup>124</sup> Βλ. Χαραλαμπάκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 284 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>125</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., ό.π., Ποινικό Δίκαιο, Γεν. Μέρος Ι, ό.π., σ. 205 επ.

<sup>126</sup> Βλ. *Roxin Cl.*, ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, ό.π., σ. 72.

<sup>127</sup> Βλ. Χαραλαμπάκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 285, με περαιτέρω παραπομπές.



Παρά την αμφιγνωμία ωστόσο γύρω από το ζήτημα, *όσον αφορά ειδικά την αντιμετώπιση των περιπτώσεων ιατρικής αμέλειας*, η νομολογία έχει την σταθερή τάση να λαμβάνει υπόψιν υπέρ του κατηγορουμένου ιατρού, το γεγονός ότι το αποτέλεσμα μπορεί, έστω και με μεγάλη πιθανότητα (και όχι απαραίτητα απόλυτη βεβαιότητα), να υποτεθεί ότι θα ήταν το ίδιο, ακόμη και αν ο ιατρός είχε φερθεί επιμελώς<sup>128</sup>. Έτσι, χαρακτηριστικά βλέπουμε να αθρώνονται κατηγορούμενοι ιατροί για το αποτέλεσμα του θανάτου ασθενούς, με την αιτιολογία ότι *και αν ακόμη ο ιατρός είχε συμπεριφερθεί επιμελώς και είχε προβεί σε ορθή διάγνωση ή θεραπευτική αντιμετώπιση του περιστατικού, δεν καθίσταται βέβαιο ότι θα απετρέπετο το μοιραίο*<sup>129</sup> ή ότι τα συγκεκριμένα περιστατικά, όπως η βαρύτητα του περιστατικού, ο χρόνος που απαιτείτο αντικειμενικά για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η ραγδαία εξέλιξη της νόσου, *αναιρούσαν πραγματικά την όποια δυνατότητα ιατρικής παρέμβασης*<sup>130</sup>, καθώς τέλος και ότι ο θάνατος του ασθενούς *θα επερχόταν με μεγάλη πιθανότητα ακόμη και αν δεν είχε λάβει χώρα η υπό κρίσιν αμελής πράξη*<sup>131</sup>.

#### *5.1.3.3. Ειδικότερα το ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα*

Ένα από τα πλέον εριζόμενα και δυσχερώς επιλύσιμα ζητήματα που έχουν απασχολήσει την ποινική δογματική (και που η ανάπτυξή του κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά το πεδίο ιατρικής ευθύνης, ενόψει του ότι τα περισσότερα εγκλήματα ιατρικής αμέλειας τελούνται με παράλειψη), είναι το ζήτημα του αιτιώδους συνδέσμου στα δια παραλείψεως τελούμενα εγκλήματα. Στις περιπτώσεις αυτές, όπως ορθώς παρατηρείται στη θεωρία<sup>132</sup>, δεν μπορούμε κατ'ακριβολογίαν να μιλάμε για αιτιώδη ισχύ της πράξεως (παραλείψεως), αφού *η παράλειψη από μόνη της δεν είναι δυνατόν να προκαλέσει κανένα αποτέλεσμα*. Καταρχήν λοιπόν ισχύει η ρήση “*Ex nihilo*

<sup>128</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 285 επ.

<sup>129</sup> Βλ. ενδ. ΑΠ 2451/2003, ΠοινΛογ 2003, σ. 2608 επ., ΑΠ 830/1983, ΝοΒ 1983, σ. 872 επ., ΕφΑιγ 48/1992, ΠοινΧρ ΜΓ', σ. 58 επ.

<sup>130</sup> Βλ. ενδ. ΣυμβΠλημΧίου 45/2006, ΠοινΔικ 2006, σ. 1376 επ., ΠλημΑιγ 46/2001, ΠοινΧρ ΝΑ', σ. 940 επ., ΠλημΜεσολ 55/2000, ΠοινΧρ ΝΑ', σ. 846 επ.

<sup>131</sup> Βλ. ενδ. ΤρεΦΑΘ 4549/2000, ΠοινΔικ 2002, σ. 130, με παρατηρήσεις Μαυροφόρου- Γιαννούκα Α.

<sup>132</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 371 επ., Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 226 επ.

*nihil fit*” και θεωρούμε την παράλειψη ως ένα “μηδενικό όρο”, που δεν ασκεί καμία επιρροή στη φυσική πορεία των πραγμάτων και στην επέλευση του αποτελέσματος.

Ωστόσο, ως γνωστόν, η παράλειψη σε πολλές περιπτώσεις, δεν είναι μία αξιολογικά ουδέτερη έννοια, αλλά ενέχει ποινική απαξία και τιμωρείται από το δίκαιο. Σε αυτές λοιπόν τις περιπτώσεις πως θα θεμελιωθεί ο απαραίτητος αιτιώδης σύνδεσμος με το αποτέλεσμα; Μεταξύ ποιων στοιχείων του εγκλήματος υφίσταται αιτιώδης συνάφεια; Είναι ορολογικά ορθό να μιλάμε για “αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο” στα εγκλήματα παραλείψεως; Ή η έννοια της αιτιώδους συνάφειας στα εγκλήματα αυτά μπορεί να αποδοθεί με ενάργεια μόνο με τους όρους “υποθετική” ή άλλως “οιονεί” αιτιότητα;; Αυτά είναι μόνο μερικά από τα ερωτήματα που θα μας απασχολήσουν στην παρούσα θεματική.

Όπως ορθά γίνεται δεκτό από την κρατούσα στην επιστήμη άποψη (παρότι στη νομολογία η άποψη αυτή δεν φαίνεται να έχει εμπεδωθεί πλήρως<sup>133</sup>), εφόσον η παράλειψη από μόνη της δεν έχει, αιτιώδη ισχύ, δεν μπορούμε να μιλάμε για αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ αυτής και του αποτελέσματος, αλλά πρέπει να αναζητήσουμε στις περιπτώσεις αυτές τη λεγόμενη “υποθετική αιτιότητα”, δηλαδή την αιτιότητα μεταξύ της επιβεβλημένης παραλειφθείσας ενέργειας και της αποτροπής του αποτελέσματος<sup>134</sup>. Ωστόσο και με αυτή τη διαπίστωση, ανοιχτό παραμένει το ζήτημα του βαθμού της απαιτούμενης πιθανότητας με την πλήρωση του οποίου θα μπορούμε να συνάγουμε την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας, εάν δηλαδή θα απαιτείται πλήρης βεβαιότητα, ή θα αρκεί έστω και μία πιθανότητα, μεγάλη ή απλή.

---

<sup>133</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 371, με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>134</sup> Βλ. Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ΠοινΧρ ΞΣΤ, 2016, σ. 496 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

Η κρατούσα στη θεωρία άποψη<sup>135</sup>, η οποία υιοθετείται και από την πλειοψηφία των αρεοπαγитικών αποφάσεων<sup>136137</sup>, απαιτεί να μπορεί να υποτεθεί με *πιθανότητα που εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας* ότι, αν είχε διενεργηθεί η επιβεβλημένη ενέργεια, το αποτέλεσμα δεν θα είχε επέλθει. Ωστόσο, γίνονται εύκολα αντιληπτές οι αποδεικτικές δυσχέρειες που ανακύπτουν από την απαίτηση για πιθανολόγηση που καταλήγει σε απολύτως βέβαιο ή έστω εγγίζον τα όρια της βεβαιότητας συμπέρασμα, ειδικά εφόσον αυτή η βεβαιότητα απαιτείται να διαπιστωθεί στα πλαίσια μίας καθαρά *υποθετικής αιτιώδους διαδρομής*<sup>138</sup>. Το πρόβλημα επιτείνεται και καθίσταται ακόμη πιο προφανές στις περιπτώσεις δια παραλείψεως τελούμενων εγκλημάτων που αφορούν ιατρική αμέλεια, καθότι εκεί ερευνητέα δια του υποθετικού συλλογισμού είναι η ίδια η αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού (εάν δηλαδή θα μπορούσε να αποφευχθεί ο θάνατος ή συγκεκριμένη σωματική βλάβη), η οποία σε κάθε περίπτωση εκτός του ότι ποικίλλει από άνθρωπο σε άνθρωπο, βάσει των ατομικών χαρακτηριστικών του, είναι ούτως ή άλλως εν πολλοίς απρόβλεπτη, αφού ακόμη και η ιατρική επιστήμη δεν έχει καταφέρει να αποκρυπτογραφήσει όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος<sup>139</sup>. Επιπλέον, πρέπει να λάβει κανείς υπ' όψιν ότι, για την επίτευξη βεβαιότητας (ή έστω πιθανότητας εγγίζουσας τα όρια της βεβαιότητας) σε εγκλήματα ιατρικής αμέλειας, όπου η παράλειψη συνίσταται στη λανθασμένη διάγνωση (ή μη διάγνωση) ενός

---

<sup>135</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 371, Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 226 επ.

<sup>136</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 157/2017 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, κατά την οποία επικυρώνεται η καταδίκη του κατηγορούμενου ιατρού για το θάνατο του ασθενούς με το σκεπτικό ότι *“είναι πιθανό και η πιθανότητα εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, ότι αν αυτός - αναιρεσειών παρακολουθούσε τη μετεγχειρητική του πορεία, κατά τον επιβαλλόμενο ως άνω τρόπο, λόγω της ειδικότητάς του και της εμπειρίας του, θα κατέληγε στην έγκαιρη διάγνωση της ρήξης της ραφής του οισοφάγου και διαρροής και την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπισή της”*, ΑΠ 1057/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, κατά την οποία οι κατηγορούμενοι ιατροί *“αξιολογώντας τα κλινικά δεδομένα και τα εργαστηριακά ευρήματα θα έπρεπε με βεβαιότητα να διαπιστώσουν την ύπαρξη εσωτερικής αιμορραγίας..... να προβούν στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας με τον ιατρικά ενδεδειγμένο τρόπο, ιδίως με επανεπέμβαση και απολίνωση των αιμορραγούντων φλεβικών ή αρτηριακών αγγείων και δραστική μετάγγιση αίματος στην ασθενή, με τις οποίες, με βεβαιότητα, έστω και τις τελευταίες ημέρες της νοσηλείας της.... θα είχε αποφευχθεί ο θάνατος της.”*, ΑΠ 1419/2016 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ σύμφωνα με την οποία *“Προϋποτίθεται βέβαια ότι συντρέχει και αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παράλειψης και του αποτελέσματος, η οποία θεωρείται ότι υπάρχει, στην περίπτωση κατά την οποία, αν γινόταν η επιβεβλημένη ενέργεια, η οποία τελικά δεν έγινε, τότε με πιθανότητα που εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας, το συγκεκριμένο εγκληματικό αποτέλεσμα δεν θα είχε επέλθει”*.

<sup>137</sup> Βλ. ομοίως ΑΠ 986/2017, ΑΠ 521/2017, ΑΠ 32/2017 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 1920/2007, ΠουινΧρ ΝΗ', 2008, σ. 705 επ., με παρατηρήσεις Βαθιώτη Κ.

<sup>138</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 226 επ.

<sup>139</sup> Βλ. Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 498 επ.

περιστατικού, πρέπει να εξετασθούν διαδοχικά δύο στάδια, τόσο το *διαγνωστικό* όσο και το *θεραπευτικό*, και να καταλήξει κανείς σε ένα βέβαιο απόφθεγμα όσον αφορά και τα δύο. Δηλαδή, με άλλα λόγια, θα πρέπει να υποτεθεί ότι αν είχε καταβληθεί η αντικειμενικά απαιτούμενη επιμέλεια από τον ιατρό, με βεβαιότητα βάσει των υπαρχόντων ενδείξεων θα λάμβανε χώρα η ορθή διάγνωση και ακολούθως με βεβαιότητα θα υποβαλλόταν ο ασθενής στην ενδεδειγμένη θεραπεία, η οποία με τη σειρά της με βεβαιότητα θα κατέληγε σε διάσωσή του, ή αποτροπή της βλάβης της υγείας του (!). Όπως είναι λογικό, τέτοια απόλυτη βεβαιότητα, για μία τόσο μακρά αλληλουχία γεγονότων, τα οποία μάλιστα ανάγονται και σε μία καθαρά υποθετική σφαίρα, είναι σχεδόν απίθανο να επιτευχθεί. Για αυτό και παρατηρούμε συχνά το φαινόμενο, προκειμένου να αποφευχθεί η πλήρης ατιμωρησία τέτοιων περιπτώσεων (εξ αμελείας τελούμενων εγκλημάτων παραλείψεως), η νομολογία είτε να υιοθετεί τη λύση της “υψηλής πιθανότητας”, είτε να περιέρχεται και η ίδια σε αμηχανία και να υποπίπτει σε αντιφάσεις και λογικά άτοπα. Έτσι, ενώ σε κάποιο σημείο του σκεπτικού αποφάσεων μπορεί παραδείγματος χάριν να διαβάζουμε για ύπαρξη “μεγάλου βαθμού πιθανότητας” αποτροπής του αποτελέσματος (εάν είχε εμφολοχωρήσει η επιβεβλημένη ενέργεια του ιατρού), σε άλλο αίφνης να γίνεται λόγος για “πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας”, χάριν της οποίας και κρίνεται ότι δύναται να διαπιστωθεί αιτιώδης σύνδεσμος και να καταδικασθεί ο εν λόγω ιατρός για εξ αμελείας σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία δια παραλείψεως<sup>140</sup>.

Προς αποτροπίν των ανωτέρω πρακτικών ατόπων στα οποία καταλήγει η κρατούσα άποψη, προκρίνονται από τη θεωρία άλλες δύο λύσεις, η μία εκ των οποίων συνίσταται στο “κατέβασμα του πήχη” όσον αφορά το βαθμό της απαιτούμενης πιθανολόγησης, έτσι ώστε να αρκεί και η *υψηλή πιθανότητα*, ενώ η άλλη στην υιοθέτηση της *θεωρίας της επίτασης του κινδύνου*<sup>141</sup>, όπως αυτή ανωτέρω αναλύθηκε, και στα δια παραλείψεως τελούμενα εγκλήματα, θέση που ωστόσο επικρίνεται έντονα, βάσει ιδίως δύο επιχειρημάτων: ότι παραβιάζει την αρχή “in dubio pro reo” (εν

---

<sup>140</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 472/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, στο σκεπτικό της οποίας αναφέρεται ότι “η χρήση αξονικών και μαγνητικών τομογράφων εγγυάται σε μεγάλο βαθμό την αποκάλυψη ενδείξεων για την τυχόν ύπαρξη και σαρκώματος του στρώματος του ενδομητρίου..” , ενώ στη συνέχεια, όλως αντιφατικώς, γίνεται δεκτό ότι, εάν ο ιατρός είχε ενεργήσει lege artis και είχε υποβάλει την ασθενή στις ως άνω ενδεδειγμένες εξετάσεις, αυτό “με βεβαιότητα θα είχε ως αποτέλεσμα την έγκαιρη διάγνωση της θανατηφόρου πάθησης της Μ. Μ..”

<sup>141</sup> Βλ. Roxin Cl., ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, ό.π., σ. 70 επ.

αμφιβολία υπέρ του κατηγορουμένου”) και ότι μετατρέπει ανεπίτρεπτα το έγκλημα βλάβης σε έγκλημα διακινδύνευσης.

Πιο αναλυτικά, αναφορικά με την πρώτη λύση, που προτείνει να κατέλθει ο απαιτούμενος βαθμός πιθανότητας στην απλώς “υψηλή πιθανότητα”, παρότι εκ πρώτης όψεως φαίνεται να συμβιβάζει τις απαιτήσεις τόσο για απόδοση δικαιοσύνης σε περιπτώσεις που έχουν λάβει χώρα σοβαρά ιατρικά σφάλματα, όσο και για εξασφάλιση ενός σημαντικού βαθμού πιθανολόγησης της αιτιώδους σχέσης τους προς το αποτέλεσμα, εν τούτοις, όπως ορθώς παρατηρείται<sup>142</sup>, αδυνατεί πρακτικά να παράσχει λύση, καθότι στηρίζεται σε μία εντελώς αυθαίρετη επί τοις εκατό προσέγγιση του βαθμού πιθανότητας, χωρίς να μπορεί να απαντήσει με ασφάλεια στο ερώτημα από ποιο σημείο και μετά ο βαθμός αυτός θα μπορεί να θεωρηθεί υψηλός ή σημαντικά υψηλός και αντίστοιχα από ποιο σημείο και κάτω αυτός θα κρίνεται απλός ή αμελητέος.

Αντίστοιχα προβλήματα, δημιουργούνται και αναφορικά με την αποδοχή της δεύτερης λύσης, περί υιοθέτησης στις περιπτώσεις αυτές της *θεωρίας επιτάσεως του κινδύνου*. Καταρχήν πρέπει να διευκρινισθεί ότι, όσον αφορά τα δια παραλείψεως τελούμενα εγκλήματα, η θεωρία αυτή λαμβάνει χώρα υπό την *παραλλαγή της περιστολής του κινδύνου* κατά την οποία “το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να καταλογισθεί στο δράστη της παράλειψης, όταν η ενέργεια του θα οδηγούσε ενδεχομένως (και όχι με πιθανότητα προσεγγίζουσα τη βεβαιότητα) στην αποφυγή του αποτελέσματος”<sup>143</sup>. Περαιτέρω, κατά την τροποποιημένη αυτή εκδοχή της θεωρίας, απαιτείται να διαπιστωθεί *ex post*, με τα δεδομένα που εκ των υστέρων εξακριβώθηκαν, ότι εν προκειμένω, η παραβίαση του κανόνα επιμελείας *πράγματι επαύξησε τον κίνδυνο*. Με βάση αυτή τη διαπίστωση λοιπόν, κρίνεται ότι η διενέργεια της επιβεβλημένης πράξεως θα περιέστειλε με *βεβαιότητα* τον κίνδυνο προσβολής του εννόμου αγαθού και συνεπώς το αποτέλεσμα δεν μπορεί παρά να καταλογισθεί στο δράστη<sup>144</sup>. Σε αυτές τις περιπτώσεις, όπως χαρακτηριστικά λέγεται, η πλάστιγγα γέρνει ξεκάθαρα υπέρ της προστασίας του εννόμου αγαθού και η βεβαιότητα επαύξησης του κινδύνου λαμβάνεται υπόψη σε κάθε περίπτωση εις βάρος του δράστη. Αμφισβητήσεις

---

<sup>142</sup> Βλ. *Σπυρόπουλου Η.*, Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 499 επ.

<sup>143</sup> Βλ. *Σπυρόπουλου Η.*, Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 500 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>144</sup> Βλ. *Roxin Cl.*, ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, ό.π., σ. 74 επ.

γεννιούνται όμως, ακόμα και μέσα στο χώρο των υποστηρικτών της θεωρίας, όσον αφορά την αντιμετώπιση της περίπτωσης που αυτή η περιστολή του κινδύνου δεν δύναται να συναχθεί με βεβαιότητα, ακόμα και αν υποτεθεί διενεργηθείσα η επιβεβλημένη πράξη. Κάποιοι υποστηρίζουν εδώ ότι, κατ'εφαρμογή της αρχής *in dubio pro reo*, το αποτέλεσμα δεν μπορεί να καταλογισθεί στο δράστη. Ωστόσο κατά τον ίδιο το *Roxin*<sup>145</sup>, και στις περιπτώσεις αυτές, με την παραβίαση του αντικειμενικού κανόνα επιμελείας, ο δράστης υπερέβη ήδη τα ανεκτά από την έννομη τάξη όρια διακινδύνευσης, οπότε και απλή πιθανότητα να υπάρχει ότι η πράξη του επέτεινε τον ήδη (έστω και από άλλα αίτια) υφιστάμενο κίνδυνο, τον καθιστά υπεύθυνο για το αποτέλεσμα. Χαρακτηριστικά, προς επίρρωσίν της θέσης του, αναφέρει το παράδειγμα του ιατρού ο οποίος κάνει χρήση μη ενδεδειγμένων θεραπευτικών μεθόδων στον ασθενή του, με αποτέλεσμα αυτός να πεθάνει. Εάν λοιπόν, δεν μπορεί να αποδειχθεί με βεβαιότητα ότι η εφαρμογή ενδεδειγμένων μεθόδων θα απέτρεπε ή θα μείωνε τον κίνδυνο επέλευσης του αποτελέσματος, αλλά αυτό απλώς πιθανολογείται, και πάλι - διερωτάται- κατά το κοινό περί δικαίου αίσθημα, είναι σωστό να μην του καταλογισθεί ο θάνατος του ασθενούς;

Παρότι το θέμα είναι πράγματι πολύπλοκο, και δύσκολα μπορεί να λάβει κανείς θέση χωρίς να λαμβάνει στα σοβαρά υπ'όψιν και τον όποιο πιθανό αντίλογο, στην τελευταία αυτή περίπτωση, που η επίταση του κινδύνου απλώς πιθανολογείται, κατά την άποψη της γράφουσας, πράγματι ανακύπτει ζήτημα παραβίασης της αρχής *in dubio pro reo*. Και αυτό διότι, είναι διαφορετικό το να μην μπορεί να διαπιστωθεί με βεβαιότητα ότι το αποτέλεσμα θα απεφεύγετο με τη διενέργεια της επιβεβλημένης πράξης και διαφορετικό το να μην μπορεί με βεβαιότητα να διαπιστωθεί ούτε καν ότι η παράλειψη της πράξης αυτής επέτεινε πράγματι κάποιο υπαρκτό κίνδυνο. Στην περίπτωση αυτή όντως -και αυτό δεν αμφισβητείται- παραβιάστηκε ένας κανόνας επιμελείας, οπότε υπάρχει μία επίμεμπτη συμπεριφορά, που ενέχει απαξία. Ωστόσο αυτό από μόνο του, χωρίς κάποια σύνδεση με το συγκεκριμένο αποτέλεσμα, δεν αρκεί για την καταδίκη του κατηγορουμένου, καθώς όπως γνωρίζουμε η απαξία της συμπεριφοράς πρέπει να συνοδεύεται και από απαξία αποτελέσματος. Η αδυναμία διαπίστωσης λοιπόν κάποιας βλάβης του εννόμου αγαθού μέσω της συγκεκριμένης

---

<sup>145</sup> Βλ. *Roxin Cl.*, ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, ό.π., σ. 75 επ.

πράξης, *έστω και υπό την μορφή της μειώσεως των όποιων πιθανοτήτων σωτηρίας του*, πρέπει να οδηγεί σε *απαλλαγή του κατηγορουμένου λόγω αμφιβολιών*.

Αντίθετα έχουν τα πράγματα στην περίπτωση που υπάρχει *βεβαιότητα* ως προς το γεγονός ότι η επιβεβλημένη ενέργεια *θα ελάττωνε τον κίνδυνο επελεύσεως του αποτελέσματος*, οπότε και η εφαρμογή της θεωρίας της περιστολής του κινδύνου εμφανίζεται μάλλον ως η πλέον ενδεδειγμένη λύση. Στην περίπτωση αυτή πράγματι, εφόσον με τη συμπεριφορά του δράστη επιτάθηκε ένας ήδη υφιστάμενος κίνδυνος, κατά τρόπο πλέον μη ανεκτό από την έννομη τάξη, και ο κίνδυνος αυτός πραγματώθηκε (ανεξάρτητα του αν αυτό ενδέχεται να συνέβαινε και λόγω άλλων αιτιών), ορθότερο είναι να δεχθούμε ότι η πλάστιγγα γέρνει υπέρ της προστασίας του εννόμου αγαθού, το οποίο εν προκειμένω, ευρισκόμενο ήδη σε κατάσταση κινδύνου, χρήζει ακόμα μεγαλύτερης και όχι μειωμένης προστασίας, και ότι ο δράστης ο οποίος με την πράξη του στην ουσία “ρίσκαρε” την τύχη του, θα πρέπει να επωμιστεί το βάρος του αποτελέσματος, εφόσον αυτό τελικώς πράγματι επήλθε. Κατά τα ανωτέρω, η *βεβαιότητα* ως προς το ότι ο δράστης *πράγματι μπορούσε να επηρεάσει, έστω σε ένα ποσοστό, το βιοτικό συμβάν, σε συνδυασμό με την ex post, βάσει των στοιχείων που εκ των υστέρων έγιναν γνωστά, κρίση περί της εν τοις πράγμασι επίτασης του κινδύνου* λόγω της αμελούς συμπεριφοράς του, αποτελούν μία δικλείδα ασφαλείας<sup>146</sup>, ώστε ο κατηγορούμενος να μη καταδικάζεται βάσει απλών πιθανολογήσεων και “εικασίων”, αλλά βάσει πραγματικών βεβαιωμένων γεγονότων και έτσι να μη τίθεται υπό αμφισβήτηση η τήρηση της αρχής *in dubio pro reo*.

Όσον αφορά το δεύτερο επιχείρημα που προβάλλεται συχνά κατά της θεωρίας της επιτάσεως του κινδύνου, σε σχέση με την μετατροπή του εγκλήματος βλάβης σε έγκλημα διακινδύνευσης, λεκτέα είναι τα εξής: Εφόσον κοινό στοιχείο για την πλήρωση της αντικειμενικής υποστάσεως τόσο στα εγκλήματα βλάβης, όσο και στα εγκλήματα αποτελέσματος, είναι ο νομικά σημαντικός κίνδυνος που ετέθη από το δράστη, η διαφορά τους δε έγκειται στο ότι στα μεν εγκλήματα βλάβης ο κίνδυνος αυτός μετουσιώθηκε σε αποτέλεσμα, ενώ στα εγκλήματα διακινδύνευσης παρέμεινε ως απλή δυνατότητα προσβολής του εννόμου αγαθού, με την επέλευση εν προκειμένω του βλαπτικού αποτελέσματος, δηλαδή με το θάνατο ή τη βλάβη της υγείας του ασθενούς, συντρέχει και αυτό το στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης και επομένως

---

<sup>146</sup> Βλ. *Σπυρόπουλου Η.*, Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 500 επ.

δεν χωρεί αμφιβολία περί του ότι έχουμε να κάνουμε με ολοκληρωμένο έγκλημα βλάβης και όχι απλής διακινδύνευσης<sup>147</sup>.

Η νομολογία του Ακυρωτικού μας, όπως και ανωτέρω αναφέρθηκε, ακολουθεί ως προς το ζήτημα κατά βάση τη θέση της κρατούσας άποψης και απαιτεί τη διαπίστωση βεβαιότητας ή έστω πιθανότητας εγγίζουσας τα όρια της βεβαιότητας, ότι, εάν είχε διενεργηθεί η επιβεβλημένη ενέργεια, το αποτέλεσμα θα είχε αποφευχθεί. Ωστόσο, η θέση αυτή του Αρείου Πάγου δεν είναι σταθερή και παρατηρούμε από καιρού εις καιρόν μία παλινδρόμηση στις απόψεις του, που πλήττει ανεπανόρθωτα την ασφάλεια δικαίου και την προσπάθεια θεμελίωσης στέρεης ποινικής δογματικής. Έτσι, παρότι η κρατούσα και απολύτως ορθή άποψη σε θεωρία αλλά και νομολογία, έχει ήδη προ ετών καταλήξει<sup>148</sup> στο ότι μεταξύ παραλείψεως και αποτελέσματος απαιτείται υποθετική αιτιότητα, δεν λείπουν και αποφάσεις (και μάλιστα σχετικά πρόσφατες) που συνεχίζουν λανθασμένα να κάνουν λόγο για “αντικειμενικό αιτιώδη σύνδεσμο” μεταξύ παράλειψης και αποτελέσματος<sup>149</sup>. Περαιτέρω, ενώ στις περισσότερες αποφάσεις από αυτές που δέχονται την υποθετική αιτιότητα, απαιτείται “βεβαιότητα” ή τουλάχιστον “πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας” ότι το αποτέλεσμα δεν θα είχε επέλθει εάν είχε λάβει χώρα η επιβεβλημένη ενέργεια, συναντάμε και αποφάσεις στις οποίες ο απαιτούμενος βαθμός πιθανότητας κατέρχεται στην “μεγάλη πιθανότητα<sup>150</sup>” ή ακόμη (σε παλαιότερες αποφάσεις) και στην απλή “πιθανότητα<sup>151</sup>”. Τελευταία δε, παρατηρείται το φαινόμενο, η αρεοπαγίτικη νομολογία να αναφέρεται κάποιες φορές εκ περιτροπής σε “αιτιώδη σύνδεσμο” μεταξύ παράλειψης και αποτελέσματος<sup>152</sup> και άλλες φορές σε “πιθανότητα αποτροπής της προσβολής με πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας”<sup>153</sup>, δημιουργώντας έτσι μεγαλύτερη δογματική σύγχυση. Κατά

---

<sup>147</sup> Βλ. *Roxin Cl.*, ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, ό.π., σ. 73 επ., *Σπυρόπουλου Η.*, Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 500 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>148</sup> Αρχής γενομένης δια της πρωτοπόρου απόφασης ΑΠ 364/1995, βλ. ΠοινΧρ ΜΕ', 1995, σ.743 επ., με παρατηρήσεις *Λίβου Ν.*

<sup>149</sup> Βλ. ΑΠ 345/2006, ΠοινΛογ 2006, σ. 225 επ., ΑΠ 363/2006, ΠοινΛογ 2006, σ. 239 επ., ΑΠ 1238/2005, ΠοινΛογ 2005, σ. 1158 επ., ΑΠ 1698/2005, ΠοινΛογ 2005, σ. 1645 επ., ΑΠ 2335/2004, ΠοινΛογ 2004, σ. 2844 επ.

<sup>150</sup> Βλ. ΑΠ 76/2004, ΠοινΧρ 2004, σ. 775.

<sup>151</sup> Βλ. ΑΠ 364/1995, ΠοινΧρ 1995, ό.π., με παρατηρήσεις *Λίβου Ν.*

<sup>152</sup> Βλ. ΑΠ 230/2015, ΠοινΧρ 2015, σ. 217, ΑΠ 675/2014, ΠοινΧρ 2015, σ. 336, ΑΠ 1048/2012 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 997/2011 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>153</sup> Βλ. ΑΠ 1217/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, ΑΠ 971/2013, ΠοινΧρ 2014, σ. 666 επ., ΑΠ 159/2012 ΠοινΧρ 2012, σ. 607 επ.



τα ανωτέρω, όπως ορθώς επισημαίνεται από τη θεωρία<sup>154</sup>, οι ευμετάβλητες θέσεις του Αρείου Πάγου, όσον αφορά το ζήτημα της αιτιότητας στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα, προκαλούν ανασφάλεια δικαίου, προβλήματα σε σχέση με την αιτιολόγηση και τον έλεγχο των αποφάσεων, αλλά και επικίνδυνη αλλοίωση των νομικών εννοιών και εξ αυτού του λόγου θα πρέπει εφεξής να σταθεροποιηθούν και να ενταχθούν στα πλαίσια μιας κοινής ποινικής δογματικής προσέγγισης.

Τέλος, ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα που ανακύπτει σε σχέση με τον αιτιώδη σύνδεσμο στα δια παραλείψεως τελούμενα εγκλήματα, και που αφορά προεξόχως τα εγκλήματα ιατρικής αμέλειας, είναι, πέραν από τη διαπίστωση αιτιώδους συνάφειας μεταξύ παραλείψεως και αποτελέσματος, και η διαπίστωση τέτοιας συνάφειας μεταξύ της παραλείψεως και του χρόνου επέλευσης του αποτελέσματος. Εν προκειμένω δηλαδή το ερώτημα είναι, τι θα πρέπει να κρίνει το δικαστήριο, εάν η επιβεβλημένη ενέργεια που παραλείφθηκε από τον ιατρό, δεν θα απέτρεπε το αποτέλεσμα του θανάτου του ασθενούς, αλλά θα επέτεινε πιθανώς για λίγο μόνο χρόνο τη ζωή του. Αρκεί αυτή η, έστω και για λίγες ώρες, δυνατότητα επιμήκυνσης της ζωής του ασθενούς, ώστε να θεμελιωθεί το έγκλημα της δια παραλείψεως τελούμενης ανθρωποκτονίας εξ αμελείας; Και αν ναι, ποιο θα πρέπει να θεωρηθεί το χρονικό minimum της επιμήκυνσης αυτής, με βάση το οποίο θα κρίνουμε τη στοιχειοθέτηση της παράνομης παράλειψης;

Η γερμανική νομολογία έχει ήδη προ πολλών ετών λάβει σταθερή θέση σχετικά με το ζήτημα κρίνοντας ότι *“Την καταδίκη σε ανθρωποκτονία εξ αμελείας δεν εμποδίζει το γεγονός ότι η ζωή του ασθενούς συνετμήθη μόνο κατά μερικές ώρες”* καθώς και ότι *“Σε περίπτωση τέλεσης της ενέργειας που παραλείφθηκε, το αποτέλεσμα πρέπει είτε να μην είχε επέλθει, είτε να είχε επέλθει σημαντικά αργότερα είτε, τέλος, να είχε επέλθει σε ουσιωδώς πιο περιορισμένο εύρος”*<sup>155</sup>. Και η ελληνική νομολογία όμως, ασχολήθηκε με το ζήτημα ήδη με την ΠλημΑθ 1491/1954<sup>156</sup>, κατά το σκεπτικό της οποίας κρίνεται χαρακτηριστικά ότι, η βραχεία ή μακρά διάρκεια του εννόμου αγαθού της ζωής, δεν το καθιστά μείζονος ή ελάσσονος αξίας, γιατί αυτή προστατεύεται από το ποινικό δίκαιο *απόλυτα* από τη στιγμή της γεννήσεως μέχρι της ύστατης πνοής του ανθρώπου. Κατά

---

<sup>154</sup> Βλ. Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 497 επ.

<sup>155</sup> Βλ. Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.α.π., σ. 501 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

<sup>156</sup> Βλ. ΠλημΑθ 1491/1954, ΠοινΧρ Δ', σ. 201 επ.

συνέπεια, ως σωτηρία του ασθενούς από την ιατρική επέμβαση δεν θεωρείται μόνο η αόριστη ή μακράς διάρκειας παράταση της ζωής, με αποφασιστική αποτροπή του κινδύνου, αλλά και η έστω για λίγες ώρες αναβολή του θανάτου που θα επερχόταν ούτως ή άλλως. Για όλους τους ανωτέρω λόγους δε, η ως άνω καταλήγει στην κρίση, που έκτοτε αποτελεί και τη βασική γραμμή αντιμετώπισης αντίστοιχων περιπτώσεων<sup>157</sup>, ότι *“Του εννόμου αγαθού της ζωής προστατευόμενου κατά τρόπον απόλυτον, έπεται ότι καθίσταται ένοχος ανθρωποκτονίας ο γιατρός όστις υπαιτίως παρέλειψε να παράσχει την συνδρομήν του εις βάρος του βαρέως πάσχοντα ασθενή, έστω και αν ούτως δια της εγκαίρου επεμβάσεως του ιατρού θα εκέρδιζε μόνον ολίγας ώρας ζωής”*.

Η θέση αυτή είναι βεβαίως ορθή, λαμβάνοντας υπόψιν την ιδιαίτερη φύση του εννόμου αγαθού της ζωής, το οποίο είναι μονοσήμαντο και προστατεύεται το ίδιο σε όποια μορφή και κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες και αν βρίσκεται. Ακόμη λοιπόν και μικρή σύντμηση της ζωής ενός μη βιώσιμου νεογνού που γεννήθηκε πρόωρα, ή ενός ετοιμοθάνατου, συνιστά ανεπίτρεπτη προσβολή του εννόμου αγαθού της ζωής, που δύναται, εφόσον συντρέχουν και οι λοιπές προϋποθέσεις, να χαρακτηριστεί ανθρωποκτονία<sup>158</sup>. Όπως δε ευστόχως παρατηρείται, η εν λόγω περίπτωση συνιστά κατ'ουσίαν αποτύπωση της υπερκέρασης της αιτιότητας στα εγκλήματα παραλείψεως<sup>159</sup>. Έτσι, όπως ακριβώς δεχόμαστε στα εγκλήματα ενεργείας, ότι η παρεμβολή ενός επιγενόμενου όρου που επισπεύδει το αποτέλεσμα, εξουδετερώνει την έως τότε εξελισσόμενη αιτιώδη διαδρομή, πρέπει και εν προκειμένω να δεχθούμε ότι ο “όρος” που θέτει ο αμελώς δρών ιατρός (με την παράλειψη της επιβεβλημένης ενέργειας), εξουδετερώνει την έως τότε αιτιώδη διαδρομή που οδηγούσε, βάσει της φυσικής πορείας των πραγμάτων, στο θάνατο του ασθενούς σε μεταγενέστερο χρονικό σημείο και τον καθιστά αποκλειστικά υπεύθυνο για το θάνατό του, όπως τελικά επήλθε, υπό τις δεδομένες συνθήκες χρόνου και τρόπου. Και στις δύο περιπτώσεις, η απαξία της συμπεριφοράς του δράστη πηγάζει από το γεγονός της σύντμησης της ζωής, οπότε σε κάθε περίπτωση, προς αποφυγήν αξιολογικών αντινομιών, πρέπει να αντιμετωπίζονται το ίδιο.

---

<sup>157</sup> Βλ. ΑΠ 472/2014 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, Συμβπλημίωαν 181/2004, ΠοινΔικ 2004, σ. 1245 επ., ΣτρατοδΑθην 127/1996, ΠοινΧρ ΜΣΤ', σ. 1510 επ., ΠλημΛιβαδ 20/1966, ΠοινΧρ ΙΣΤ', σ. 503 επ.

<sup>158</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική ευθύνη, ό.π., σ. 290 επ.

<sup>159</sup> Βλ. Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 502.

Όσον αφορά δε τον τελευταίο “σκόπελο” που σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να υπερβούμε, ώστε να μπορούμε με ασφάλεια να αποδώσουμε ευθύνη στον ιατρό, δηλαδή τον ακριβή προσδιορισμό του χρονικού *minimum*, άνω του οποίου οποιαδήποτε σύντμηση της ζωής δεν μπορεί να γίνεται ανεκτή από το δίκαιο, φαίνεται ότι με προσεκτικότερη παρατήρηση, είναι ζήτημα απλούστερο από ότι εν πρώτοις μπορεί να παρουσιάζεται. Προφανώς, η έλλειψη οποιουδήποτε χρονικού ορίου, για την κατάφαση ποινικής ευθύνης, μπορεί να οδηγήσει σε παράδοξα και επικίνδυνα αποτελέσματα, όπως για παράδειγμα στο να καταδικάζεται ιατρός ο οποίος δεν χορήγησε την τελευταία δόση φαρμάκου σε ασθενή που ψυχορραγεί. Από την άλλη και η σαφής οριοθέτηση του χρονικού αυτού σημείου με μία γενικότητα που να μπορεί να ανταποκριθεί σε όλες τις υποθέσεις αυτής της φύσεως, είναι αδύνατη, αφού κάθε μεμονωμένο βιοτικό συμβάν διαφέρει και η επίδειξη επιμέλειας ή αμέλειας από την πλευρά του ιατρού κρίνεται συνολικά, βάσει όλων των δεδομένων της συγκεκριμένης περίπτωσης. Αυτή η διαπίστωση ωστόσο, από μόνη της, μας φέρνει πιο κοντά στην απάντηση του ερωτήματος. Συγκεκριμένα, όπως προσφυώς παρατηρείται στη θεωρία<sup>160</sup>, η κατά περίπτωση κρίση του χρονικού αυτού *minimum*, για τη διαπίστωση αιτιώδους συνάφειας, είναι στην πραγματικότητα ζήτημα ενσωματωμένο σε ένα προγενέστερο στάδιο της δόμησης του εγκλήματος και ειδικότερα σε αυτό κατά το οποίο κρίνεται η ύπαρξη της *εξωτερικής αμέλειας*. Έτσι, ακραίες περιπτώσεις όπως η ανωτέρω, που ο ασθενής ψυχορραγεί και του απομένουν ελάχιστα μόνο λεπτά ζωής, δεν θα φθάσουν να μας απασχολούν στο παρόν στάδιο, *διότι ήδη δεν θα έχει καταγνωσθεί κάποια εξωτερικά αμελής συμπεριφορά από πλευράς του ιατρού*, βάσει των εκάστοτε, αφηρημένως ισχυόντων, κανόνων επιμελείας της ιατρικής επιστήμης. Εφόσον λοιπόν μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη εξωτερικά αμελούς παράλειψης του ιατρού, το ζήτημα του εάν η σύντμηση της ζωής του ασθενούς υπερβαίνει ή όχι τα ανεκτά χρονικά όρια, έχει ήδη κριθεί και πλέον μπορούμε εν προκειμένω να καταγνώσουμε τη στοιχειοθέτηση του εγκλήματος της ανθρωποκτονίας εξ αμελείας.

#### *5.1.3.4. Ο προστατευτικός σκοπός του κανόνα δικαίου ως κριτήριο οριοθέτησης της αντικειμενικής υπόστασης*

---

<sup>160</sup> Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ό.π., σ. 502.

Ως γνωστόν, κατά τη θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού, για την κατάφαση αιτιώδους συνάφειας μεταξύ πράξεως και αποτελέσματος, δεν αρκεί η διαπίστωση αντικειμενικού αιτιώδους συνδέσμου κατά τη θεωρία του ισοδυνάμου των όρων, αλλά επιπλέον απαιτείται η διαπίστωση και *συνάφειας κινδύνου* μεταξύ των δύο αυτών στοιχείων. Απαιτείται δηλαδή να διαπιστωθεί ότι το αποτέλεσμα συνιστά πραγμάτωση *εκείνου ακριβώς του κινδύνου* τον οποίο έθεσε ο δράστης και μάλιστα κατ'ορθότερη ερμηνεία, *εξαιτίας του οποίου ακριβώς είναι άδικη η συμπεριφορά του*<sup>161</sup>. Δηλαδή θα πρέπει να καταγιγνώσκεται επιπλέον κάθε φορά ότι, ο συγκεκριμένος κίνδυνος ο οποίος πραγματώθηκε, ήταν *ακριβώς αυτός τον οποίο απέβλεπε να αποτρέψει ο κανόνας επιμελείας που παραβιάστηκε* και όχι άλλος. Έτσι, επί του θέματος που μας ενδιαφέρει, θα πρέπει όποτε βρισκόμαστε ενώπιον μίας αμελούς και βλαπτικής για τον ασθενή πράξης ιατρού, να εξετάζουμε περαιτέρω εάν η βλάβη που επήλθε είναι ακριβώς αυτή που σκοπεύει να αποφύγει ο οικείος κανόνας *lege artis* συμπεριφοράς που παραβιάστηκε. Κατ'αυτό τον τρόπο, η λεγόμενη "*συνάφεια σκοπού του κανόνα δικαίου*", αναδεικνύεται ως ένα πρόσθετο στοιχείο που περιορίζει το αξιόποιο και "περιχαρακώνει" τα όρια της αντικειμενικής υπόστασης των εξ αμελείας τελούμενων εγκλημάτων.

## **5.2. Η υποκειμενική υπόσταση των εγκλημάτων ιατρικής αμέλειας**

Όπως και σε προηγούμενο κεφάλαιο αναπτύχθηκε, η αμέλεια, ως μορφή υπαιτιότητας, προβλέπεται στο άρ. 28 ΠΚ και διακρίνεται σε ενσυνείδητη και σε άνευ συνειδήσεως. Η υποκειμενική υπόσταση του εξ αμελείας εγκλήματος στην περίπτωση της άνευ συνειδήσεως αμέλειας πληρούται με την υποκειμενική παραβίαση ενός καθήκοντος επιμελείας και την υποκειμενική δυνατότητα πρόβλεψης του αποτελέσματος, ενώ στην ενσυνείδητη αμέλεια με την πρόβλεψη (και όχι απλά δυνατότητα πρόβλεψης) του αποτελέσματος και την υποκειμενική παραβίαση ενός καθήκοντος επιμελείας, συνοδευόμενη από την πίστη αποφυγής του αποτελέσματος<sup>162</sup>.

---

<sup>161</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 309 επ.

<sup>162</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.α.π., σ. 328 επ.

Κατά κανόνα, η αντικειμενική παραβίαση ενός κανόνα επιμελείας καταδεικνύει και την υποκειμενική και αντίστοιχα η αντικειμενική δυνατότητα πρόβλεψης του αποτελέσματος και την υποκειμενική. Και αυτό διότι σε πρώτη φάση θεωρούμε ότι ο δράστης όφειλε και μπορούσε να επιδείξει την επιμέλεια που οφείλει και μπορεί *κάθε μέσος συνετός άνθρωπος του αντίστοιχου τομέα δραστηριότητας*. Αυτό που επομένως αντικειμενικά αναμένεται να μπορεί να προβλέψει και να πράξει κάθε μέσος ευσυνείδητος κοινωνός, αναμένεται να μπορεί να το πράξει και ο δράστης.

Ωστόσο, μπορεί να υπάρχουν εξαιρέσεις και σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ο δράστης να μην μπορεί υποκειμενικά να συμμορφωθεί με το επιβαλλόμενο καθήκον επιμελείας, για διάφορους λόγους αναγόμενους στη δική του προσωπική σφαίρα, όπως λόγω ελλিপών γνώσεων, έλλειψης ικανοτήτων, σωματικών ατελειών, έλλειψης εμπειρίας, υπερβολικής σωματικής κόπωσης κτλ. Σε αυτές τις περιπτώσεις αμέλεια στην διεξαγωγή του εγχειρήματος δεν μπορεί να διαπιστωθεί, διότι ο δράστης *δεν μπορούσε βάσει των δικών του δυνατοτήτων να φερθεί διαφορετικά*, επομένως και το δίκαιο δεν δύναται να αξιώνει από αυτόν κάτι ανέφικτο, που είναι πέραν των δυνάμεών του. Αντίθετα, αυτό που μπορεί να αξιώνει το δίκαιο σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι να μην αναλαμβάνει καν το εγχείρημα, το οποίο γνωρίζει (ή θα έπρεπε να γνωρίζει), ότι δεν μπορεί να φέρει εις πέρας. Η αμέλεια λοιπόν σε αυτές τις περιπτώσεις, δεν έγκειται στην ίδια τη διεξαγωγή του εγχειρήματος, *αλλά στην ανάληψη αυτού*<sup>163</sup>.

Ένας ειδικευόμενος ιατρός επομένως, ο οποίος διαθέτει προφανώς ελλιπείς γνώσεις και εμπειρία σε σχέση με έναν ειδικό, δεν μπορεί να επιδείξει την αντικειμενικά απαιτούμενη επιμέλεια σε ένα πολύπλοκο, σοβαρό περιστατικό και επομένως υποκειμενικά δεν ευθύνεται εάν εξαντλώντας τις δικές του δυνατότητες, δεν καταφέρει να παράσχει την επιβαλλόμενη βοήθεια στον ασθενή. Θα ευθύνεται όμως για την ανάληψη του εγχειρήματος, εφόσον προχώρησε στην αντιμετώπιση του περιστατικού, χωρίς να ενημερώσει έγκαιρα τον ειδικό ιατρό και χωρίς να αρνηθεί να το αναλάβει, στην περίπτωση που αυτό δεν ήταν απολύτως επείγον και αναγκαίο<sup>164</sup>. Ομοίως, αμέλεια περί την ανάληψη του εγχειρήματος θα συντρέχει στο πρόσωπο ειδικού ιατρού που αναλαμβάνει τη διάγνωση ή θεραπεία περιστατικού, το οποίο δεν εμπίπτει στην ειδικότητά του ή δεν καλύπτεται από το εύρος των γνώσεών του ή την

<sup>163</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 328 επ.

<sup>164</sup> Βλ. *Καϊάφα- Γκμπάντι Μ.*, Ποινική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 68 επ.

εμπειρία του ή προς αντιμετώπισιν του οποίου δεν διαθέτει τα απαραίτητα εργαλεία/μηχανήματα<sup>165</sup>.

Η αντίστροφη όψη της αμέλειας περί την ανάληψη, είναι η *αμέλεια περί την ανάθεση* μίας δραστηριότητας, σε άτομα στερούμενα των απαραίτητων ικανοτήτων<sup>166</sup>. Αυτή με τη σειρά της δύναται να συντρέχει στο πρόσωπο ειδικού ιατρού, υπό τον πλήρη έλεγχο και την εποπτεία του οποίου τελεί ο ειδικευόμενος, εφόσον αναθέσει σε αυτόν τη διενέργεια ιατρικής πράξεως, ως προς την οποία δεν διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις, εμπειρία ή ικανότητες. Προϋπόθεση βέβαια εν προκειμένω, είναι ότι υπάρχουν αντικειμενικά ενδείξεις που μπορούν (και οφείλουν) να υποψιάσουν τον ειδικό σε σχέση με την αδυναμία αυτή του ειδικευόμενου<sup>167</sup>.

Όπως προελέχθη, το μέτρο επιμελείας ορίζεται βάσει της συμπεριφοράς του μέσου συνετού ανθρώπου που απασχολείται στον ίδιο τομέα δραστηριότητας με το δράστη. Έτσι, ο ιατρός οφείλει να επιδειξεί υποκειμενικά την *προσοχή που μπορεί και οφείλει ο μέσος ιατρός της ίδιας ειδικότητας*, κάτω από τις ίδιες αντικειμενικές συνθήκες και με τα ίδια μέσα. Ζήτημα ωστόσο ανακύπτει όταν ο ιατρός διαθέτει *ιδιαίτερες ικανότητες ή γνώσεις*, αλλά επιδεικνύει σε συγκεκριμένη περίπτωση, μόνο την απαιτούμενη από το μέσο ιατρό επιμέλεια. Κατ'ορθότερη άποψη, στην περίπτωση αυτή ο ιατρός δεν ευθύνεται για αμέλεια, εφόσον επέδειξε την γενικά απαιτούμενη από το μέσο ιατρό προσοχή<sup>168</sup>. Η αξιοποίηση των υπέρτερων γνώσεών του, καθώς και η επιλογή της αποτελεσματικότερης θεραπευτικής μεθόδου μεταξύ των πολλών γενικά αναγνωρισμένων, αποτελεί σε κάθε περίπτωση ευχέρεια και όχι νομική υποχρέωσή του. Εξάλλου, σύμφωνα και με τον ίδιο τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (αρ. 3 παρ. 4 ν. 3418/2005), οι υπέρτερες γνώσεις που δεν αποτελούν μέρος των “γενικά αποδεκτών κανόνων της ιατρικής επιστήμης”, χαρακτηρίζονται ως πειραματικές και η εφαρμογή τους επιτρέπεται μόνο βάσει των ειδικών κανόνων που διέπουν την επιστημονική έρευνα (άρ. 24 & άρ. 25 ΚΙΔ), δεν είναι δηλαδή σε καμία περίπτωση υποχρεωτική ως μέρος του καθήκοντος επιμελείας. Κάτι τέτοιο άλλωστε, θα αποτελούσε ανεπίτρεπτη διάκριση και θα έφερνε τον ιδιαίτερος ικανό επαγγελματία σε χειρότερη “μοίρα” έναντι των συναδέλφων του, αφού “*το δίκαιο ως αντικειμενική*

---

<sup>165</sup> Βλ. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, Αστική-Ποινική-πειθαρχική, Ποινικά αδικήματα ιατρών, ό.π., σ. 543 επ.

<sup>166</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 332 επ.

<sup>167</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 103 επ.

<sup>168</sup> Βλ. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του ιατρού στο ποινικό δίκαιο, ό.π., σ. 31 επ.

*τάξη έχει αξίωση γενικότητας. Ως εκ τούτου το άδικο προσδιορίζεται αντικειμενικά και όχι βάσει των ατομικών ικανοτήτων του καθενός<sup>169</sup>”.*

Κατά τα ανωτέρω, ένας εξαιρετικά καταρτισμένος καθηγητής ιατρικής, κρίνεται με βάση το μέτρο επιμελείας του μέσου καθηγητή της ίδιας ειδικότητας, ένας φημισμένος για τις δεξιότητές του χειρουργός, με βάση το μέτρο επιμέλειας του μέσου ευσυνείδητου χειρουργού, ένας ιδιαιτέρως ικανός ειδικευόμενος ιατρός, με βάση τις αναμενόμενες δυνατότητες του μέσου ειδικευόμενου της ίδιας ειδικότητας, με την ίδια εμπειρία κοκ. Έτσι, εξασφαλίζεται η απαιτούμενη αντικειμενικότητα του αδίκου και η ασφάλεια του δικαίου<sup>170</sup>.

## **6. Κατανομή αρμοδιοτήτων στα πλαίσια ιατρικών εγχειρημάτων συγκλίνουσας δράσεως**

### **6.1. Πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ περισσότερων ιατρών, νοσηλευτικού και τεχνικού προσωπικού**

Οι απαιτήσεις της σύγχρονης ιατρικής, για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αντιμετώπιση πολύπλοκων περιστατικών, υψηλή κατάρτιση και εξειδίκευση των ιατρών και αξιοποίηση των νεότερων τεχνολογικών εξελίξεων, υπαγορεύουν, στα πλαίσια της διενέργειας των διαφόρων ιατρικών πράξεων, τη συνεργασία περισσότερων προσώπων. Αυτή η συνεργασία μπορεί να είναι παράλληλη, δηλαδή τα περισσότερα πρόσωπα να δρουν ταυτόχρονα προς αντιμετώπιση ενός μεμονωμένου περιστατικού, ή διαδοχική, δηλαδή οι ιατρικές υπηρεσίες να παρέχονται διαδοχικά από περισσότερα πρόσωπα, που δρουν συμπληρωματικά το ένα προς το άλλο. Στα πλαίσια της παρούσης, θα μας απασχολήσει ιδίως η *συγκλίνουσα παράλληλη δράση* περισσότερων προσώπων, κλασική και συχνότερα απαντόμενη έκφραση της οποίας, αποτελεί η συνεργασία στα πλαίσια διενέργειας ιατροχειρουργικών επεμβάσεων.

Καταρχήν, πρέπει να διευκρινισθεί ότι, επειδή ως γνωστόν, κατά βασική αρχή του ποινικού δικαίου, απαγορεύεται η απόδοση αντικειμενικής ευθύνης, χωρίς τη διαπίστωση συνδρομής και υπαιτιότητας στο πρόσωπο του εκάστοτε δράστη, όπως

<sup>169</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 326.

<sup>170</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.α.π., σ. 327.

είναι λογικό και όσον αφορά τις λεγόμενες “συνεργαζόμενες ομάδες ιατρών” δεν μπορεί να γίνει λόγος για κάποιου είδους “συλλογική ευθύνη”, σε περίπτωση που κάποιο από τα μέλη τους υποπέσει σε ιατρικό σφάλμα, αλλά θα πρέπει να αναζητηθεί η ατομική ευθύνη του συγκεκριμένου προσώπου βάσει της “αρχής του καταμερισμού εργασίας”<sup>171</sup>. Έτσι, κάθε μέλος της συνεργαζόμενης ομάδας ευθύνεται αποκλειστικά για τη δική του δράση και εφόσον η δράση αυτή είναι επιμελής, δεν μπορεί να του καταλογισθεί ευθύνη για αλλότρια σφάλματα. Βέβαια, όπως είναι λογικό, η δράση κάθε ενός από τους συμπράττοντες, επηρεάζεται σε αυτές τις περιπτώσεις και αλληλοεξαρτάται από τις ενέργειες και των υπολοίπων, υπό την έννοια ότι το σφάλμα του ενός μπορεί να απαιτεί την επαγρύπνηση και έγκαιρη επέμβαση του άλλου, προκειμένου να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η όποια επαπειλούμενη βλάβη στην υγεία του ασθενούς. Ωστόσο, όπως προελέχθη, η ευθύνη του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, κρίνεται σε κάθε περίπτωση εξατομικευμένα και η συνδρομή του στοιχείου της αμέλειας πρέπει να διαπιστώνεται κάθε φορά στο πρόσωπο του συγκεκριμένου υπό κρίσιν δράστη.

Περαιτέρω, για την απόδοση ποινικής ευθύνης στα μέλη της συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας πολύ σημαντικά είναι τα λεγόμενα «πεδία αρμοδιότητας», βάσει των οποίων οριοθετείται ο τομέας δράσης και ευθύνης κάθε προσώπου. Η κατανομή των πεδίων αρμοδιοτήτων διακρίνεται σε *οριζόντια* και *κάθετη*. Η πρώτη συναντάται στα πλαίσια συνεργασίας περισσότερων προσώπων τα οποία δεν τελούν το ένα υπό τις οδηγίες του άλλου, όπως μεταξύ περισσότερων ειδικών ιατρών, ενώ η δεύτερη προϋποθέτει την ύπαρξη κάποιας ιεραρχικής σχέσης μεταξύ τους, βάσει της οποίας και οφείλεται συμμόρφωση στις εντολές του ανωτέρου. Τέτοια χαρακτηριστική περίπτωση είναι η σχέση μεταξύ ειδικού και ειδικευόμενου ιατρού, αλλά και η σχέση μεταξύ του ειδικού ιατρού και των λοιπών μελών του νοσηλευτικού ή τεχνικού προσωπικού<sup>172</sup>.

## **6.2. Οριζόντια κατανομή αρμοδιοτήτων**

Οριζόντια κατανομή αρμοδιοτήτων υπάρχει μεταξύ ομοιόβαθμων, ίσων τη τάξει ιατρών. Οριζόντια επομένως, είναι η κατανομή καθηκόντων στις περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, όπου διεξάγονται με αναγκαία συνεργασία του χειρουργού ιατρού και του αναισθησιολόγου, καθένας εκ των οποίων ευθύνεται για τις

---

<sup>171</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ. Γενικό Μέρος Ι, σ. 323 επ.

<sup>172</sup> Βλ. Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 61 επ.



πράξεις που σχετίζονται με την ειδικότητά του. Στις περιπτώσεις αυτές, εφαρμογή βρίσκει η λεγόμενη «αρχή της εμπιστοσύνης», σύμφωνα με την οποία καθένας είναι υπεύθυνος για τον τομέα αρμοδιότητας του και εφόσον ο ίδιος φέρεται επιμελώς, δικαιούται καταρχήν να πιστεύει ότι και οι υπόλοιποι φέρονται επιμελώς στους τομείς δικής τους αρμοδιότητας, εκτός εάν υπάρχουν εμφανείς ενδείξεις για λάθη των άλλων, που επίκεινται ή λαμβάνουν χώρα ήδη<sup>173</sup>.

Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε αρχικά στο πεδίο του δικαίου οδικής κυκλοφορίας, ωστόσο αμείωτη παραμένει η αξία της και σε άλλους τομείς συγκλίνουσας δράσης, όπως εν προκειμένω της συγκλίνουσας ιατρικής δράσης. Βάσει της θεωρίας αυτής λοιπόν, καταρχήν οδηγούμαστε σε ανεξάρτητη θεώρηση της συμπεριφοράς καθενός εκ των περισσοτέρων συγκλινόντων, ο οποίος σε κάθε περίπτωση μπορεί να κριθεί μόνο για τα δικά του έργα και δικαιούται να διακατέχεται από τη βεβαιότητα ότι “ο καθένας θα κάνει σωστά τη δουλειά του”<sup>174</sup>. Ο ειδικός αναισθησιολόγος ιατρός επομένως που λειτουργεί *lege artis*, καταρχήν δεν οφείλει να εποπτεύει τον χειρουργό σε σχέση με τις πράξεις της δικής του αρμοδιότητας, ούτε ευθύνεται για τυχόν δικά του λάθη και το αντίστροφο. Βέβαια, άλλη είναι η περίπτωση όπου το σφάλμα ενός εκ των πλειόνων συνεργαζόμενων, εν προκειμένω του χειρουργού, καθιστά αναγκαία την επέμβαση του άλλου για την ορθή αντιμετώπιση του περιστατικού, όπως για παράδειγμα όταν προκληθείσα αιμορραγία από λανθασμένο χειρισμό του χειρουργού, απαιτεί ενέργειες του αναισθησιολόγου, ώστε να διατηρηθεί η ομαλή λειτουργία της κυκλοφορίας του αίματος και των ζωτικών οργάνων του ασθενούς. Εδώ, εφόσον η αναγκαία για τη διάσωση του ασθενούς πράξη εμπίπτει στο δικό του πεδίο αρμοδιότητας, θα συντρέχει και δική του ευθύνη για το βλαπτικό αποτέλεσμα, εάν την παραλείψει<sup>175</sup>.

Ωστόσο, η αρχή της εμπιστοσύνης, δεν ισχύει απεριόριστα. Έτσι, κάμψη της αρχής αυτής, θα έχουμε όποτε η εμπιστοσύνη του ιατρού για τη δράση του συνεργάτη του θα έπρεπε να κλονιστεί, λόγω εμφανών ενδείξεων ανικανότητάς του να φέρει εις πέρας την ιατρική πράξη που εμπίπτει στο πεδίο των αρμοδιοτήτων του. Αυτό μπορεί να συμβεί για πολλούς λόγους, όπως παραδείγματος χάριν λόγω υπερβολικής σωματικής κόπωσης, κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών, ψυχολογικών ή άλλων

---

<sup>173</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 321 επ., Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 322 επ.

<sup>174</sup> Βλ. Ανδρουλάκη Ν., Γενικό Μέρος Ι, ό.α.π., σ. 322 επ.

<sup>175</sup> Βλ. Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 61 επ.

προβλημάτων που οδηγούν σε αδυναμία συγκέντρωσης, ύπαρξης εμφανών δειγμάτων ασυνέπειας κατά την ανάληψη τέτοιου είδους εγχειρημάτων ή ελλιπούς κατάρτισης κτλ. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός οφείλει να ζητήσει την αντικατάσταση του συνεργάτη του ή την αναβολή της προγραμματισμένης ιατρικής πράξεως, εφόσον αυτή δεν είναι επείγουσα, διότι διαφορετικά (εάν δηλαδή αδιαφορήσει και προχωρήσει παρόλα αυτά στο εγχείρημα μαζί με τον εμφανώς αδυνατούντα να το διεκπεραιώσει συνάδελφό του), θα ευθύνεται και ο ίδιος για *αμέλεια κατά την ανάληψη του εγχειρήματος*, εφόσον από σφάλμα του συνεργάτη του τελικώς πράγματι επέλθει βλάβη στην υγεία του ασθενούς<sup>176</sup>.

Απέναντι στην εφαρμογή της «αρχής της εμπιστοσύνης» στις περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων και γενικότερα ιατρικών πράξεων, θα μπορούσε κανείς να αντιτείνει το επιχείρημα ότι, με τον καταμερισμό καθηκόντων και την εξ αυτού απορρέουσα ανεξάρτητη θεώρηση της δράσης καθενός εκ των πλειόνων συνεργαζομένων, στερείται ο ασθενής τη δυνατότητα δημιουργίας πολλαπλών “δικλείδων ασφαλείας” ως προς την αποφυγή ενός ανεπιθύμητου για την υγεία του αποτελέσματος, αφού οι ενέργειες κάθε ιατρού παραμένουν ανέλεγκτες από τους λοιπούς. Ωστόσο, το επιχείρημα αυτό δεν μπορεί να σταθεί και να παραγκωνίσει την αξία και την ανάγκη εφαρμογής της αρχής της εμπιστοσύνης και του καταμερισμού εργασίας, ιδίως σε τομείς απαιτητικούς και πολύπλοκους, όπως αυτοί των ιατρικών επεμβάσεων, όπου εκ των πραγμάτων είναι αναγκαία η υψηλή εξειδίκευση κάθε προσώπου που μετέχει και ο προσανατολισμός του σε συγκεκριμένο πεδίο δράσης. Υπό την αντίθετη παραδοχή, εάν δηλαδή υποχρεώναμε τον κάθε ιατρό, όχι μόνο να τηρεί τους πολυάριθμους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, αλλά και να επιβλέπει παράλληλα την τήρησή τους από τους άλλους, πέραν του ότι θα υπερφορτώναμε δυσβάσταχτα το έργο του, τελικώς θα καθιστούσαμε αδύνατο και το να το φέρει ικανοποιητικά εις πέρας, αφού η οφειλόμενη επίδειξη διαρκούς εγρήγορσης προς τις πράξεις των άλλων, θα εμπόδιζε εν τέλει αναπόφευκτα την προσήλωση στις δικές του πράξεις. Κατά τα ανωτέρω, ιδιαίτερος εύστοχη κρίνεται η παρατήρηση του *Stratenwerth* ότι “Ένας γιατρός που πολυπραγμονεί επί των πάντων, μπορεί να αποφύγει την ποινική μομφή της ελλείψεως επιμέλειας, θα είναι όμως δύσκολο να είναι καλός γιατρός!”<sup>177</sup>.

---

<sup>176</sup> Βλ. *Καΐαφα- Γκμπάντι Μ.*, Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 61 επ.

<sup>177</sup> Βλ. *Ανδρουλάκη Ν.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 323.

### 6.3. Κάθετη κατανομή αρμοδιοτήτων

Κάθετη κατανομή καθηκόντων έχουμε, όπως προελέχθη, σε περιπτώσεις υπαρξής ιεραρχικής εξάρτησης μεταξύ των περισσότερων συνεργαζόμενων προσώπων, οπότε και κάποιος είναι αρμόδιος να επιβλέπει και να καθοδηγεί τους λοιπούς. Η «αρχή της εμπιστοσύνης», έχει εφαρμογή και στην περίπτωση της κάθετης κατανομής αρμοδιοτήτων, σε αυτή την περίπτωση όμως μονομερώς, δηλαδή αποκλειστικά από μέρους του ιεραρχικά κατώτερου προς τον ιεραρχικά ανώτερο και ποτέ το αντίστροφο<sup>178</sup>.

Περίπτωση κάθετης κατανομής καθηκόντων έχουμε κατεξοχήν στην περίπτωση των ειδικευόμενων ιατρών οι οποίοι τελούν υπό τον διαρκή έλεγχο και εποπτεία των ειδικών. Πιο συγκεκριμένα αυτοί, έχοντας λάβει το πτυχίο της Ιατρικής δεσμεύονται μεν από τις γενικές επιταγές του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και οφείλουν να πράττουν τα δέοντα “για την προστασία της υγείας του ασθενούς” (άρ. 9 παρ. 1 ΚΙΔ), από την άλλη ωστόσο, με την πρακτική τους άσκηση σκοπούν και στην απόκτηση επαγγελματικής εμπειρίας, οπότε η θέση τους είναι υπό αυτή την έννοια θα λέγαμε κάπως “ιδιάζουσα”<sup>179</sup>. Σε κάθε περίπτωση, η ζωή και η υγεία του ανθρώπου αποτελούν τα υπέρτατα έννομα αγαθά και η προστασία τους συνιστά πρώτιστο καθήκον κάθε ιατρού, οπότε ο παιδευτικός ρόλος της άσκησης των νέων ιατρών αναμφισβήτητα υποχωρεί πάντα έναντι της προστασίας των συμφερόντων του ασθενούς<sup>180</sup>.

Οι ειδικευόμενοι ιατροί κατά τα ανωτέρω, δεν μπορούν να παίρνουν πρωτοβουλίες και να δρουν κατά το δοκούν, αλλά οφείλουν να ακολουθούν τις οδηγίες των ανωτέρων τους, έμπειρων ιατρών και να διεξάγουν τις ιατρικές πράξεις μόνο υπό την εποπτεία τους. Εάν δε οι τελευταίοι παραλείψουν την εποπτεία αυτή, υπέχουν οι ίδιοι ευθύνης για την όποια πλημμελή συμπεριφορά των ειδικευόμενων, εφόσον οδήγησε σε βλάβη των εννόμων αγαθών του ασθενούς. Από την άλλη, ποινική ευθύνη αποκλειστικά στο πρόσωπο του ειδικευόμενου και όχι του ειδικού ιατρού, θεμελιώνεται για σφάλματά του κατά τη διάρκεια ιατρικών πράξεων τις οποίες μπορεί να διενεργεί αυτοδύναμα, ήτοι αυτές για τις οποίες το πτυχίο της Ιατρικής τον καθιστά

<sup>178</sup> Βλ. ενδεικτικά ΑΠ 1659/2003, ΠοινΔικ 2004, σ. 386 επ.

<sup>179</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 102 επ.

<sup>180</sup> Βλ. ενδ. ΣτΕ 72/2003, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

ικανό (π.χ. λήψη αίματος, χορήγηση μίας απλής φαρμακευτικής αγωγής) ή για τις οποίες έχει λάβει επαρκή εκπαίδευση ανάλογα με το στάδιο της ειδικεύσεώς του. Και πάλι ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι, εάν τα ελλείματα γνώσεων ή ικανοτήτων του, ακόμα και για αυτές τις πράξεις, είναι εμφανή, η υποχρέωση εποπτείας των ειδικών ιατρών επεκτείνεται και σε αυτές<sup>181</sup>. Ομοίως, ποινική ευθύνη στο πρόσωπο του ειδικευόμενου θα συντρέχει όταν αυτός, κρίνοντας εσφαλμένα ότι οι γνώσεις του επαρκούν, αναλαμβάνει μόνος του τη διενέργεια ιατρικής πράξεως, χωρίς να παραπέμψει τον ασθενή στον ειδικό ιατρό ή σε περίπτωση εφημερίας στον εφημερεύοντα ειδικό ιατρό ή όταν αδικαιολόγητα καθυστερεί ή παραλείπει να τον ενημερώσει για το περιστατικό με βλαπτικό για την υγεία του ασθενούς αποτέλεσμα. Αντιθέτως, εφόσον ο ειδικευόμενος ενημερώσει ως όφειλε τον εποπτεύοντα ιατρό και ακολουθήσει με ακρίβεια τις οδηγίες του, δεν μπορεί να του καταλογισθεί όποιο ενδεχόμενο σφάλμα, παρά μόνο εάν υπήρχαν σαφείς ενδείξεις (ακόμα και για έναν ιατρό με την εμπειρία του συγκεκριμένου ειδικευόμενου), ότι οι οδηγίες αυτές ήταν λανθασμένες<sup>182</sup>. Επομένως, αμέλεια περί την ανάληψη θα έχουμε από πλευράς ειδικευόμενου ιατρού, κάθε φορά που αυτός αυτοβούλως διενεργεί μία ιατρική πράξη ως προς την οποία δεν διαθέτει τις απαραίτητες ικανότητες και αντίστοιχα αμέλεια περί την ανάθεση θα συντρέχει (μεμονωμένα ή παράλληλα με την αμέλεια περί την ανάληψη του ειδικευόμενου) από πλευράς ειδικού ιατρού, όποτε αυτός αναθέτει μία τέτοια πράξη στον, εμφανώς ανίκανο προς τη διεξαγωγή της, ειδικευόμενο.

Παρόμοια είναι και η σχέση μεταξύ ειδικών ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ακολουθεί πάντα τις οδηγίες των ιατρών και μπορεί να ενεργεί αυτοδύναμα μόνο τις πράξεις που εμπίπτουν στο δικό του αμιγώς πεδίο αρμοδιοτήτων, για τις οποίες έχει λάβει επαρκή εκπαίδευση (π.χ. αποστείρωση χειρουργικών εργαλείων, αλλαγή γαζών σε τραύματα κτλ.). Εμφανής ανεπάρκεια γνώσεων ή ικανοτήτων θεμελιώνει πάλι υποχρέωση εποπτείας του ιατρού, ακόμα και για τις πράξεις αυτές και ακολούθως ευθύνη του, εάν επιλέξει να προχωρήσει στη διενέργεια ιατρικής πράξης με τον εμφανώς αδυνατούντα να τη χειριστεί νοσηλευτή.

Τέλος, άλλη μία περίπτωση κατανομής αρμοδιοτήτων, είναι αυτή μεταξύ των τεχνικών που φροντίζουν τα ιατρικά μηχανήματα και των ιατρών και νοσηλευτών που

---

<sup>181</sup> Βλ. *Καϊάφα- Γκμπάντι Μ.*, Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 62.

<sup>182</sup> Βλ. *Λιούρδη Α.*, Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 103 επ.

τα χρησιμοποιούν. Είναι προφανές ότι οι ιατροί όπως και τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού, δεν απαιτείται να έχουν ειδικές τεχνικές γνώσεις. Υπεύθυνοι για την τοποθέτηση, συντήρηση και καλή λειτουργία των διαφόρων μηχανημάτων είναι αποκλειστικά οι αρμόδιοι τεχνικοί. Ωστόσο, αυτό που εμπίπτει στο πεδίο αρμοδιοτήτων των ίδιων των ιατρών και νοσηλευτών, είναι η γνώση ορθής χρήσης τους, καθώς και η ικανότητα αναγνώρισης κακών ενδείξεων λειτουργίας τους, που μπορεί να καθιστά τη χρήση τους επικίνδυνη. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οφείλουν να μη χρησιμοποιούν τα μηχανήματα, έως ότου ελεγχθούν και επισκευασθούν από ειδικό, άλλως πιθανή προκληθείσα από αυτά βλάβη σε ασθενή, δύναται να θεμελιώσει ευθύνη τους για σωματική βλάβη ή ανθρωποκτονία από αμέλεια (περί την ανάληψη του εγχειρήματος)<sup>183</sup>.

## **7. Συγκλίνουσα ιατρική αμέλεια σε περιπτώσεις ιατροχειρουργικών επεμβάσεων**

### **7.1. Έννοια και προβληματική της συγκλίνουσας ιατρικής αμέλειας**

Ως εγκλήματα συγκλίνουσας δράσης γενικά, νοούνται αυτά στα οποία πλείονες αυτουργοί κατατείνουν με την πράξη τους στο αυτό αποτέλεσμα<sup>184</sup>. Όταν οι πλείονες αυτουργοί δρουν από αμέλεια, εφόσον φυσικά το αποτέλεσμα τελεί κατά τα ανωτέρω σε αιτιώδη σύνδεσμο με τη συμπεριφορά τους, θα ευθύνονται ως παραουργοί, δηλαδή ο καθένας αυτοτελώς και ανεξαρτήτως των άλλων, κατά το λόγο της αμέλειας που επιδείχθηκε από μέρος του<sup>185</sup>. Η βασική διαφορά της παραουργίας ως μορφής συγκλίνουσας δράσης, από τη συναουργία του άρ. 45 ΠΚ<sup>186</sup>, βασικά γνωρίσματα της οποίας (συναουργίας) είναι η *συναπόφαση* και η *συνεκτέλεση*<sup>187</sup>, είναι ακριβώς ότι στην πρώτη ελλείπει το στοιχείο της συναπόφασης, της βούλησης δηλαδή από πλευράς των δραστών για ταυτόχρονη από κοινού τέλεση του εγκλήματος<sup>188</sup>. Εν προκειμένω, οι δράστες δρουν μεν παράλληλα και οι πράξεις τους κατατείνουν στο αυτό

---

<sup>183</sup> Βλ. *Καΐάφα- Γκμπάντι Μ.*, Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 76 επ.

<sup>184</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος Ι, ό.π., σ. 172 επ.

<sup>185</sup> Βλ. *Χαραλαμπίκη Α.*, Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ.293 επ.

<sup>186</sup> Βλ. άρ. 45 ΠΚ κατά το οποίο “*Αν δύο ή περισσότεροι τέλεσαν από κοινού αξιόποινη πράξη, καθένας τους τιμωρείται ως αυτουργός της πράξης*”.

<sup>187</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος ΙΙ, ό.π., σ. 149 επ.

<sup>188</sup> Βλ. *Μυλωνόπουλου Χ.*, Γενικό Μέρος ΙΙ, ό.α.π., σ. 125 επ.

αποτέλεσμα, ωστόσο διαπράττουν το έγκλημα καθένας με ξεχωριστή, αυτοτελή απόφαση (ή ελλείπει οιασδήποτε απόφασης εάν πρόκειται για εξ αμελείας τελούμενο έγκλημα) και χωρίς βούληση συνδρομής στην πράξη του άλλου.

Επομένως κατά τα ανωτέρω, στις περιπτώσεις εμπλοκής πλειόνων ιατρών σε ένα περιστατικό, εφόσον συντρέχουν τα στοιχεία της αντικειμενικής και υποκειμενικής υπόστασης του εξ αμελείας εγκλήματος (όπως αυτά σε προηγούμενο κεφάλαιο εκτενώς αναλύθηκαν) στο πρόσωπο όχι ενός αλλά περισσότερων εξ αυτών, τότε κάθε ένας τους θα ευθύνεται αυτοτελώς, ανεξαρτήτως των υπολοίπων, για τη δική του αμελή συμπεριφορά, ως παραουργός του εγκλήματος.

Σε περιπτώσεις συγκλίνουσας αμέλειας, τα πιο δύσκολα δογματικά ζητήματα αναφέρονται σε σχέση με την *έρευνα της αιτιώδους συνάφειας* μεταξύ κάθε μίας εκ των περισσότερων πράξεων (ενεργειών ή παραλείψεων) και του αποτελέσματος. Η αρεοπαγίτικη νομολογία, όπως ήδη αναφέρθηκε, για την κατάφαση αιτιώδους συνδέσμου γενικά, ακολουθεί τη γνωστή «θεωρία του ισοδυνάμου των όρων», ελαφρώς παραλλαγμένη, με την προσθήκη και κάποιων αξιολογικών-δεοντολογικών στοιχείων (πέραν των αμιγώς οντολογικών), όπως της “άμεσης” ή “ενεργού” αιτίας. Έτσι, κατά πάγια θέση αυτής, κάθε ένας ιατρός ευθύνεται για το αποτέλεσμα, εφόσον, κατά την κοινή αντίληψη, η πράξη του από μόνη της (ανεξάρτητη δράση) ή μαζί με την πράξη άλλου (αλληλεξαρτώμενη δράση), τελεί σε σχέση άμεσης αιτιότητας προς το αποτέλεσμα<sup>189</sup>. Στην πραγματικότητα βέβαια, η νοητική διεργασία που ακολουθείται προκειμένου να καταλήξει κανείς στην ύπαρξη “άμεσης” αιτιότητας, δεν αποτελεί παρά μόνον εφαρμογή της θεωρίας του αντικειμενικού καταλογισμού, ακόμη και αν αυτό δεν γίνεται πάντα συνειδητά από τον εφαρμοστή του δικαίου, αφού για τη διαπίστωση της απαιτούμενης “αμεσότητας” (που ως νομική έννοια είναι παντελώς αόριστη), διερευνάται επί της ουσίας εάν το αποτέλεσμα συνιστά πραγμάτωση του κινδύνου εκείνου που έθεσε ο συγκεκριμένος δράστης, εάν δηλαδή μπορεί να αποδοθεί σε δικό του “έργο”.

Περαιτέρω, η συγκλίνουσα αμέλεια μεταξύ των περισσότερων ιατρών μπορεί να είναι *διαδοχική* ή *ταυτόχρονη*. Σε περιπτώσεις αλληλοδιαδοχικής δράσης, έχει ιδιαίτερη σημασία να εξετάσουμε το *ακριβές χρονικό σημείο* στο οποίο επελήφθη του περιστατικού ο κάθε ιατρός, διότι εάν κλήθηκε να δράσει σε σημείο που ήταν ήδη αργά

---

<sup>189</sup> Βλ. Αλαπάντα Α., Ο αιτιώδης σύνδεσμος στην ποινική ιατρική ευθύνη, Ζητήματα εφαρμογής των θεωριών του ισοδυνάμου των όρων και του αντικειμενικού καταλογισμού, ΕΛΛΔικ 2017, τ. 4, σ. 1011 επ., με περαιτέρω παραπομπές.

για τον ασθενή και δεν υπήρχε αντικειμενική δυνατότητα να ανακόψει την πορεία του προς το συγκεκριμένο αποτέλεσμα (θάνατο/ βλάβη της υγείας του, υπό τις περιστάσεις που τελικώς επήλθε), τότε η όποια πράξη ή παράλειψή του δεν δύναται να θεωρηθεί, κατά τη θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού και αίτιο του αποτελέσματος, αφού με το αποτέλεσμα δεν πραγματώθηκε ο κίνδυνος που έθεσε αυτός, αλλά αποκλειστικά ο προηγούμενος δράστης<sup>190</sup>.

Συναφές, πολύ σημαντικό θέμα, που συνδέεται αρρήκτως με την κατανομή της ποινικής ευθύνης σε περιπτώσεις συγκλίνουσας δράσης πλειόνων ιατρών, είναι αυτό της *διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου*, η οποία, όταν καταγιγνώσκεται, αποκλείει τον καταλογισμό του εγκληματικού αποτελέσματος στον δράστη της χρονικά προγενέστερης πράξης και επιβάλλει την τιμώρηση μόνο αυτού που έδρασε τελευταίος, εγκαινιάζοντας μία νέα αιτιώδη διαδρομή. Σχετικά με το ζήτημα, πρέπει να αναφερθεί ότι παλαιότερα υποστηριζόταν έντονα η «θεωρία της απαγόρευσης αναδρομής», βάσει της οποίας θεωρούνταν ότι, ο αιτιώδης σύνδεσμος διακόπτεται και το αποτέλεσμα δεν καταλογίζεται στον υπό κρίσιν δράστη, όποτε μεταξύ της πράξης του και του αποτελέσματος παρεμβάλλεται (δόλια ή αμελής) πράξη άλλου προσώπου. Ωστόσο, και ορθώς, η άποψη αυτή σήμερα αποκρούεται από την επιστήμη, με το σκεπτικό ότι όλοι οι όροι που οδηγούν σε ένα αποτέλεσμα είναι ισοδύναμοι (θεωρία του ισοδυνάμου των όρων). Αυτό που επομένως έχει σημασία, για να αποδώσουμε ευθύνη στον δράστη είναι, εάν με την νέα παρεμβαλλόμενη πράξη *συνεχίζεται η ίδια αιτιώδης διαδρομή* ή όχι. Εφόσον αυτό συμβαίνει, με το αποτέλεσμα πραγματώνεται ο κίνδυνος που έθεσε ο αρχικός δράστης και ο αιτιώδης σύνδεσμος δεν έχει διακοπεί. Πρακτικό κριτήριο για την κατάφαση συνέχισης της ίδιας αιτιώδους διαδρομής δε, αποτελεί ακριβώς το γεγονός ότι με την προγενέστερη πράξη *δόθηκε αφορμή* για τέλεση της μεταγενέστερης, η τελευταία δηλαδή *κατέστη δυνατή* το πρώτον μετά από αυτήν. Αντίθετα, διακοπή αιτιώδους συνδέσμου έχουμε όποτε μία πράξη εγκαινιάζει νέα αιτιώδη διαδρομή, έτσι ώστε να επιφέρει το αποτέλεσμα αυτοτελώς και ανεξάρτητα από αυτήν που έλαβε προγενέστερα χώρα. Αυτές είναι οι περιπτώσεις της λεγόμενης “*υπερκερασμένης*” ή άλλως “*ζεπερασμένης*” *αιτιότητας*, στις οποίες -και μόνον- απαγορεύεται η αναδρομή στον προηγούμενο όρο<sup>191</sup>.

---

<sup>190</sup> Βλ. Αλαπάντα Α., Ο αιτιώδης σύνδεσμος στην ποινική ιατρική ευθύνη, ό.π., σ. 1012 επ.

<sup>191</sup> Βλ. Μυλωνόπουλου Χ., Γενικό Μέρος Ι., σ.183 επ.

Η διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου, αποτελεί σύνηθες επιχείρημα των κατηγορούμενων ιατρών, οι οποίοι έτσι προσπαθούν να απαλλαγούν των ευθυνών για το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα του θανάτου ή της σωματικής βλάβης ασθενούς. Ωστόσο, για να γίνει δεκτός ο ισχυρισμός αυτός, πρέπει να καταφαιθεί ότι το αποτέλεσμα δεν συνιστά πραγμάτωση του κινδύνου που έθεσε ο ιατρός με την αμελή πράξη ή ενέργειά του, αλλά ενός άλλου, κείμενου παντελώς εκτός του πεδίου ελέγχου και επιρροής του. Πρέπει δηλαδή να αποδειχθεί ότι, η νέα πράξη που παρεμβλήθηκε μεταξύ της αρχικής πράξης του ιατρού και του βλαπτικού αποτελέσματος, εγκαινίασε μία νέα αιτιώδη διαδρομή και προκάλεσε το αποτέλεσμα ανεξάρτητα από την προηγούμενη και πριν ακόμα αυτή προλάβει να παράγει τα αποτελέσματά της. Υπό την έννοια αυτή, της μη κατάφασης αιτιώδους συνδέσμου όταν πραγματώνεται άλλος κίνδυνος από αυτόν που έθεσε ο αρχικός δράστης- ιατρός, στις περιπτώσεις διακοπής του αιτιώδους συνδέσμου βρίσκει και πάλι εφαρμογή η θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού<sup>192</sup>.

Τέλος, να σημειωθεί ότι εμπλοκή πλειόνων ιατρών σε ένα και το αυτό περιστατικό, μπορεί να έχουμε τόσο υπό την μορφή *de facto* (εν τοις πράγμασι) συνεργασίας, όσο και υπό την μορφή της λεγόμενης «συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας», όπου δύο ή περισσότεροι ιατροί παρέχουν, ο καθένας ανάλογα την ειδικότητα και τον τομέα προσωπικής του δραστηριότητας, από κοινού μία συνολική ιατρική υπηρεσία<sup>193</sup>. Κλασική τέτοια περίπτωση, συνεργασίας περισσότερων ιατρών στα πλαίσια μίας ομάδας, αποτελούν οι ιατροχειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες και θα αποτελέσουν εφεξής το επίκεντρο του ενδιαφέροντός μας.

## **7.2. Ειδικότερα η ποινική ευθύνη του χειρουργού στα επί μέρους στάδια της επέμβασης**

Όταν γίνεται λόγος για ιατρική αμέλεια κατά τη διάρκεια ιατροχειρουργικής επέμβασης, νοείται η ευθύνη του ιατρού που απορρέει τόσο από το *εγχειρητικό*, όσο και από το *προεγχειρητικό* και *μετεγχειρητικό* στάδιο, τα οποία, κατά πάγια θέση της νομολογίας<sup>194</sup>, αποτελούν μία αδιάσπαστη ολότητα και σε κάθε περίπτωση εμπίπτουν στο πεδίο συνολικής αρμοδιότητας του θεράποντος χειρουργού (ή και αναισθησιολόγου) ιατρού, που ανέλαβε το εγχείρημα.

<sup>192</sup> Βλ. Αλαπάντα Α., ο αιτιώδης σύνδεσμος στην ποινική ιατρική ευθύνη, ό.π., σ. 1012 επ.

<sup>193</sup> Βλ. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ.293 επ.

<sup>194</sup> Βλ. ενδ. ΑΠ 1057/2016, ΑΠ 1019/2016, ΑΠ 971/ 2013 ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.



Συγκεκριμένα, το στάδιο πριν την επέμβαση περιλαμβάνει τον απαραίτητο προεγχειρητικό έλεγχο, ήτοι τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς και την υποβολή του στις αναγκαίες αιματολογικές, καρδιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Ο θεράπων χειρουργός ιατρός, έχει το καθήκον αξιολόγησης των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις εξετάσεις αυτές καθώς και της επιλογής της ενδεδειγμένης μεθόδου ιατροχειρουργικής επέμβασης που θα ακολουθηθεί, εφόσον υπάρχουν περισσότερες από μία κοινώς παραδεκτές. Επίσης, βάσει του ιστορικού και των εξετάσεων του κάθε ασθενούς, ο χειρουργός οφείλει να προβλέψει τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να παρουσιάσει κατά τη διενέργεια της επέμβασης, ώστε να εξασφαλίσει τα κατάλληλα μέσα προς αντιμετώπισίν τους. Κατά τα ανωτέρω, στο στάδιο αυτό, η αμέλεια του ιατρού μπορεί να έχει τη μορφή «διαγνωστικού σφάλματος», εφόσον η λήψη του ιστορικού γίνει πλημμελώς, δεν παραγγελθούν οι απαραίτητες κλινικές εξετάσεις, ή τα αποτελέσματά τους αξιολογηθούν εσφαλμένως από τον ιατρό, ή «θεραπευτικής αστοχίας» εάν επιλεγθεί από τον ιατρό η εφαρμογή λανθασμένης χειρουργικής μεθόδου. Το “λανθασμένο” ή μη της μεθόδου πάντως, σε κάθε περίπτωση, κρίνεται βάσει των γενικώς παραδεδεδεγμένων κανόνων της ιατρικής επιστήμης και έτσι, εφόσον επιλεγεί μία επεμβατική μέθοδος που συμβαδίζει με αυτούς, ο ιατρός δεν μπορεί να κατηγορηθεί για το γεγονός ότι δεν εφήρμοσε άλλη, ομοίως παραδεκτή μέθοδο, που ενδέχεται, να είχε καλύτερα αποτελέσματα. Περαιτέρω το «διαγνωστικό σφάλμα» διακρίνεται από τη «διαγνωστική πλάνη», καθότι, στην δεύτερη αυτή περίπτωση, ο ιατρός έχει καταλήξει μεν σε κάποιο λανθασμένο συμπέρασμα σχετικά με το πρόβλημα υγείας του ασθενούς, χωρίς όμως να έχει επιδείξει με οποιονδήποτε τρόπο αμελή συμπεριφορά, οπότε και δεν υπέχει ποινικής ευθύνης. Αυτό συμβαίνει σε περιπτώσεις ασθενειών που εκδηλώνονται με την ίδια σχεδόν συμπτωματολογία και εμφανίζουν την ίδια κλινική εικόνα κατά τη διενέργεια εξετάσεων, οπότε και η “πλάνη” του ιατρού κρίνεται εν προκειμένω δικαιολογημένη<sup>195</sup>.

Στο καθαυτό εγχειρητικό στάδιο, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, ανήκουν οι πράξεις εκείνες του ιατρού που συνδέονται στενά με την ίδια τη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης (διάνοιξη τομής, επέμβαση σε όργανα του ασθενούς, συρραφή τραύματος κτλ.). Εδώ η ευθύνη του χειρουργο μπορεί να προκύπτει διότι δεν τήρησε κατά τη διενέργεια των πράξεων αυτών τους κανόνες επιμελείας που απορρέουν από την ιατρική επιστήμη και την ειδικότητά του. Πολλές φορές δε, κατά

---

<sup>195</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.π., σ. 53 επ.

τη διάρκεια του χειρουργείου ανακύπτουν απρόβλεπτες καταστάσεις, μη διαγνώσιμες εκ των προτέρων, που απαιτούν άμεσες και αποτελεσματικές ενέργειες του ιατρού ώστε η επέμβαση να έχει θετική έκβαση και να ολοκληρωθεί επιτυχώς<sup>196</sup>. Χρειάζεται επομένως ιδιαίτερη προσοχή και ετοιμότητα από πλευράς του για την αντιμετώπιση και τέτοιων εκτάκτων περιστατικών, άλλως μπορεί να του καταλογισθεί ευθύνη για όποια πιθανή βλάβη επέλθει στην υγεία του ασθενούς.

Τελευταίο, και ίσως πιο κρίσιμο από όλα, είναι το μετεγχειρητικό στάδιο, κατά το οποίο ο θεράπων ιατρός που διεξήγαγε την επέμβαση, οφείλει να παρακολουθεί την μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς, έως την πλήρη αποθεραπεία του. Στο στάδιο αυτό, ελλοχεύουν οι περισσότεροι κίνδυνοι για τον χειρουργό ιατρό, λόγω του αόριστου χρονικού διαστήματος κατά το οποίο οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του στον ασθενή και ιδίως διότι αυτό το διάστημα μπορεί να διαρκεί και μετά τη χορήγηση εξιτηρίου από το νοσοκομείο, οπότε και αναγκαστικά η ιατρική παρακολούθηση καθίσταται δυσκολότερη και πιο “χαλαρή”<sup>197</sup>. Όπως διαπιστώνει κανείς και με απλή επισκόπηση της νομολογίας, εξαιρετικά συνήθεις είναι οι περιπτώσεις εμφάνισης επιπλοκών κατά το μετεγχειρητικό στάδιο, ενώ επίσης πολύ συχνό είναι το φαινόμενο να καταλογισθεί ευθύνη στον χειρουργό ιατρό επειδή δεν παρακολούθησε στενά τον ασθενή μετά το χειρουργείο, δεν διέγνωσε τα συμπτώματά του έγκαιρα, δεν επέλεξε ορθή θεραπευτική μέθοδο κτλ. Τέλος, σε περιπτώσεις που επιβάλλεται μετά την εγχείρηση ακινησία για μεγάλο χρονικό διάστημα, σημαντικό είναι ο επιληφθείς χειρουργός ιατρός να φροντίσει, με υπόδειξη των κατάλληλων προληπτικών μέτρων, ώστε ο ασθενής να μην εκδηλώσει ανεπιθύμητα συμπτώματα όπως κατάκλιση, ατροφία των μυών και θρομβώσεις.

### **7.3. Νομολογία**

Παρότι παλαιότερα η ευθύνη για οποιοδήποτε ανεπιθύμητο αποτέλεσμα κατά τη διάρκεια μίας χειρουργικής επεμβάσεως, αποδιδόταν μόνο στον χειρουργό ιατρό, διότι αυτός ασκούσε τη γενική εποπτεία εντός του χειρουργείου, ενώ επίσης ήταν ο αποκλειστικά αρμόδιος για την επιλογή των συνεργατών του, σήμερα οι σύγχρονες εξελίξεις στον τομέα της ιατρικής έχουν οδηγήσει, όπως και ανωτέρω αναφέρθηκε, σε

---

<sup>196</sup> Βλ. Λιούρδη Α., ό.π., σ. 55 επ.

<sup>197</sup> Βλ. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, ό.α.π., σ. 56 επ.

ένα νέο τρόπο θεώρησης της ιατρικής πρακτικής, με ισότιμη συνεργασία περισσότερων προσώπων, στα πλαίσια της λεγόμενης “ιατρικής της ομάδας”. Κατά τα ανωτέρω, πέραν κάποιων περιπτώσεων αποδιδόμενων σε σαφές σφάλμα μόνο ενός εκ των περισσότερων μελών της ομάδας (που πάντως όπως προκύπτει από συγκριτική επισκόπηση της νομολογίας αποτελούν τη μειοψηφία), όπως παραδείγματος χάριν πρόκληση τραυματισμού ή θανάτου ασθενούς από καθαρά τεχνικό σφάλμα του χειρουργού<sup>198</sup>, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων καταγιγνώσκεται *συγκλίνουσα αμέλεια περισσότερων ιατρών*, από αυτούς που συμμετείχαν από κοινού στη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης (τόσο σε εγχειρητικό, όσο και προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο). Συνηθέστερες είναι δε, οι περιπτώσεις κατάφασης συγκλίνουσας ευθύνης του *χειρουργού* και του *αναισθησιολόγου ιατρού*<sup>199</sup>, που αναγκαστικώς συμπράττουν για την καλή έκβαση του εγχειρήματος, αφού ο πρώτος διενεργεί την αναγκαία ιατρική πράξη και οφείλει να εποπτεύει γενικά την πορεία της επέμβασης, ενώ ο δεύτερος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της ομαλής λειτουργίας των ζωτικών οργάνων του ασθενούς και αντιστοίχως την επιτυχή νάρκωση, αφύπνιση και ανάνηψη του<sup>200</sup>.

Μία τέτοια περίπτωση, έχουμε στην **ΑΠ 1800/2016**<sup>201</sup>, με την οποία το Ακυρωτικό Δικαστήριο επικυρώνει την κρίση του δευτεροβάθμιου, για καταδίκη των δύο ειδικών ιατρών, *χειρουργού- ουρολόγου* και *αναισθησιολόγου*, λόγω συντρέχουσας αμέλειάς στο πρόσωπό τους, εξαιτίας της οποίας επήλθε ο θάνατος του ασθενούς. Συγκεκριμένα, κατά τα γενόμενα δεκτά από το Δικαστήριο, ο ασθενής προσήλθε αργά το βράδυ στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, παραπονούμενος για έντονο πόνο στο όσχεο και την κοιλιακή χώρα. Εκεί εξετάστηκε από έναν εφημερεύοντα ειδικευόμενο ιατρό, ο οποίος διένυε τότε τον 4<sup>ο</sup> μήνα της πρακτικής ειδικεύσεώς του στο χειρουργικό

---

<sup>198</sup> Βλ. σχετικά ΑΠ 1720/2010, ΠοινΧρ 2011, σ. 679 επ., κατά την οποία καταδικάστηκε μόνο ο χειρουργός ιατρός και όχι ο αναισθησιολόγος που συμμετείχε στην επέμβαση, διότι από αδέξιο χειρισμό χειρουργικού εργαλείου επέφερε τρώση των λαγονίων φλεβών της παθούσας, προκαλώντας της κατ’ αυτό τον τρόπο μόνιμη σωματική βλάβη, ΕφΘεσσαλ 3127/2009, Αρμ. 2010, σ. 1872 επ., όπου χειρουργός ιατρός καταδικάστηκε διότι από λανθασμένο χειρισμό του ειδικού χειρουργικού εργαλείου αμυγδαλεκτομής, προκάλεσε στον ασθενή ιατρογενείς κακώσεις πέραν του φυσιολογικού στην περιοχή του στοματοφάρυγγα, ΑΠ 543/2008, Ποιν/Λογ 2008, σ. 374 επ., σύμφωνα με την οποία ο χειρουργός ιατρός σε εγχείρηση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής, εισήγαγε το trocar χωρίς προσοχή, βίαια και με αδέξιο χειρισμό στην κοιλία της ασθενούς, με συνέπεια να προκαλέσει σ’ αυτήν διπλή τρώση της κοιλιακής αορτής και έντονη αιμορραγία, από την οποία και τελικά επήλθε ο θάνατός της.

<sup>199</sup> Βλ. ενδ. σκεπτικό της ΠλημμΑΘ 13873/2009, ΝοΒ 2009, σ. 1466 επ., όσον αφορά τη συγκλίνουσα αμέλεια χειρουργού και αναισθησιολόγου ιατρού.

<sup>200</sup> Βλ. *Χαραλαμπίκη Α.*, Ιατρική Ευθύνη, ό.π., σ. 293 επ.

<sup>201</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

τμήμα του νοσοκομείου και ο οποίος, μετά από ψηλάφηση, εκτίμησε ότι υπήρχε φλεγμονή στον δεξιό όρχι του ασθενούς, η οποία και μετά τη διενέργεια των απαραίτητων αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων, κρίθηκε πράγματι πιθανή. Ένεκα της εξέλιξης αυτής, παραγγέλθηκε τηλεφωνικώς από τον εφημερεύοντα ειδικό χειρουργό- ουρολόγο ιατρό (ο οποίος σημειωτέον απουσίαζε από το κτίριο του νοσοκομείου και δεν προσήλθε ούτε όταν ενημερώθηκε για το περιστατικό ώστε να το εξετάσει ο ίδιος), η εισαγωγή αυτού του τελευταίου στην ουρολογική κλινική και η διενέργεια όλων των εξετάσεων που προβλέπονται από το πρωτόκολλο εισαγωγής, ήτοι ακτινογραφία θώρακος και καρδιογράφημα, οι οποίες και όντως πραγματοποιήθηκαν. Κατόπιν, οι εξετάσεις εκτιμήθηκαν από τον ειδικό ως άνω ιατρό, (όταν μετά από πολύωρη καθυστέρηση προσήλθε εν τέλει στο νοσοκομείο) και κρίθηκαν καλές, ενώ περαιτέρω αυτός διέγινωσε ότι ο ασθενής έπασχε πιθανόν από συστροφή όρχεως, για τη διερεύνηση της οποίας χρειαζόταν άμεση χειρουργική επέμβαση. Έτσι ο ασθενής υπεβλήθη εν τέλει στην προτεινόμενη χειρουργική επέμβαση, στην οποία συμμετείχε και ειδικός αναισθησιολόγος, ο οποίος επίσης έλαβε γνώση του καρδιογραφήματος του ασθενούς, πλην όμως δεν διαπίστωσε και εκείνος κάτι ανησυχητικό. Ούτε δε κατά τη διάρκεια της επέμβασης, οπότε και ο ασθενής ήταν συνδεδεμένος με μόνιτορ, διαπίστωσε κάποια δυσλειτουργία στην καρδιακή λειτουργία αυτού. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, όπως εκ των υστέρων αποδείχθηκε, ο ασθενής ήδη από την άφιξή του στο νοσοκομείο είχε υποστεί οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το οποίο παρότι όφειλαν και μπορούσαν και οι δύο ως άνω ιατροί να διαγνώσουν από το καρδιογράφημα, από αμέλειά τους δεν το έπραξαν και προχώρησαν στην επέμβαση επιβαρύνοντας δραματικά την υγεία του ασθενούς. Έτι περαιτέρω, μετεγχειρητικά, όταν ο παθών εξεδήλωσε εντόνως ανησυχητικά συμπτώματα, αυτά επίσης δεν διαγνώστηκαν και δεν αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα από τους δύο θεράποντες ιατρούς, αφού ο μεν χειρουργός- ουρολόγος έφυγε από το νοσοκομείο αμέσως μετά τη διενέργεια της επέμβασης, αδιαφορώντας για τη μετεγχειρητική πορεία του ασθενούς, ο δε αναισθησιολόγος, που ήταν στο νοσοκομείο, αφενός εξέτασε καθυστερημένα τον παθόντα καθότι ήταν απασχολημένος σε άλλο χειρουργείο, αφετέρου, ακόμα και όταν τον εξέτασε, έκρινε λανθασμένα ότι τα συμπτώματα δεν ήταν ανησυχητικά και σταδιακά θα υποχωρούσαν. Όταν τελικώς δε, κατόπιν επίμονων τηλεφωνημάτων των συγγενών του παθόντος, ο χειρουργός ιατρός προσήλθε στο νοσοκομείο και διαπίστωσε την ανησυχητική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, είχε ήδη παρέλθει πολύτιμος χρόνος και η κατάσταση του είχε καταστεί μη αναστρέψιμη. Έτσι, παρότι

το πρόβλημα εν τέλει διαγνώσθηκε και έγιναν προσπάθειες αντιμετώπισης του με μεταφορά του ασθενούς σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο που διέθετε τα απαραίτητα μέσα, ώστε να λάβει χώρα η ενδεδειγμένη αγγειοπλαστική επέμβαση, αυτός δεν άντεξε και κατέληξε πριν τη διενέργειά της. Κατά τα ανωτέρω, ο Άρειος Πάγος, συντασσόμενος με την εφετειακή αλλά και την πρωτοβάθμια καταδικαστική απόφαση, δέχθηκε ότι εν προκειμένω υφίστατο συγκλίνουσα αμέλεια κατά παρατυργία του χειρουργού-ουρολόγου και του αναισθησιολόγου, για σειρά παραλείψεων τους, τόσο στο προεγχειρητικό, όσο και στο εγχειρητικό και μετεγχειρητικό στάδιο, που οδήγησαν στο θάνατο του ασθενούς.

Αντίστοιχα, η ΑΠ 230/2015<sup>202</sup>, έκρινε υπαίτιους για το θάνατο επιτόκου κατά τη διενέργεια επέμβασης καισαρικής τομής, τον *γυναικολόγο-μαιευτήρα ιατρό* και τον *αναισθησιολόγο*, οι οποίοι έδρασαν με συγκλίνουσα αμέλεια. Τα συγκεκριμένα πραγματικά περιστατικά ήταν τα εξής: Η παθούσα, έπασχε από σοβαρή καρδιοπάθεια (στένωση αορτικής βαλβίδας) και για αυτό το λόγο η εγκυμοσύνη της θεωρούνταν ως “υψηλού κινδύνου”. Ωστόσο, ο γυναικολόγος ιατρός που εξ αρχής ανέλαβε την παρακολούθησή της και ήταν πλήρως ενήμερος για το καρδιολογικό πρόβλημά της και τις συναφείς καρδιολογικές εξετάσεις στις οποίες είχε υποβληθεί έως τότε, επέτρεψε τη συνέχιση της εγκυμοσύνης της, υπό συνθήκες συνήθους εγκυμοσύνης και προγραμμάτισε τη διενέργεια της καισαρικής τομής, με τη συμπλήρωση του εννεαμήνου, σε ιδιωτική κλινική που δεν διέθετε καρδιολόγο, πολλώ δε μάλλον μονάδα εντατικής θεραπείας και διαθέσιμο καρδιοχειρουργό. Έτσι, εάν και είναι γνωστό βάσει στοιχειωδών δεδομένων της ιατρικής επιστήμης, ότι με την πρόοδο της κύησης αυξάνεται η αρτηριακή πίεση, στοιχείο σαφώς επιβαρυντικό για μία εγκυμονούσα πάσχουσα όπως εν προκειμένω από σοβαρό καρδιολογικό πρόβλημα, ο εν λόγω καταδικασθείς μαιευτήρ-γυναικολόγος δεν συνέστησε τη διενέργεια της καισαρικής τομής σε προγενέστερο χρόνο, μετά το επτάμηνο, ώστε να μην επιβαρυνθεί τόσο η αρτηριακή πίεση της ασθενούς, ενώ επιπλέον δεν φρόντισε η επέμβαση αυτή να διενεργηθεί σε οργανωμένη νοσοκομειακή μονάδα που να μπορεί να αντιμετωπίσει τις πιθανές, από τον αυξημένου κινδύνου τοκετό, επιπλοκές. Συνεπεία όλων των ανωτέρω παραλείψεων του εν λόγω ιατρού, η επίτοκος υπέστη, λόγω υπερβολικά αυξημένης αρτηριακής πίεσης, κάμψη σε έδαφος συγγενούς καρδιοπάθειας με συμπτώματα πνευμονικού οιδήματος αμέσως μετά τη διενέργεια της επέμβασης (κατά τη διάρκεια

---

<sup>202</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

συρραφής της τομής) και ελλείπει της απαραίτητης, κατά τα προαναφερόμενα, υποδομής για την αντιμετώπιση του περιστατικού, απεβίωσε αιφνιδίως λίγο μετά τον τοκετό.

Ο αναισθησιολόγος ιατρός από την άλλη πλευρά, κρίθηκε ομοίως ένοχος για το θάνατο της παθούσης, καθόσον, από έλλειψη προσοχής που όφειλε λόγω της ιδιότητάς του και μπορούσε λόγω της εγνωσμένης εμπειρίας του να καταβάλει, δεν αξιολόγησε ορθά την επικινδυνότητα του τοκετού της ανωτέρω επιτόκου ως καρδιοπαθούς, πάσχουσας από συγγενή δίπτυχη αορτική βαλβίδα, και ανέλαβε κατά την επέμβαση του τοκετού αυτής να ενεργήσει και ενήργησε (στην τελευταία) οσφυϊκή επισκληρίδιο αναισθησία, κατά παρέκκλιση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, παραβλέποντας τους κινδύνους που αυτή ενέχει για επιτόκους πάσχουσες από στένωση αορτικής βαλβίδος. Έτσι, λόγω της αγγειοδιαστολής και της αρνητικής δράσης των, κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού παρασχεθέντων αγγειοσυσπαστικών και μητροσυσπαστικών φαρμάκων και υγρών, επιβαρύνθηκε μοιραία η ήδη προβληματική καρδιακή λειτουργία της παθούσης, προκλήθηκε ελάττωση της οξυγόνωσης του αίματός της και αύξηση της πίεσεως της καρδιάς της με αιτιώδη συνέπεια αυτή να αναπτύξει, ως έγκυος με σοβαρή αορτική στένωση, συμπτώματα πνευμονικού οιδήματος, από το οποίο και επήλθε τελικώς ο αιφνίδιος θάνατός της, αμέσως μετά το πέρας της επέμβασης. Αντίθετα, εάν ο συγκεκριμένος καταδικασθείς είχε επιδείξει την επιμέλεια του μέσου συνετού ιατρού της ειδικότητάς του, όπως όφειλε και μπορούσε, έπρεπε να ακολουθήσει, στη συγκεκριμένη περίπτωση, τη χορήγηση γενικής αναισθησίας, η οποία ενδείκνυται ως ασφαλέστερη για την αποφυγή καρδιακών επιπλοκών σε επίτοκο με στένωση αορτικής βαλβίδας, καθόσον με τη χορήγηση ναρκωτικών και πτητικών αναισθητικών σε μικρές δόσεις και με ελεγχόμενο αερισμό, μπορεί να διατηρηθεί η φλεβική επιστροφή και η πλήρωση της αριστερής κοιλίας καθώς και η επαρκής οξυγόνωση του αίματος, με τη χρησιμοποίηση μηχανικού αερισμού με υψηλή συγκέντρωση οξυγόνου και κατά συνέπεια δύνανται να βελτιωθούν οι καρδιοπνευμονικές επιδόσεις. Επιπλέον, έγινε δεκτό ότι, ο εν λόγω αναισθησιολόγος, τελώντας σε γνώση του σοβαρού καρδιολογικού προβλήματος από το οποίο έπασχε η παθούσα, όφειλε να φροντίσει να έρθει σε επαφή, προς πληρέστερη ενημέρωσή του, με τον ειδικό θεράποντα καρδιολόγο ιατρό αυτής καθώς και να εξασφαλίσει, σε συνεργασία με τον μαιευτήρα- γυναικολόγο που την είχε αναλάβει, τη διενέργεια του τοκετού και της αφορώσας τον ίδιο αναισθησίας σε πλήρως συγκροτημένο νοσηλευτικό ίδρυμα, που θα διέθετε μονάδα εντατικής θεραπείας ή (και)

καρδιοχειρουργικό τμήμα ή έστω δυνατότητα καρδιοχειρουργικής υποστήριξης, έτσι ώστε να υπήρχε η δυνατότητα άμεσης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης ενδεχόμενης σοβαρής καρδιακής επιπλοκής, όπως αυτής που τελικώς παρουσιάστηκε και στοίχησε τη ζωή της ασθενούς. Κατόπιν των διαπιστώσεων αυτών, ο Άρειος Πάγος ήχθη στο συμπέρασμα ότι, ο θάνατος της επιτόκου προήλθε από συνυπαιτιότητα του ιατρού μαιευτήρα- γυναικολόγου και του αναισθησιολόγου ιατρού, ήτοι από αμέλεια που συνέτρεξε ξεχωριστά στο πρόσωπο καθενός και οδήγησε, συνδυαστικά με την αμέλεια του άλλου, αιτιωδώς στο βλαπτικό αποτέλεσμα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η **ΑΠ 1311/2012**<sup>203</sup>, η οποία ασχολήθηκε ομοίως με περίπτωση συγκλίνουσας αμέλειας *χειρουργού- γυναικολόγου ιατρού και αναισθησιολόγου ιατρού* κατά τη διάρκεια, αλλά και μετά, τη διενέργεια επέμβασης καισαρικής τομής σε επίτοκο. Κατά τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης, η παθούσα, έγκυος διανύουσα την 36<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, εισήχθη σε ιδιωτική κλινική για τη διενέργεια προγραμματισμένης επέμβασης καισαρικής τομής, η οποία διεξήχθη με συνεργασία των δύο ανωτέρω γιατρών (χειρουργού γυναικολόγου και αναισθησιολόγου). Για τη διενέργεια της επέμβασης, επελέχθη από τον αναισθησιολόγο η μέθοδος της γενικής αναισθησίας, που πράγματι εμφανίζει ορισμένα πλεονεκτήματα (ταχεία εισαγωγή, καρδιαγγειακή σταθερότητα, ασφαλέστερος έλεγχος της αναπνευστικής οδού κ.α.), ωστόσο παρουσιάζει και ορισμένα σοβαρά μειονεκτήματα, συνδεδεμένα με αυξημένους, σε σχέση με την τοπική αναισθησία, κινδύνους θανάτου της επιτόκου, όπως είναι η πιθανότητα εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου και η αδυναμία διασωλήνωσης της τραχείας. Επιπλέον, όταν ο ως άνω αναισθησιολόγος επιχείρησε να διασωληνώσει την επίτοκο, είτε για λόγους υποκειμενικής αδυναμίας είτε για λόγους αντικειμενικής αδυναμίας, τους οποίους δεν είχε διαγνώσει προηγουμένως κατά την εκτίμηση του αεραγωγού της, δεν το κατόρθωσε, παρά τις πολλαπλές προσπάθειες που κατέβαλε. Τελικώς, ο κατηγορούμενος δεν προχώρησε σε αφύπνιση της επιτόκου, παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη επέμβαση δεν ήταν επείγουσα αλλά προγραμματισμένη, ο αερισμός της επιτόκου επαρκής κατά την επιχείρηση της διασωλήνωσης και δεν υπήρχε εμβρυϊκή δυσπραγία, αλλά αντί για την εν λόγω μέθοδο επέλεξε να εξασφαλίσει τον αερισμό της επιτόκου με τη χρήση λαρυγγικής μάσκας. Να επισημανθεί στο σημείο αυτό ότι η τελευταία (λαρυγγική μάσκα), εφαρμόζεται με τυφλό τρόπο (χωρίς λαρυγγοσκόπηση).

---

<sup>203</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

Σε περίπτωση δε που δεν τοποθετηθεί σωστά επιτρέπει τη διαφυγή αέρος με συνέπεια μείωση του αερισμού και διάταση του στομάχου, ενώ επιπλέον δεν εξασφαλίζει στεγανό αεραγωγό και υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος εισρόφησης, ιδίως στις περιπτώσεις με πλήρη στόμαχο (όπως αυτές των εγκύων). Κατά τα ανωτέρω, ο ούτως ή άλλως υπαρκτός κίνδυνος αναγωγής γαστρικού περιεχομένου, εξαιτίας της εφαρμογής της μεθόδου της γενικής αναισθησίας, ενισχύθηκε, με αποτέλεσμα, ενώ η επέμβαση ολοκληρώθηκε επιτυχώς με την γέννηση ενός υγιούς νεογνού, η ίδια η επίτοκος, όπως εκ των υστέρων αποδείχθηκε, να έχει υποστεί κατά τη διάρκεια του χειρουργείου αναγωγή- εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου.

Ωστόσο, οι πλημμέλειες του ως άνω ιατρού αναισθησιολόγου, αλλά και του θεράποντος ιατρού γυναικολόγου της παθούσας, συνεχίστηκαν και στο μετεγχειρητικό στάδιο. Έτσι, ενώ η παθούσα εξεδήλωσε, ήδη αμέσως μετά την αφύπνισή της, ανησυχητικά συμπτώματα, τα οποία έβαιναν και συνεχώς επιδεινούμενα, οι δύο προαναφερθέντες ιατροί, οι οποίοι μετά το πέρας της επέμβασης ήταν και υπεύθυνοι από κοινού κατά την κρίση του Δικαστηρίου για την παρακολούθηση της μετεγχειρητικής της πορείας, δεν τα εξετίμησαν ορθώς, ούτε προέβησαν στις επιβεβλημένες για τη διάσωσή της ενέργειες. Έτι περαιτέρω δε, ενώ έβλεπαν ότι δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν το περιστατικό και η υγεία της ασθενούς χειροτέρευε διαρκώς, παρά τις όσες ενέργειες είχαν γίνει έως τότε, άφησαν να παρέλθουν 3 ολόκληρες ώρες, έως ότου τελικά αποφασίσουν να καλέσουν το ΕΚΑΒ για τη διακομιδή της σε κλινική με την απαραίτητη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ). Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω παραλείψεων των θεραπόντων ιατρών, ήταν η παθούσα να μην μπορέσει ποτέ να ανανήψει, παρά τη διακομιδή της στην Μ.Ε.Θ, λόγω σοβαρού πνευμονικού οιδήματος που εν τω μεταξύ είχε υποστεί και που δεν είχε αντιμετωπιστεί με έγκαιρη διασωλήνωση και να παραμείνει σε κατάσταση άγρυπνου κόματος έως το θάνατό της, που επήλθε 6 έτη μετά από επιπλοκές, εξαιτίας της μακροχρόνιας νοσηλείας της στη Μ.Ε.Θ.

Με τις ανωτέρω παραδοχές, επικυρώθηκε από τον Άρειο Πάγο η κρίση του δευτεροβαθμίου δικαστηρίου, για καταδίκη των δύο κατηγορουμένων, ιατρού χειρουργού- γυναικολόγου και αναισθησιολόγου, για ανθρωποκτονία τελεσθείσα εξ αμελείας, αφού θεωρήθηκε ότι οι παραλείψεις και των δύο οδήγησαν αιτιωδώς στο αποτέλεσμα. Ωστόσο αξιοσημείωτο είναι εν προκειμένω, ότι τα Πολιτικά Δικαστήρια που επελήφθησαν αντιστοίχως της υποθέσεως για επιδίκαση χρηματικής ικανοποίησης και αποζημίωσης, αξιολόγησαν διαφορετικά τα αποδειχθέντα στην ποινική δίκη



πραγματικά περιστατικά και κατέληξαν εν μέρει σε αντίθετη κρίση. Συγκεκριμένα η **ΕφΛαρισ 298/2015**<sup>204</sup>, εξετάζοντας τα πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων στην παρούσα υπόθεση, κατέληξε (όπως και η πρωτοβάθμια απόφαση<sup>205</sup>) στο συμπέρασμα ότι ευθύνη για το θάνατο της παθούσης συνέτρεχε μόνο στο πρόσωπο του αναισθησιολόγου και όχι του θεράποντος ιατρού της χειρουργού- γυναικολόγου. Προς αιτιολόγηση δε του ανωτέρω, περιέλαβε στο σκεπτικό της τις εξής ενδιαφέρουσες σκέψεις: *“η χορήγηση κατάλληλης νάρκωσης, η παρακολούθηση των ζωτικών λειτουργιών του ασθενούς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και η ανάνηψη ανήκουν στο πεδίο δράσης και ευθύνης του αναισθησιολόγου. Στο πεδίο δράσης και ευθύνης του χειρουργού εμπίπτει η διενέργεια της επέμβασης. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, όπως και ανωτέρω αναφέρθηκε, από τη στιγμή που είχε δοθεί το αναισθητικό φάρμακο και η αναστροφή της μυοχάλασης απαιτούσε περί τα 20 λεπτά, ο χειρουργός δεν είχε λόγο να μην επιχειρήσει την χειρουργική επέμβαση ειδικά μάλιστα εφόσον μπορούσε, όπως εν προκειμένω, να την ολοκληρώσει *lege artis* στο χρόνο αυτό.”* ενώ συνεχίζει *“Το κρίσιμο, επομένως, είναι η στάση του στις τρεις σχεδόν ώρες που ακολούθησαν μέχρι την κλήση του ΕΚΑΒ. Ο τρίτος εναγόμενος (εννοείται ο χειρουργός ιατρός) έμεινε στο χειρουργείο αλλά το ζήτημα που αντιμετωπιζόταν (δύσπνοια) δεν ήταν ζήτημα της δικής του ειδικότητας αλλά του αναισθησιολόγου και γι’ αυτό αρμόδιος να το αντιμετωπίσει και ν’ αποφασίσει ήταν ο 2ος εναγόμενος (εννοείται ο αναισθησιολόγος), ο οποίος, μάλιστα, δεν μπορούσε να βασιστεί σε οποιαδήποτε συνδρομή από τον 3ο εναγόμενο και γι’ αυτό ζήτησε τη συνδρομή των αναισθησιολόγων ... και του καρδιολόγου... Το γεγονός ότι ο τρίτος εναγόμενος ήταν (συμβατικά) θεράπων ιατρός της ασθενούς διαφοροποιεί τη μη υπάρχουσα (αδικοπρακτική) ευθύνη του, διότι η αναγνώριση στο χειρουργό μιας συνολικής σφαίρας ευθύνης που περιλαμβάνει κάθε θέμα σχετικό με μία εγχείρηση, το οποίο στην πράξη και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής εμπειρίας ανατίθεται σε άλλα πρόσωπα είναι μία νομική κατασκευή που απομακρύνεται από την ιατρική αντίληψη για την κατανομή αρμοδιοτήτων και ευθυνών σε ένα χειρουργείο”*. Κατά τα ανωτέρω, το Πολιτικό Δικαστήριο, διαφοροποιήθηκε από το Ποινικό, εκτιμώντας ότι η παρακολούθηση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που παρουσίασε η παθούσα στο μετεγχειρητικό στάδιο, δεν ενέπιπτε στο πεδίο αρμοδιοτήτων του χειρουργού ιατρού, αφού ναι μεν αυτός ήταν θεράπων ιατρός της

---

<sup>204</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>205</sup> Βλ. ΠολΠρΛαρισ 56/2014, Αρμ. 2015, σ. 1490 επ.

παθούσης, ωστόσο δεν ήταν υπεύθυνος για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε γενικά επιπλοκής αυτή μπορούσε να παρουσιάσει, εφόσον δεν επρόκειτο για θέμα αναγόμενο στο δικό του τομέα δράσης και ειδίκευσης.

Ζήτημα πολυπρόσωπης ιατρικής δράσης πραγματεύεται και η πρόσφατη **ΑΠ 986/2017**<sup>206</sup>, η οποία επικυρώνει την **ΕφΘράκης 1312/2016**<sup>207</sup>, βάσει της οποίας κηρύχθηκε ένοχος για σωματική βλάβη εξ αμελείας επιτόκου (κατόπιν επιτρεπτής μεταβολής της κατηγορίας από ανθρωποκτονία εξ αμελείας) μόνο ο *χειρουργός-μαιευτήρας-γυναικολόγος* που διενήργησε σε αυτήν επέμβαση καισαρικής τομής. Αρχικά, κατηγορούμενοι στην υπόθεση υπήρξαν, πέραν του ως άνω τελικώς καταδικασθέντος μαιευτήρα-γυναικολόγου και η *ειδικευόμενη μαιευτήρας-γυναικολόγος ιατρός* που συμμετείχε στην επέμβαση καθώς και δύο *νοσηλεύτες-εργαλειοδότες* που είχαν κληθεί ως βοηθοί. Κατά τα γενόμενα ανελέγκτως δεκτά από το δευτεροβάθμιο δικαστήριο πραγματικά περιστατικά, διεξήχθη επέμβαση καισαρικής τομής στην παθούσα από τους δύο ως άνω ιατρούς (ειδικό και ειδικευόμενη μαιευτήρα-γυναικολόγο) και νοσηλεύτες (εργαλειοδότες χειρουργείου), υπό την επίβλεψη και τις οδηγίες του πρώτου εξ αυτών, ειδικού ιατρού μαιευτήρα-γυναικολόγου. Μετά την ολοκλήρωση του τοκετού και πριν τη συρραφή των ραμμάτων της ασθενούς, διαπιστώθηκε από τους νοσηλεύτες, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι προς τούτο, ότι έλλειπε μία κομπρέσα (χειρουργική γάζα) που είχε χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας εντός της κοιλίας της παθούσας κατά την επέμβαση. Κατόπιν εντολής του χειρουργού ιατρού, ανευρέθηκε τελικώς από το νοσηλευτικό προσωπικό μία γάζα, η οποία και του υποδείχθηκε, όχι όμως -όπως επισημάνθηκε- εντός του χειρουργείου, αλλά σε έναν κάδο απορριμμάτων εκτός αυτού. Κατόπιν τούτου και χωρίς κανείς να ασχοληθεί περαιτέρω με το ζήτημα, έγινε συρραφή της τομής της παθούσης και αυτή εξήλθε του χειρουργείου για ανάνηψη. Ωστόσο, ήδη αμέσως μετά την έξοδο της από το χειρουργείο, εμφάνισε έντονο κοιλιακό άλγος, ναυτία και αιμορραγία στη μύτη, συμπτώματα τα οποία, όπως ορθώς αξιολόγησε και ο ανωτέρω καταδικασθείς χειρουργός, υποψιασμένος οπωσδήποτε από το προαναφερθέν συμβάν, οφείλονταν στην ξεχασμένη στην κοιλιά της ασθενούς γάζα. Αφού έγινε λοιπόν ακτινογραφία και πράγματι ανευρέθη αυτή, η παθούσα υπεβλήθη την επόμενη μέρα σε δεύτερη διάνοιξη κοιλίας για αφαίρεση του ξεχασμένου ιατρικού εργαλείου

---

<sup>206</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>207</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

(γάζας), χωρίς ωστόσο ο σύζυγος και οι οικείοι της να ενημερωθούν για το λόγο της επέμβασης. Έκτοτε παρέμεινε νοσηλευόμενη εντός του νοσοκομείου για μία εβδομάδα, χωρίς όμως να επέλθει βελτίωση στην υγεία της. Για το λόγο αυτό και χάνοντας πλέον την εμπιστοσύνη στον θεράποντα ιατρό της, η ασθενής εξήλθε του νοσοκομείου και απευθύνθηκε σε ιδιώτη ιατρό, αλλά εν συνεχεία, λόγω σοβαρότητας της κατάστασης, που έβαινε συνεχώς επιδεινούμενη, εισήχθη εκ νέου σε αυτό. Εκεί κατόπιν σειράς εξετάσεων, διαγνώσθηκε πλέον από τον παθολόγο ιατρό του νοσοκομείου μυοκαρδιοπάθεια-μυοκαρδίτιδα σηπτικής αιτιολογίας, λόγω της οποίας και τελικώς η ασθενής κατέληξε λίγες μέρες μετά, παρά τη διακομιδή της σε άλλο (μεγαλύτερο και πιο οργανωμένο) νοσοκομείο και τις προσπάθειες αντιμετώπισης εκεί των συμπτωμάτων της.

Το Δικαστήριο της ουσίας, δέχτηκε κατόπιν όλων των ανωτέρω, ότι μοναδική αιτία της αρχικής σωματικής βλάβης που υπέστη η ασθενής, ήτοι των συμπτωμάτων που παρουσίασε και της υποβολής της σε δεύτερη χειρουργική επέμβαση (όχι όμως και του τελικού αποτελέσματος του θανάτου, ως προς το οποίο κρίθηκε οριστικά από την πρωτοβάθμια απόφαση, στο κομμάτι της που κατέστη ανέκκλητο, ότι υπήρχε διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου), ήταν η φλεγμονή που προκλήθηκε από την, επί ένα εικοσιτετράωρο, ξεχασμένη γάζα στο σώμα της<sup>208</sup>. Με τις ανωτέρω παραδοχές, κήρυξε ένοχο τον ιατρό μαιευτήρα- γυναικολόγο που διενήργησε τις δύο χειρουργικές επεμβάσεις στην παθούσα, για σωματική βλάβη εξ αμελείας, αθώωσε ωστόσο-και ως προς αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον- τόσο την ειδικευόμενη μαιευτήρα ιατρό, όσο και τους δύο νοσηλευτές-εργαλειοδότες. Συγκεκριμένα, ως προς την ειδικευόμενη ιατρό, κρίθηκε ότι, καθότι αυτή βρισκόταν μόλις στον 6<sup>ο</sup> μήνα της πρακτικής ειδίκευσής της, καμία αποφασιστική αρμοδιότητα δεν είχε κατά τη διάρκεια του χειρουργείου, ενώ καθήκον της ήταν μόνο να υπακούει στις εντολές του υπεύθυνου χειρουργού. Έτσι εν προκειμένω, κατά τη διενέργεια της προαναφερθείσας επέμβασης καισαρικής τομής, αυτή περιορίστηκε στη χρήση των βάλβων (αγκίστρων), προκειμένου να παραμένουν ανοικτά τα κοιλιακά τοιχώματα της παθούσας, χωρίς καμία απολύτως δυνατότητα παρέμβασης ή ανάληψης πρωτοβουλίας στο χειρουργικό πεδίο και συνεπώς χωρίς καμία δυνατότητα πρακτικά να προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια αναζήτησης της ελλείπουσας κομπρέσας, τόσο στον χώρο του χειρουργείου όσο και πολύ περισσότερο

---

<sup>208</sup> Βλ. και ΠολΠρΑθ 689/2011, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, που ομοίως αφορά υπόθεση καταδίκης ιατρού μαιευτήρα-γυναικολόγου για σωματική βλάβη, λόγω παράλειψης από μέρους του αφαίρεσης γάζας από το σώμα ασθενούς, κατά τη διάρκεια γυναικολογικής χειρουργικής επέμβασης.

εντός της τομής της ασθενούς. Τέλος, ως προς τους δύο εργαλειοδότες-βοηθούς του χειρουργείου, το Δικαστήριο διευκρίνισε ότι στην αρμοδιότητά τους ενέπιπτε μόνο η καταμέτρηση των γαζών και των ιατρικών εργαλείων και η επισήμανση στον χειρουργό ιατρό ότι η ευρεθείσα γάζα εντοπίστηκε σε κάδο απορριμμάτων εκτός του χειρουργείου. Κατά τα λοιπά, ουδεμία ευθύνη έφεραν αυτοί οι τελευταίοι για το γεγονός ότι ο ιατρός, παρά τις προβληθείσες εκ μέρους τους αμφιβολίες, προέβη εσπευσμένα σε συρραφή της τομής, χωρίς να ελέγξει ως όφειλε το περιεχόμενό της.

Η ΑΠ 1419/2016<sup>209</sup> από την άλλη, ασχολήθηκε με ζήτημα συγκλίνουσας αμέλειας χειρουργού- γυναικολόγου και ειδικευμένης ιατρού μαιευτήρα- γυναικολόγου, που κατά τη δευτεροβάθμια απόφαση, φέρονταν ως συνυπαίτιοι για το θάνατο ασθενούς από ενδοκοιλιακή αιμορραγία, κατόπιν χειρουργικής επέμβασης στην οποία υπεβλήθη, λόγω καρκίνου του ενδομητρίου. Ο Άρειος Πάγος εν προκειμένω, αφού επεσήμανε στο σκεπτικό του ότι *“όταν το εξ αμελείας έγκλημα είναι απότοκο συνδρομής αμέλειας πολλών προσώπων, το καθένα από αυτά κρίνεται και ευθύνεται αυτοτελώς και ανεξαρτήτως των άλλων κατά το λόγο της αμέλειας που επιδείχτηκε από αυτό και εφ’ όσον, πάντως, το επελθόν αποτέλεσμα τελεί σε αιτιώδη σύνδεσμο προς αυτήν”*, έκρινε, βάσει των αποδειχθέντων πραγματικών περιστατικών, ότι υπαίτιος για το θάνατο της παθούσας υπήρξε στη συγκεκριμένη περίπτωση μόνο ο ειδικός χειρουργός-γυναικολόγος ιατρός (ο οποίος μάλιστα ήταν και Διευθυντής της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου) και όχι η ειδικευμένη μαιευτήρας ιατρός, οπότε και αναίρεσε την εφετειακή απόφαση μόνον ως προς το σκέλος της που αφορούσε αυτήν. Συγκεκριμένα, η παθούσα, έχοντας διαγνωσθεί ως πάσχουσα από καρκίνο του ενδομητρίου, υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση του είδους της κοιλιακής ολικής υστεροεκτομής, με λεμφαδενικό καθαρισμό. Ενώ το χειρουργείο βρισκόταν εν εξελίξει, έλαβε χώρα χειρουργικό σύμβαμα, ήτοι επήλθε από λανθασμένο χειρισμό του ως άνω χειρουργού-γυναικολόγου που την είχε αναλάβει, τρώση της έσω δεξιάς λαγονίου φλεβός της ασθενούς, με συνέπεια την πρόκληση σημαντικής και αποτόμου αιμορραγίας, η οποία ωστόσο στο στάδιο αυτό αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά και η παθούσα εξήλθε του χειρουργείου για ανάνηψη και παρακολούθηση των ζωτικών της λειτουργιών. Στη μετεγχειρητική φάση όμως, ο θεράπων χειρουργός ιατρός δεν παρέμεινε για να παρακολουθεί την πορεία της ασθενούς, ούτε ενημέρωσε το λοιπό προσωπικό της κλινικής για το ατύχημα που είχε

---

<sup>209</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

λάβει χώρα κατά το χειρουργείο, ώστε αυτοί, να μπορούν να αξιολογήσουν τα όποια συμπτώματα εξεδήλωνε εξ αυτού του λόγου η παθούσα. Μετά την αφύπνιση της ασθενούς λοιπόν, και όσο αυτή βρισκόταν στο θάλαμο της κλινικής, αυτή διαμαρτυρήθηκε στην νοσηλεύτρια που ήλθε να την ελέγξει για πόνους στην κοιλιακή χώρα. Ο ειδικευόμενος ιατρός που από κοινού με τον καταδικασθέντα χειρουργό-γυναικολόγο ήταν υπεύθυνος για την παρακολούθηση της υγείας των ασθενών στους θαλάμους της κλινικής, χωρίς να την εξετάσει, έδωσε απλώς εντολή στη νοσηλεύτρια για διενέργεια παυσίπονης ένεσης, η οποία και πραγματοποιήθηκε. Ωστόσο, όταν μετά από κάποια ώρα η νοσηλεύτρια επανήλθε για να ελέγξει την κατάσταση της ασθενούς, διαπίστωσε την παύση των ζωτικών της λειτουργιών και τότε, θορυβηθείσα, αμέσως κάλεσε σε βοήθεια το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου, πλην όμως πλέον ήταν αργά, καθώς, όπως διαπιστώθηκε, η ασθενής είχε ήδη αποβιώσει λόγω εσωτερικής αιμορραγίας. Εν προκειμένω, η ως άνω δεύτερη καταδικασθείσα, ειδικευμένη ιατρός μαιευτήρας, κατηγορήθηκε διότι, αν και είχε ορισθεί ως υπεύθυνη της γυναικολογικής κλινικής για την περίθαλψη των ασθενών των θαλάμων αυτής, αδικαιολόγητα απουσίαζε στα εξωτερικά ιατρεία για μεγάλο χρονικό διάστημα προς εξέταση ασθενών (οι οποίοι δεν προέκυψε από κανένα στοιχείο της ακροαματικής διαδικασίας, ότι είχαν ανάγκη επευσμένης εξέτασεως και για την εξέταση των οποίων, άλλωστε, είχαν ορισθεί δύο ειδικευμένοι ιατροί), με συνέπεια να στερηθεί η ασθενής της ενδεδειγμένης παρακολούθησης της μετεγχειρητικής της πορείας από ειδικευμένη ιατρό, όπως αυτή. Επιπλέον, πέραν αυτής και του διενεργούντος την επέμβαση χειρουργού-γυναικολόγου ιατρού, αρχικά, στο στάδιο της έρευνας της ουσίας της υπόθεσης, κατηγορούμενοι υπήρξαν για ανθρωποκτονία εξ αμελείας δια παραλείψεως και οι ειδικευόμενοι γιατροί που έλαβαν μέρος στην χειρουργική επέμβαση μαζί με τον καταδικασθέντα χειρουργό, ο ειδικευόμενος χειρουργός που κλήθηκε κατά τη διάρκεια της επέμβασης να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας και στην απολίνωση του αιμορραγήσαντος αγγείου, οι αναισθησιολόγοι και οι νοσηλεύτριες της ανάνηψης, καθώς επίσης οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί της κλινικής και συγκεκριμένα ο ειδικευόμενος που χορήγησε παυσίπονη ένεση στην ασθενή χωρίς, όπως προαναφέρθηκε, να την εξετάσει.

Γίνονται ευχερώς αντιληπτά λοιπόν, και προς τούτο παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η παρούσα απόφαση, τα δύσκολα δογματικά ζητήματα με τα οποία ήρθε αντιμέτωπο το Δικαστήριο της ουσίας εν προκειμένω, λόγω της εμπλοκής τόσο μεγάλου αριθμού προσώπων και της ανάγκης προσδιορισμού του μέτρου ευθύνης

καθενός εκάστου, πολλώ δε μάλλον όταν η αμέλεια της συμπεριφοράς τους συνίστατο, όχι σε ενέργεια, αλλά σε παράλειψη, οπότε και έπρεπε να αναζητηθεί η “υποθετική αιτιώδης διαδρομή”. Στο σκεπτικό της δευτεροβαθμίου απόφασης, έγινε δεκτό ότι οι ως άνω συγκατηγορούμενοι ιατροί και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής, δεν ευθύνονταν για αμέλεια, καθότι ο χειρουργός ιατρός που είχε άμεση εποπτεία της κατάστασης και λόγω της εμπειρίας του μπορούσε να αντιμετωπίσει το περιστατικό (εν αντιθέσει με τους ειδικευόμενους ιατρούς), δεν τους ενημέρωσε για την προκληθείσα αιμορραγία κατά τη διάρκεια της επέμβασης που καθιστούσε επίφοβη την εκ νέου εμφάνιση αιμορραγίας στο μετεγχειρητικό στάδιο, πράγμα το οποίο και είχε ως συνέπεια αυτοί να τελούν σε άγνοια των ιδιαίτερων δεδομένων της περίπτωσης και να μην μπορούν να αναγνωρίσουν έγκαιρα το αίτιο των συμπτωμάτων της ασθενούς. Κατά τα ανωτέρω, από το δευτεροβάθμιο δικαστήριο, ένοχοι κρίθηκαν μόνο ο ιατρός χειρουργός- γυναικολόγος για την παράλειψη του να παρακολουθήσει την ασθενή στο μετεγχειρητικό στάδιο ή έστω να ενημερώσει και να δώσει οδηγίες στο λοιπό προσωπικό για την ορθή μεταχείρισή της, ενόψει του κινδύνου επανεμφάνισης αιμορραγίας, που ως έμπειρος ιατρός γνώριζε (ή όφειλε να γνωρίζει) ότι υφίστατο, καθώς και η ειδικευμένη γυναικολόγος- μαιευτήρας ιατρός που, όπως έγινε δεκτό, αδικαιολόγητα απουσίαζε από το θάλαμο της κλινικής, στερώντας με αυτό τον τρόπο από την ασθενή τις εξειδικευμένες υπηρεσίες της, με τη συνδρομή των οποίων θα μπορούσε να είχε αποτραπεί το αποτέλεσμα του θανάτου της.

Ωστόσο, ο Άρειος Πάγος, σε σχέση με την ευθύνη της δεύτερης εκ των ως άνω δύο καταδικασθέντων, έκρινε ότι η αιτιολογία της δευτεροβαθμίου απόφασης υπήρξε αντιφατική και ελλιπής, διότι η αμέλεια στο πρόσωπό της δεν δικαιολογούνταν επαρκώς, εφόσον αυτή δεν είχε ενημερωθεί από τον χειρουργό- γυναικολόγο για το περιστατικό και την ύπαρξη επιπλοκών κατά το χειρουργείο, οπότε και δεν μπορούσε να προβλέψει το αποτέλεσμα. Συνεπώς, το Ακυρωτικό έκρινε ότι δεν υπήρχε η αναγκαία αιτιολογία για τη στοιχειοθέτηση παράλειψης εκ μέρους της, και ότι αυτή η τελευταία, εφόσον τελούσε σε άγνοια των δεδομένων που επέβαλαν την παρουσία της στη γυναικολογική κλινική, επιτρεπώς στάθμισε τις υποχρεώσεις της και προτίμησε να παρέχει τις υπηρεσίες της σε ασθενείς των τακτικών εξωτερικών ιατρείων.

Περαιτέρω, με την ΑΠ 35/2016<sup>210</sup>, επικυρώθηκε η εφετειακή απόφαση, βάσει της οποίας κρίθηκαν ένοχοι ανθρωποκτονίας από συγκλίνουσα αμέλεια, ο χειρουργός

---

<sup>210</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

ιατρός, που διενήργησε επέμβαση αφαίρεσης χοληδόχου κύστεως στον παθόντα και ο Διευθυντής της χειρουργικής Κλινικής, στην οποία αυτή έλαβε χώρα. Σημειωτέον ότι και οι δύο ως άνω ιατροί ήταν έμπειροι και καταξιωμένοι και μάλιστα είχαν τις θέσεις, ο πρώτος του Επίκουρου Καθηγητή και ο δεύτερος του Καθηγητή χειρουργικής. Κατά τα γενόμενα ανελέγκτως δεκτά από το δευτεροβάθμιο Δικαστήριο, ο παθών εισήχθη, σε ημέρα γενικής εφημερίας, σε Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου, λόγω οξείας χολοκυστίτιδας. Μετά τη διενέργεια του απαραίτητου προεγχειρητικού ελέγχου, υποβλήθηκε, το βράδυ της ίδιας ημέρας, σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, από τον πρώτο κατηγορούμενο, Επίκουρο Καθηγητή χειρουργό Επιμελητή της Κλινικής, για την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Κατά το εγχειρητικό στάδιο δεν αποδείχθηκε ότι ο εν λόγω χειρουργός ιατρός έδρασε καθ' οιονδήποτε τρόπο πλημμελώς, ωστόσο στο μετεγχειρητικό στάδιο, κατά το οποίο ήταν υπεύθυνος για την παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς, υπέπεσε σε σειρά σοβαρών ιατρικών σφαλμάτων (υπό την μορφή παραλείψεων) ένεκα των οποίων και τελικώς επήλθε ο θάνατος του ασθενούς, περίπου ένα μήνα μετά τη διενέργεια της επέμβασης, από περιτονίτιδα. Ο δε δεύτερος κατηγορούμενος από την άλλη, Διευθυντής της Κλινικής, παρότι τελούσε σε γνώση του περιστατικού και λόγω της θέσεώς του όφειλε να εποπτεύει τις πράξεις του πρώτου κατηγορουμένου, παρέλειψε να παράσχει τη συνδρομή του σε αυτόν, συμβουλευόντας και καθοδηγώντας τον, πράγμα το οποίο εάν είχε πράξει, θα μπορούσε, με πιθανότητα εγγίζουσα τα όρια της βεβαιότητας, να είχε αποτραπεί το θανατηφόρο αποτέλεσμα.

Συγκεκριμένα ο πρώτος κατηγορούμενος χειρουργός ιατρός, όπως δέχεται η απόφαση, υπήρξε αμελής διότι 1) παρά τη διαπίστωση της επελθούσης ρήξεως μετ' εξέταση με τη μέθοδο ERCP (μετεγχειρητική χολόρροια), δεν την αντιμετώπισε με την ενδεδειγμένη ανοιχτή χειρουργική επέμβαση λαπαροτομίας (χολοπεπτική αναστόμωση) προς παύση της εντοπισθείσας διαφυγής χολής και 2) προέβη στην αφαίρεση της υφηπατικής παροχέτευσης της κοιλίας με αποτέλεσμα την αύξηση της συλλογής χολής εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας συνεπεία της οποίας επήλθε δύσπνοια, ανουρία και περιφερειακή καταπληξία στον ασθενή και επιδείνωση της ήδη βεβαρυσμένης υγείας του. Ο δεύτερος δε κατηγορούμενος, Διευθυντής της χειρουργικής κλινικής, όπως προαναφέρθηκε, επέδειξε αμέλεια κατά την εποπτεία του πρώτου, καθότι ως εκ της θέσεώς του όφειλε, τελώντας σε γνώση της σοβαρότητας του περιστατικού, να τον καθοδηγήσει ώστε να διενεργηθούν τα δέοντα, προς αποτροπίν του αποτελέσματος.

Και η ΑΠ 1057/2016<sup>211</sup> ασχολήθηκε με ζήτημα συγκλίνουσας αμέλειας περισσοτέρων ιατρών κατά το μετεγχειρητικό στάδιο και συγκριμένα αμέλεια του χειρουργού μαιευτήρα-γυναικολόγου ιατρού (Διευθυντή της γυναικολογικής κλινικής) που διεξήγαγε εγχείρηση κοιλιακής υστερεκτομής στην παθούσα (αφαίρεσης μήτρας) και των δύο θεραπόντων ιατρών μαιευτήρων- γυναικολόγων που κατά το μετεγχειρητικό στάδιο ήταν υπεύθυνοι για την παρακολούθησή της πορείας της υγείας της. Εν προκειμένω η παθούσα υπεβλήθη σε επέμβαση ολικής κοιλιακής υστερεκτομής από τον πρώτο κατηγορούμενο, που ετύγχανε και Διευθυντής της γυναικολογικής κλινικής του νοσοκομείου. Η επέμβαση ολοκληρώθηκε ομαλά, όμως κατά το μετεγχειρητικό στάδιο, που η ασθενής παρέμεινε στο νοσοκομείο για ανάνηψη, η υγεία της χειροτέρευσε και εξεδήλωσε διάφορα συμπτώματα, όπως έντονο πόνο στην κοιλιά, πυρετό, χαμηλό αιματοκρίτη και αδυναμία. Ωστόσο, ο ως άνω θεράπων ιατρός της, χειρουργός γυναικολόγος, αμέσως μετά την επέμβαση έφυγε ταξίδι στο εξωτερικό (χωρίς μάλιστα να έχει ενημερώσει προηγουμένως την ασθενή για την πρόθεσή του αυτή) και δεν παρέμεινε να παρακολουθήσει τη μετεγχειρητική της πορεία. Έτσι, την παθούσα παρακολούθησαν οι δύο ιατροί-γυναικολόγοι (Αναπληρωτές Διευθυντές της γυναικολογικής κλινικής) που τύγχανε να έχουν εκείνες τις ημέρες εφημερία στο νοσοκομείο και να είναι υπεύθυνοι για τη νοσηλεία των ασθενών στους θαλάμους. Παρά τα ανησυχητικά συμπτώματα όμως της παθούσας, που θα έπρεπε σε κάθε περίπτωση να έχουν υποψιάσει τους θεράποντες ιατρούς για την ύπαρξη μετεγχειρητικής εσωτερικής αιμορραγίας, αφού άλλωστε αυτή αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα τέτοιου είδους επεμβάσεων, ουδείς εκ των δύο ως άνω ιατρών θορυβήθηκε, ούτε υπέβαλε την ασθενή στις ενδεδειγμένες εξετάσεις προς εντοπισμό του αιτίου της διαρκώς επιδεινούμενης κατάστασής της, με αποτέλεσμα αυτή, μετά από κάποιες μέρες νοσηλείας και αφού δεν είχαν διενεργηθεί οι απαραίτητες για τη σωτηρία της ενέργειες, τελικώς να αποβιώσει, λόγω καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, οφειλόμενης -όπως εκ των υστέρων αποδείχθηκε- στην προαναφερθείσα εσωτερική αιμορραγία.

Ο Άρειος Πάγος δέχθηκε δια της παρούσης ότι, πέραν των δύο ως άνω αμελώς δρώντων θεραπόντων ιατρών- γυναικολόγων, ευθύνη για το επελθέν αποτέλεσμα του θανάτου της παθούσας έφερε και ο (απών κατά το μετεγχειρητικό στάδιο) χειρουργός ιατρός που διενήργησε την επέμβαση, καθότι αναλαμβάνοντας να χειρουργήσει την ασθενή, ανέλαβε σε κάθε περίπτωση και την υποχρέωση παρακολούθησης της

---

<sup>211</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.



μετεγχειρητικής της πορείας, προς την οποία άλλωστε προσέβλεπε και ίδια η παθούσα με την ανάθεση σε αυτόν του εγχειρήματος. Όπως χαρακτηριστικά επισημαίνει δε στο σκεπτικό της απόφασης *“αντικείμενο της ευθύνης του χειρουργού και εν προκειμένω του πρώτου κατηγορουμένου είναι η καλή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης, στην οποία περιλαμβάνεται εκτός από τον προεγχειρητικό έλεγχο και το στάδιο της χειρουργικής επέμβασης, και το μετεγχειρητικό στάδιο, που αποτελούν μία ολότητα που οργανώνεται και κατευθύνεται από τον χειρουργό”*.

Το ίδιο ως άνω σκεπτικό, επαναλαμβάνεται επακριβώς και στην **ΑΠ 971/2013**<sup>212</sup>, βάσει της οποίας κρίθηκε ότι θεράπων ιατρός του παθόντος, τόσο σε προεγχειρητικό και εγχειρητικό όσο και σε μετεγχειρητικό στάδιο, είναι και ο μετακληθείς νευροχειρουργός ιατρός που έλαβε μέρος στη διενέργεια της επέμβασης στον παθόντα από κοινού με τον θεράποντα χειρουργό ιατρό αυτού, ακόμη και αν αυτός (ο μετακληθείς ιατρός) υπηρετούσε σε άλλη κλινική και όχι σε αυτή που διεξήχθη το εγχείρημα και ακόμη και αν δεν είχε συμφωνηθεί ρητώς προ της επεμβάσεως η υποχρέωσή παραμονής του στην κλινική και παρακολούθησης της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενούς, αφού αυτό εξυπακούεται σε κάθε περίπτωση εκ μόνης της ανάληψης της ευθύνης στο εγχειρητικό στάδιο (εφόσον εξάλλου δεν υπήρχε και αντίθετη συμφωνία, οπότε δεν μπορεί να συναχθεί ότι υφίστατο οποιουδήποτε είδους κατανομή αρμοδιοτήτων ως προς την παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενούς). Επομένως κατά τα ανωτέρω, ευθύνεται και αυτός από κοινού με τον έτερο χειρουργό ιατρό, για όποια πλημμέλεια έλαβε χώρα κατά την μετεγχειρητική παρακολούθηση του παθόντος και προξένησε αιτιωδώς βλάβη στην υγεία του.

Με ζήτημα συγκλίνουσας αμέλειας *χειρουργού-ωτορινολαρυγγολόγου και αναισθησιολόγου ιατρού*, ασχολήθηκε από την άλλη η **ΑΠ 1069/2013**<sup>213</sup>. Κατά τα γενόμενα δεκτά πραγματικά περιστατικά, ο παθών ανήλικος ασθενής (9 ετών), υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση αμυγδαλεκτομής στην οποία συμμετείχαν οι δύο ως άνω ιατροί, υπό τις ιδιότητές τους ως χειρουργού-ωτορινολαρυγγολόγου και αναισθησιολόγου ιατρού αντίστοιχα. Ωστόσο, ο εν λόγω αναισθησιολόγος, κατά τη διάρκεια της επέμβασης, χορήγησε εσφαλμένως μικρότερη δόση αναισθησίας από την ενδεδειγμένη (σε σχέση με την ηλικία και τα κιλά του ασθενούς), γεγονός το οποίο, σε

---

<sup>212</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>213</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

συνδυασμό με την απουσία στη συγκεκριμένη περίπτωση προνάρκωσης και αναλγησίας, είχε σαν αποτέλεσμα να μην κοιμηθεί ο ανήλικος ασθενής και να αισθάνεται τον πόνο, χωρίς να μπορεί ωστόσο να αντιδράσει λόγω της μυοχάλασης, με αποτέλεσμα λόγω και των αναγκαίων χειρουργικών χειρισμών που επιχειρήθηκαν στον ανώτερο αεραγωγό αυτού για την εκτομή της δεξιάς αμυγδαλής του, να προκληθεί έκλυση παρασυμπαθητικών αντανακλαστικών και πτώση της αρτηριακής του πίεσης, που οδήγησε στο να εμφανίσει βραδυκαρδία και ακολούθως να υποστεί καρδιακή ανακοπή. Παρόλα αυτά, η επιλοκή αυτή έγινε αντιληπτή έγκαιρα από τους κατηγορούμενους και αντιμετωπίστηκε επιτυχώς εντός του χειρουργείου, οπότε και μετά την ανάταξη της ανακοπής και την επάνοδο των φυσιολογικών τιμών αρτηριακής πίεσης και καρδιακού σφυγμού του ασθενούς, αποφασίστηκε η διακοπή της εγχείρησης. Στο στάδιο αυτό, κατά τους κοινώς αναγνωρισμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, ο ασθενής, εφόσον είχε προηγηθεί το προαναφερθέν επεισόδιο καρδιακής ανακοπής, θα έπρεπε, προς αποφυγή περαιτέρω επιλοκών και για τη διασφάλιση της ανάνηψης του με ασφάλεια, να παραμείνει διασωληνωμένος και να μεταφερθεί το συντομότερο δυνατό με το Ε.Κ.Α.Β. στο πλησιέστερο νοσοκομείο που διαθέτει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.). Ωστόσο, κατά καταφανή παράβαση των κοινώς αναγνωρισμένων αρχών της ιατρικής επιστήμης, ο ως άνω αναισθησιολόγος ιατρός, παρά τις εκτεφρασμένες αντιρρήσεις του χειρουργού, αποφάσισε την αποσωλήνωση του ασθενούς, ενώ η κλήση προς το ΕΚΑΒ για διακομιδή του στη Μ.Ε.Θ, έγινε με μεγάλη καθυστέρηση, με αποτέλεσμα ο ασθενής, που είχε παραμείνει επί τουλάχιστον 1, 5 ώρα αποσωληνωμένος, να παρουσιάσει οξύ εγκεφαλικό και πνευμονικό οίδημα (καρδιακή ανεπάρκεια), συνεπεία των οποίων και κατά τη διακομιδή του στη ΜΕΘ, υπέστη δεύτερη καρδιακή ανακοπή, από την οποία και τελικώς κατέληξε.

Το Δικαστήριο δια της παρούσης, δέχθηκε ότι συνέτρεξε για το θάνατο του ανήλικου ασθενούς ευθύνη του αναισθησιολόγου ιατρού, για τις ανωτέρω αμέλειές του τόσο κατά το εγχειρητικό όσο και το μετεγχειρητικό στάδιο (μη χορήγηση ορθής δόσης αναισθησίας, αποσωλήνωση ασθενούς, μη έγκαιρη κλήση του ΕΚΑΒ για διακομιδή του σε κλινική διαθέτουσα Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Ωστόσο, αυτό δέχθηκε επιπλέον και συντρέχουσα αμέλεια του ωτορινολαρυγγολόγου- χειρουργού ιατρού, διότι αυτός, παρότι κατά τη διάρκεια της επέμβασης δεν υπέπεσε σε κάποιο σφάλμα, μετεγχειρητικά ομοίως δεν διέγνωσε, ως όφειλε, τις συνέπειες που θα είχε για την υγεία του ανήλικου ασθενούς, η καθυστέρηση διακομιδής του στη Μ.Ε.Θ. (ενόψει και της επί μία και μισή ώρα περίπου παραμονής του αποσωληνωμένου), και δεν ειδοποίησε

άμεσα και έγκαιρα το Ε.Κ.Α.Β. Διευκρινίστηκε δε στην απόφαση, ότι η ανάγκη διασωλήνωσης του ασθενούς που έχει υποστεί καρδιακή ανακοπή και εισαγωγής του το γρηγορότερο δυνατό σε Μ.Ε.Θ. για ανάνηψη, αποτελούν βασικές γνώσεις γενικής ιατρικής, που οφείλει να έχει και να τηρεί κάθε ιατρός, ανεξαρτήτως της ειδικότητας του και συνεπώς όχι μόνο ο αναισθησιολόγος ιατρός που είναι υπεύθυνος για την διατήρηση της ομαλής λειτουργίας των ζωτικών οργάνων του ασθενούς, αλλά και ο ως άνω κατηγορούμενος ωτορινολαρυγγολόγος- χειρουργός. Ακολούθως, ο απαραίτητος υποθετικός αιτιώδης σύνδεσμος με το θανατηφόρο αποτέλεσμα, κρίθηκε ότι συνέτρεχε και ως προς τον δεύτερο αυτό κατηγορούμενο (ωτορινολαρυγγολόγο ιατρό) καθότι μπορούσε με πιθανότητα που εγγίζει τα όρια της βεβαιότητας να υποτεθεί ότι, εάν είχε διενεργήσει την επιβεβλημένη ενέργεια (κλήσης του ΕΚΑΒ για διακομιδή του ασθενούς σε Μ.Ε.Θ), έστω και μετά την αποσωλήνωση του ασθενούς, άλλα πάντως εντός ευλόγου χρόνου και όχι τόσο καθυστερημένα, ο θάνατος αυτού θα είχε αποφευχθεί.

Ομοίως, σε περίπτωση συγκλίνουσας αμέλειας *χειρουργού* και *αναισθησιολόγου ιατρού* αναφέρεται και η **ΑΠ 1141/2010**<sup>214</sup>. Κατά τα πραγματικά περιστατικά αυτής, ο παθών επισκέφτηκε ιδιωτική κλινική παραπονούμενος για οξύ πόνο στην κοιλιακή χώρα. Εκεί, αφού διαπιστώθηκε με απλή κλινική εξέταση από τον πρώτο κατηγορούμενο, χειρουργό ιατρό, ότι έπασχε από οξεία χολοκυστίτιδα και χωρίς να διενεργηθούν περαιτέρω εξετάσεις όπως σε τέτοιες περιπτώσεις συνηθίζεται (υπερηχογράφημα, αιματολογικές εξετάσεις κτλ.), αποφασίστηκε η εισαγωγή του στην κλινική για να υποβληθεί άμεσα σε εγχείρηση χολοκυστεκτομής με τη μέθοδο της λαπαροσκοπησης. Περαιτέρω, τόσο αυτός, όσο και η αναισθησιολόγος ιατρός, σε συνεργασία με την οποία θα ελάμβανε χώρα η επέμβαση, αρκέστηκαν σε λήψη του ιστορικού του ασθενούς με προφορικές ερωτήσεις, χωρίς να συμβουλευτούν ως όφειλαν το βιβλιάριο υγείας του, κάτι που οπωσδήποτε θα οδηγούσε στην πληρέστερη και πιο έγκυρη ενημέρωσή τους. Παρά τις προεγχειρητικές αυτές παραλείψεις, πράγματι ο ασθενής υπεβλήθη την επόμενη κι όλες μέρα στην προγραμματισμένη επέμβαση χολοκυστεκτομής, όπου ωστόσο συνεχίστηκε η επίδειξη πλημμελούς συμπεριφοράς από μέρους αμφοτέρων των ιατρών, με μοιραίο τελικώς για τη ζωή του ασθενούς αποτέλεσμα. Συγκεκριμένα, η αναισθησιολόγος ιατρός, προσπαθώντας με τη χρήση λαρυγγοσκοπίου να εισάγει τραχειοσωλήνα στην αναπνευστική οδό του

---

<sup>214</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

παθόντος, ώστε αυτός να οξυγονώνεται έτσι καλύτερα κατά τη διάρκεια της επέμβασης, του προκάλεσε οπισθοφαρρυγγικό αιμάτωμα το οποίο έφραξε την αναπνευστική οδό του, με αποτέλεσμα αυτός να εμφανίσει μεγάλη βραδυκαρδία και μεγάλη πτώση της αρτηριακής πίεσης. Κατόπιν αυτού, η ως άνω κατηγορούμενη, φοβούμενη για τις χειρότερες συνέπειες της πράξης της, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν ακόμη και σε κατάληξη του ασθενούς, προσπάθησε να παροχετεύσει σε αυτόν οξυγόνο με διασωλήνωση, ωστόσο λόγω του ήδη προκληθέντος αιματώματος αλλά και ανατομικού προβλήματος του παθόντος που ήταν κοντόλαιμος (πράγμα το οποίο δεν είχε νωρίτερα διαγνωσθεί, ελλείψει ορθού προεγχειρητικού ελέγχου), αυτή αντί να εισάγει το σωλήνα στην τραχεία του ασθενούς, τον εισήγαγε στον οισοφάγο του, με αποτέλεσμα, και έως ότου αυτή αντιληφθεί το σφάλμα της, να περάσουν αρκετά κρίσιμα λεπτά κατά τα οποία ο οργανισμός του ασθενούς δεν οξυγονωνόταν. Προς αντιμετώπιση της ανωτέρω εξαιρετικά σοβαρής κατάστασης δε, κατέστη πλέον αναγκαία η επέμβαση του χειρουργού ιατρού για τη διενέργεια τραχειοστομίας. Ωστόσο, κατά την προσπάθεια διενέργειας της ανωτέρω ιατρικής πράξης από μέρος του τελευταίου, λόγω αδέξιου χειρισμού του χειρουργικού εργαλείου (νυστεριού), τελικώς κατέφερε τρώση της καρωτίδας και της σφαγίτιδας φλέβας του ασθενούς, συνεπεία των οποίων υπέστη αιμορραγικό σοκ και να απεβίωσε.

Ο Άρειος Πάγος εν προκειμένω, επικυρώνοντας τη δευτεροβάθμια απόφαση, δέχθηκε ότι και οι δύο κατηγορούμενοι, χειρουργός και αναισθησιολόγος, υπήρξαν υπαίτιοι για το θάνατο του ασθενούς από αμέλεια, αφού το αποτέλεσμα επήλθε λόγω των διαδοχικών αμελών συμπεριφορών και των δύο συνδυαστικά, χωρίς να μπορεί κάποια, αυτοτελώς θεωρούμενη, να οδηγήσει σε αυτό. Συγκεκριμένα, στο προεγχειρητικό στάδιο και οι δύο κατηγορούμενοι ιατροί υπήρξαν αμελείς διότι δεν έλαβαν το ιστορικό του ασθενούς ως όφειλαν, με συνέπεια να μην καταγνωσθεί μεταξύ άλλων η ανατομική του ιδιαιτερότητα (κοντός λαιμός), ενώ στο εγχειρητικό στάδιο, η μεν αναισθησιολόγος επειδή με λανθασμένο χειρισμό του τραχειοσωλήνα προκάλεσε στον ασθενή οπισθοφαρρυγγικό αιμάτωμα αλλά και επειδή κατόπιν αντί να εισάγει το σωλήνα στην τραχεία αυτού τον εισήγαγε στον οισοφάγο του, καθιστώντας έτσι αναγκαία τη διενέργεια τραχειοστομίας, ο δε χειρουργός διότι, κατά τη διενέργεια αυτής της τελευταίας, προκάλεσε τρώση της καρωτίδας και της σφαγίτιδας φλέβας του ασθενούς, με αποτέλεσμα το θάνατό του. Χαρακτηριστικά μάλιστα, όσον αφορά τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ των ως άνω συγκλινουσών αμελών συμπεριφορών και του αποτελέσματος, αναφέρεται ότι *“το αποτέλεσμα οφείλεται σε αμέλεια αμφοτέρων των*

κατηγορουμένων (...) όλες συνδέονται δε αιτιωδώς με το επελθόν αποτέλεσμα, ενόψει και του ότι, όπως γίνεται δεκτό, η προηγηθείσα αμελής συμπεριφορά της δεύτερης κατηγορουμένης (εννοείται αναισθησιολόγου), που θα οδηγούσε αναπόφευκτα στο θάνατο του ασθενούς και κατέστησε υποχρεωτική την άμεση παρέμβαση του πρώτου (εννοείται χειρουργού), χαρακτηρίζεται ως αιτία ακόμη και στη περίπτωση που για τη παραγωγή του αποτελέσματος συνέτρεξε και άλλη μεταγενέστερη αμελής ανθρώπινη ενέργεια, όπως εν προκειμένω του πρώτου κατηγορουμένου, αφού χωρίς την προηγηθείσα δεν θα μπορούσε να είχε συμβεί η μεταγενέστερη”.

Αντίθετα, κατά την ΑΠ 202/2010<sup>215</sup>, επικυρώθηκε η καταδίκη μόνο ενός εκ των δύο ιατρών νευροχειρουργών που συμμετείχαν σε πλημμελώς διενεργηθείσα επέμβαση σπονδυλοδεσίας, από την οποία προκλήθηκε σωματική βλάβη στον ασθενή και ειδικότερα σοβαρή αναπηρία. Στο αιτιολογικό της απόφασης, δόθηκε έμφαση στην κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ των ιατρών του χειρουργείου και διαπιστώθηκε ότι στην προκειμένη περίπτωση η πρωτοβουλία της επεμβάσεως ήταν αποκλειστικά στον ένα (καταδικασθέντα) χειρουργό, ο οποίος και έπαιρνε και εκτελούσε όλες τις αποφάσεις κατά τη διάρκεια αυτής, ενώ ο ρόλος του άλλου κατηγορούμενου νευροχειρουργού, ήταν εντελώς επικουρικός και βοηθητικός - συμβουλευτικός<sup>216</sup>. Δηλαδή καθ’ όλη τη διάρκεια της επέμβασης, αυτός εκτελούσε απλώς τις εντολές του κύριου χειρουργού και συγκεκριμένα φρόντιζε να κρατά καθαρό το χειρουργικό πεδίο, παρέδιδε όταν του το ζητούσε ο δεύτερος τα σπονδυλοδετικά υλικά, βοήθησε στη συρραφή του εξωτερικού τραύματος μετά την ολοκλήρωση της επέμβασης κτλ. Συνεπώς, κρίθηκε ότι ευθύνη για το βλαπτικό αποτέλεσμα μπορούσε να θεμελιωθεί μόνο στο πρόσωπο του βασικού χειρουργού και όχι του βοηθού του.

Επίσης, όπως κρίθηκε από το δευτεροβάθμιο Δικαστήριο που ασχολήθηκε με την ουσία της υπόθεσης, μεταγενέστερη επέμβαση στην οποία υπεβλήθη ο παθών για αναθεώρηση της σπονδυλοδεσίας, σε άλλο ιατρό του εξωτερικού, δεν διέκοψε τον αιτιώδη σύνδεσμο με την αρχική αμελή πράξη του κατηγορουμένου χειρουργού, όπως

---

<sup>215</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>216</sup> Βλ. ομοίως και ΑΠ 1332/2014, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, βάσει της οποίας, από όλη την ομάδα ιατρών που διενήργησε επέμβαση κυφοπλαστικής στην παθούσα, καταδικάστηκε για το θάνατό της από αμέλεια (που επήλθε κατά τη διάρκεια της επέμβασης λόγω εκτεταμένης αιμορραγίας από τρωθέν αγγείο), μόνο ο ειδικός χειρουργός ιατρός σπονδυλικής στήλης και όχι ο ορθοπεδικός - χειρουργός ιατρός και η αναισθησιολόγος ιατρός που συμμετείχαν στην επέμβαση, διότι κρίθηκε ότι, ο μεν πρώτος, δεν είχε ουσιαστική συμμετοχή στην επέμβαση ώστε να του αποδοθεί κάποιο ιατρικό σφάλμα, ο ρόλος του δε ήταν απλά βοηθητικός, η δε δεύτερη, ως αναισθησιολόγος, έκανε από την πλευρά της ό,τι ήταν ιατρικώς επιβεβλημένο για την αιμοδυναμική στήριξη της ασθενούς και στα δύο υποτασικά επεισόδια που υπέστη κατά τη διάρκεια της επεμβάσεως.

αυτός αβάσιμα επ' ακροατηρίω υποστήριξε, διότι ο παθών αναγκάστηκε να προβεί στην διορθωτική αυτή επέμβαση ακριβώς εξ αιτίας της προγενέστερης πλημμελούς συμπεριφοράς του υπό κρίσιν κατηγορουμένου, ενώ η βλάβη της υγείας του παρουσιάστηκε ήδη αμέσως μετά από αυτήν την τελευταία.

Με την ΑΠ 1888/2009<sup>217</sup> από την άλλη, επικυρώθηκε η καταδίκη για συγκλίνουσα αμέλεια σε ανθρωποκτονία ενός νευροχειρουργού και ενός ορθοπαιδικού χειρουργού ιατρού που διεξήγαγαν εγχείρηση αφαίρεσης καλοήθους νευριώματος και τοποθέτησης τεχνητής μήνιγγας σε ασθενή, καθώς και σπονδυλοδεσίας για στήριξη του αυχένα του. Συγκεκριμένα, ο πρώτος εξ αυτών (νευροχειρουργός) ανέλαβε την αφαίρεση του προαναφερθέντος νευριώματος και την τοποθέτηση τεχνητού μοσχεύματος (τεχνητής μήνιγγας) στο σημείο του εγκεφάλου που έμεινε κενό λόγω της αφαίρεσης, ενώ ο δεύτερος (ορθοπαιδικός χειρουργός) ανέλαβε τη σπονδυλοδεσία στον αυχένα του. Η συνολική επέμβαση, που διήρκησε περίπου 10 ώρες, ολοκληρώθηκε επιτυχώς και ο ασθενής εξήλθε του χειρουργείου για ανάληψη. Κατά την παραμονή του όμως στο νοσοκομείο προσεβλήθη από ενδοноσοκομειακή μετεγχειρητική λοίμωξη σταφυλόκοκκου, που είχε ως αποτέλεσμα αυτός να παρουσιάζει διάφορα συμπτώματα όπως υψηλό πυρετό και συγχυτικά επεισόδια. Ωστόσο, οι δύο ως άνω θεράποντες ιατροί του (ιατρός νευροχειρουργός και ορθοπαιδικός χειρουργός) δεν αξιολόγησαν ορθώς την κλινική εικόνα του ασθενούς συνδυαστικά με τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεών του, δεν πραγματοποίησαν τις ενδεδειγμένες σε τέτοιες περιπτώσεις ιατρικές εξετάσεις, παρακεντήσεις, εξετάσεις εγκεφαλονωτιαίου υγρού και καλλιέργειες και αντί αυτών, συναίνεσαν στο να χορηγηθεί στον εν λόγω ασθενή εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά την παρέλευση κάποιων ημερών, παρότι τα συμπτώματά του δεν είχαν υποχωρήσει. Όλες οι ανωτέρω παραλείψεις των χειρουργών ιατρών είχαν δε ως αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, να εμφανιστεί λόγω της προχωρημένης μηνιγγίτιδας εκτεταμένο αιμάτωμα στον εγκεφαλό του και τελικώς να υποστεί καρδιοαναπνευστική ανακοπή και να αποβιώσει.

Μία ακόμη ξεκάθαρη περίπτωση συγκλίνουσας αμέλειας ιατρών, κατά το εγχειρητικό στάδιο αυτή τη φορά, αναδεικνύεται μέσα από την ΑΠ 1337/2005<sup>218</sup>, κατά την οποία κηρύχθηκαν ένοχοι ανθρωποκτονίας από συγκλίνουσα αμέλεια ο

---

<sup>217</sup> Βλ. ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

<sup>218</sup> Βλ. ΠοινΧρ ΝΣΤ', σ. 240 επ., ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ.

*χειρουργός- μαιευτήρας ιατρός και ο αναισθησιολόγος ιατρός που διενήργησαν από κοινού στην παθούσα διαγνωστική επέμβαση υστεροσκόπησης. Συγκεκριμένα, κατά τα γινόμενα από το δευτεροβάθμιο δικαστήριο ανελέγκτως δεκτά πραγματικά περιστατικά, ο πρώτος κατηγορούμενος (χειρουργός- μαιευτήρας ιατρός) προκειμένου να διενεργήσει την υστεροσκόπηση στην παθούσα, διοχέτευσε στη μήτρα της ειδικό υγρό εκπτώξεως, χωρίς να ελέγχει σχολαστικά ως όφειλε το ισοζύγιο των χορηγούμενων και εξερχόμενων από το σώμα της υγρών, με συνέπεια αυτή να υποστεί υπερενυδάτωση (δηλητηρίαση δηλαδή δια ύδατος), επιπλοκή η οποία αν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως έχει ως περαιτέρω συνέπειες υπονατριάμια, πνευμονικό οίδημα, καρδιακή ανεπάρκεια, εγκεφαλικό οίδημα και θάνατο. Ο δεύτερος κατηγορούμενος από την άλλη (αναισθησιολόγος ιατρός), δεν παρακολουθούσε διαρκώς τα μηχανήματα ελέγχου των ζωτικών λειτουργιών της ασθενούς, με συνέπεια να μην αντιληφθεί έγκαιρα την επιπλοκή, παρά μόνον όταν πλέον η ασθενής ήταν σε βαρύτερη, μη αναστρέψιμη κατάσταση, εξαιτίας της οποίας ως μόνης ενεργού αιτίας<sup>219</sup> (όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο κείμενο της απόφασης), επήλθε τελικά ο θάνατός της.*

Παρόμοια υπόθεση, συγκλίνουσας αμέλειας *χειρουργού και αναισθησιολόγου*, που είχε ως συνέπεια το θάνατο της (ανήλικης) παθούσης εντός του χειρουργείου, αφορά και η παλαιότερη **ΑΠ 1438/2001**<sup>220</sup>. Συγκεκριμένα, η ανήλικη ασθενής (8 ετών), εισήχθη στο χειρουργείο ιδιωτικής κλινικής της Κέρκυρας για να υποβληθεί σε προγραμματισμένη επέμβαση αμυγδαλεκτομής. Για τη διενέργεια της επέμβασης συνέπραξαν οι δύο μετέπειτα κατηγορούμενοι, χειρουργός και αναισθησιολόγος ιατρός, ο δεύτερος εκ των οποίων μάλιστα ήταν κατά τις παραδοχές της απόφασης και σχετικά άπειρος, αφού εργαζόταν μόλις λίγους μήνες ως αναισθησιολόγος (γεγονός το οποίο γνώριζε άλλωστε και ο συνεργάτης του, ως άνω χειρουργός). Έτσι, κατά την έναρξη της επέμβασης, ο δεύτερος κατηγορούμενος (αναισθησιολόγος) χορήγησε από αμέλειά του στην ανήλικη, υπερβολική δόση ναρκωτικού φαρμάκου (σε σχέση με το βάρος και την ηλικία της) και μάλιστα πολύ απότομα, με συνέπεια αυτή να εκδηλώσει έντονα ασφυκτικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, μαύρο αίμα και μελάνιασμα. Ο δε πρώτος εξ αυτών, χειρουργός ιατρός, παρά την εκδήλωση των εξαιρετικά ανησυχητικών αυτών συμπτωμάτων, ουδόλως θορυβήθηκε και, αντί να διακόψει ως

<sup>219</sup> Βλ. για τη θεωρία της ενεργού αιτίας ανωτέρω, Κεφ. 5.1.3.1., σ. 38 επ.

<sup>220</sup> Βλ. ΠοινΔικ 2004, σ. 1239 επ., ΠοινΛογ 2001, σ. 1914 επ.

όφειλε την επέμβαση και να ασχοληθεί με την αποτροπή πιθανής επιδείνωσης της υγείας της ασθενούς, συνέχισε κανονικά τη διενέργεια αυτής μέχρι τέλους, με αποτέλεσμα η παθούσα να καταλήξει εντός του χειρουργείου. Αντιλαμβανόμενοι δε τελικώς οι ως άνω ιατροί την τραγική συνέπεια των πράξεών τους, προσπάθησαν να αποκρύψουν για κάποια ώρα το γεγονός του θανάτου της ανήλικης από τους οικείους της, ώστε να το παρουσιάσουν μετέπειτα ως οφειλόμενο σε μετεγχειρητικές επιπλοκές<sup>221</sup>. Κατά τα ανωτέρω, ο Άρειος Πάγος έκρινε εν προκειμένω ορθή και αιτιολογημένη την καταδίκη και των δύο κατηγορουμένων ιατρών για ανθρωποκτονία από συγκλίνουσα άνευ συνειδήσεως αμέλεια.

Τέλος, δέον όπως μνημονευθεί και η **ΑΠ 1644/2002**<sup>222</sup>, το ενδιαφέρον της οποίας εντοπίζεται κατά κύριο λόγο στο μεγάλο αριθμό των εμπλεκόμενων προσώπων, σε αμέλεια των οποίων αποδίδεται το αποτέλεσμα. Κατά τα πραγματικά περιστατικά της υπόθεσης, βρέφος 3,5 μηνών, μεταφέρθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Χανίων από τους γονείς του, για να διαπιστωθεί η αιτία του διαρκούς κλάματος και της ανησυχίας που παρουσίαζε. Εκεί, εξετάστηκε από ειδική παιδίατρο που υπηρετούσε στο νοσοκομείο (και τύγχανε μάλιστα συγγενής των γονέων του), η οποία από την κλινική του εικόνα διέγνωσε πρόβλημα στους πνεύμονές του και εξ αυτού του λόγου παρήγγειλε τη διενέργεια ακτινογραφίας θώρακος. Η ακτινογραφία πράγματι διενεργήθηκε από βοηθό ακτινολόγου και κατόπιν αξιολογήθηκε από την ως άνω παιδίατρο ιατρό που διέγνωσε (ορθώς) την ύπαρξη πνευμονοθώρακα. Από αμέλειά της όμως, ενόψει του ότι η ακτινογραφία δεν είχε τις σχετικές ενδείξεις Α (για το αριστερό μέρος αυτής) και Δ (για το δεξιό), διέγνωσε δεξιό πνευμοθώρακα, ενώ στην πραγματικότητα ήταν αριστερός πνευμονοθώρακας. Στη λανθασμένη αυτή διάγνωση, περί τη θέση του πνευμοθώρακα, όπως δέχθηκε το Δικαστήριο, πιθανώς παρασύρθηκε από την λανθασμένη (ανάποδη) εγγραφή στην ακτινογραφία του ονόματος του βρέφους, ενώ δεν έπρεπε σε κάθε περίπτωση ως ειδικευμένη παιδίατρος να αρκестθεί στην εσφαλμένη αυτή αναγραφή και μάλιστα αφού είχε γίνει όχι από ειδικό ακτινολόγο, αλλά από βοηθό ακτινολόγου, μπορούσε δε να διαγνώσει την ακριβή και σωστή θέση του πνευμοθώρακα, λόγω της ειδικότητά της, που της επέτρεπε και με βάση τις σταθερές θέσεις των οργάνων, όπως του ήπατος, να οδηγηθεί στο σωστό

---

<sup>221</sup> Βλ. σχετικά και δευτεροβάθμια απόφαση, ΕφΚερκ 125/2001, ΠοινΔικ 2002, σ. 132 επ.

<sup>222</sup> Βλ. ΠοινΔικ 2003, σ.383 επ., με παρατηρήσεις *Μαυροφόρου- Γιαννούκα Α.*, ΠοινΛογ 2002, σ. 1873 επ.



συμπέρασμα. Εν συνεχεία, αποφασίσθηκε η διενέργεια επέμβασης στο βρέφος και για το λόγο αυτό υποβλήθηκε σε περαιτέρω ακτινολογικές εξετάσεις, τις οποίες, αφού είδε αυτή τη φορά και ειδικός ακτινολόγος, Διευθυντής της ακτινολογικής κλινικής, κατέληξε μαζί με την ως άνω παιδίατρο στην κρίση ότι πράγματι το παιδί έπασχε από δεξιό πνευμονοθώρακα. Περαιτέρω αυτός (ο ακτινολόγος ιατρός), ανέγραψε στις ακτινογραφίες το όνομα του βρέφους στην ανάποδη πλευρά, ώστε αναγνωσθείσα η ακτινογραφία από την πλευρά που ήταν γραμμένο να φαίνεται πνευμοθώρακας δεξιά. Κατόπιν των ανωτέρω, το βρέφος εισήχθη στο χειρουργείο για να του τοποθετηθεί συσκευή BILLAW (συσκευή που αφαιρεί τον αέρα) στον πνεύμονα, ωστόσο η συσκευή αυτή του τοποθετήθηκε από τους δύο ειδικούς χειρουργούς ιατρούς, στον δεξιό πνεύμονα και όχι στον αριστερό στον οποίο υπήρχε το πρόβλημα, διότι αυτοί, επιδεικνύοντας ομοίως αμέλεια, αρκέστηκαν στις υποδείξεις των ανωτέρω ιατρών (παιδίατρου και ακτινολόγου) και δεν εξέτασαν οι ίδιοι ως όφειλαν τις ακτινογραφίες. Έτι περαιτέρω, παρότι η κατάσταση του βρέφους μετά την επέμβαση δεν βελτιωνόταν (όπως θα ήταν υπό φυσιολογικές συνθήκες αναμενόμενο), αυτοί οι τελευταίοι δεν έδωσαν εντολή για διενέργεια και άλλης ακτινογραφίας προς διαπίστωση του αιτίου της επιδείνωσης της υγείας του, πράγμα το οποίο αν είχαν πράξει εγκαίρως, θα οδηγούσε με βεβαιότητα σε διαπίστωση της λανθασμένης τοποθέτησης του BILLAW και θα καθιστούσε δυνατή τη διάσωση του τέκνου. Τελικώς, συνεπεία όλων των ανωτέρω πλημμελειών και των τεσσάρων κατηγορουμένων σωρευτικά, επήλθε το παράνομο αποτέλεσμα του θανάτου του βρέφους. Τούτων δοθέντων, και οι τέσσερις ιατροί κρίθηκαν από τη δευτεροβάθμια απόφαση (που δια της παρούσης κατέστη αμετάκλητη), ένοχοι ανθρωποκτονίας εξ αμελείας.

## 8. Επίλογος

Όπως παρατηρούμε, μέσα από σύντομη επισκόπηση της πρόσφατης νομολογίας, δεν είναι λίγες πλέον οι περιπτώσεις που ιατροί οδηγούνται στο εδώλιο του κατηγορουμένου, εφόσον κάποια ιατρική πράξη δεν έχει τα επιθυμητά για τον ασθενή αποτελέσματα. Παρατηρούμε επίσης ότι, παρά τις όποιες δογματικές δυσκολίες αναφύονται σε σχέση με την κατάφαση ποινικής ιατρικής ευθύνης, όπως είναι ιδίως αυτή που συνδέεται με την απόδειξη ύπαρξης αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της αμελούς συμπεριφοράς του ιατρού και του αποτελέσματος (λαμβανομένου υπ' όψιν ότι, αφενός αντικείμενο έρευνας αποτελεί η ίδια η αντίδραση του ανθρώπινου

οργανισμού, αφετέρου στην ποινική δίκη η αμφιβολία λειτουργεί πάντα υπέρ του κατηγορουμένου), η σύγχρονη νομολογία, ιδίως στο πεδίο των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων που μας απασχολεί, βρίθει αποφάσεων που καταδικάζουν ιατρούς για αμελείς συμπεριφορές τους κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι, η τάση που ήθελε παλαιότερα τους ιατρούς να βρίσκονται κατά κάποιο τρόπο στο “απυρόβλητο” έναντι της δικαιοσύνης και εξ αυτού του λόγου τα εγκλήματα ιατρικής αμέλειας να συγκαταλέγονται από πολλούς στις προνομιούχες μορφές παραβατικότητας<sup>223</sup>, τείνει στις μέρες μας να εξαλειφθεί πλήρως. Η συχνά υποστηριζόμενη λοιπόν ρήση, κατά την οποία “ο ήλιος φωτίζει τις επιτυχίες των ιατρών, η δε γη καλύπτει τα σφάλματά τους<sup>224</sup>”, φαίνεται στη σημερινή εποχή να μην βρίσκει αντίκρισμα, αφού παρά τις όποιες δυσχέρειες στην αποδεικτική ποινική διαδικασία, τελικώς πληθώρα αποφάσεων καταλήγουν σε καταδικαστική, τουλάχιστον για έναν από τους περισσότερους εμπλεκόμενους ιατρούς, κρίση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να ειπωθεί πάντως ότι, προσοχή χρειάζεται εκ μέρους του δικαστηρίου, ώστε από τη μία, ασφαλώς να τιμωρεί περιπτώσεις που η υπαιτιότητα του ιατρού κατά το κοινό περί δικαίου αίσθημα δεν αμφισβητείται, από την άλλη να μην άγεται στην όποια καταδικαστική κρίση παρασυρόμενο από το συναισθηματικά φορτισμένο κλίμα που οπωσδήποτε συνοδεύει το θάνατο ή τη βαριά βλάβη της υγείας ενός προσώπου, διότι ο ρόλος του ποινικού δικαίου δεν είναι να αναζητά εξιλαστήριο θύμα, προς εκτόνωση και μόνον των όποιων δυσάρεστων συναισθημάτων, αλλά η τιμώρηση των πραγματικών ενόχων (εάν και εφόσον υπάρχουν). Προς αυτό το σκοπό, ο εφαρμοστής του δικαίου πρέπει να μένει προσηλωμένος στην ποινική δογματική και να φροντίζει να διαπιστώνει και να αιτιολογεί επαρκώς, σε κάθε μεμονωμένη περίπτωση, τη συνδρομή των στοιχείων της αντικειμενικής και υποκειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων ιατρικής αμέλειας. Ιδιαίτερος δε, όπως σωστά επισημαίνεται από τη θεωρία<sup>225</sup>, πρέπει να επιδεικνύεται επιμέλεια σχετικά με την κατάφαση του στοιχείου της εξωτερικής και εσωτερικής αμέλειας στο πρόσωπο του ιατρού, λαμβανομένου υπ’ όψιν αφενός του ρόλου της «αρχής της εμπιστοσύνης» στα πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων μεταξύ πλειόνων συνεργαζόμενων προσώπων, αφετέρου των πραγματικών συνθηκών κάτω από τις οποίες δρουν οι εκάστοτε

---

<sup>223</sup> Βλ. παρατηρήσεις Μαγγανά Α. σε ΣυμβΠλημΑθ 2255/1998, ό.π., σ. 991.

<sup>224</sup> που αποδίδεται στον Νικοκλέους, Βασιλιά της Κύπρου κατά τον 4<sup>ο</sup> π.Χ. αιώνα.

<sup>225</sup> Βλ. Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 79 επ.

κατηγορούμενοι ιατροί, οι οποίες οπωσδήποτε επηρεάζουν το αντικειμενικό μέτρο απαιτούμενης επιμέλειας από μέρους τους, καθώς και το προσωπικό δύνασθαι αυτών. Έτσι, όταν παραδείγματος χάριν οι ιατροί, λόγω ελλείψεως προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, αναγκάζονται να εργάζονται μέσα στα χειρουργεία πάνω από τις επιτρεπόμενες ώρες που αποτελούν το διεθνές επίπεδο ασφαλείας<sup>226</sup> ή να παραμένουν στο νοσοκομείο και την επόμενη ημέρα από την ημέρα εφημερίας τους, πράγμα ομοίως απαγορευμένο κατά τα διεθνή πρότυπα, τότε σε κάθε περίπτωση η πιθανή κόπωσή τους, ο μεγάλος αριθμός περιστατικών που κλήθηκαν μέσα σε μία ημέρα να αντιμετωπίσουν και οι πιεστικοί ρυθμοί εργασίας τους, οπωσδήποτε πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον υπολογισμό του μέτρου επιμελείας που όφειλαν και μπορούσαν, υπό τις δεδομένες περιστάσεις, να επιδείξουν<sup>227</sup>.

Κατά τα λοιπά, μόνο θετική μπορεί να κριθεί η κατά τα ανωτέρω διαπιστούμενη μεταστροφή της νομολογίας, που πλέον δεν “διστάζει” να καταδικάζει ιατρούς σε περιπτώσεις επίδειξης από μέρους τους καταφανούς αδιαφορίας απέναντι στη ζωή και την υγεία ενός ανθρώπου. Εξάλλου, η άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, ακριβώς επειδή έχει να κάνει άμεσα με την ίδια την ανθρώπινη ζωή, οφείλει να διεξάγεται με απόλυτη ευσυνειδησία και υπευθυνότητα. Όταν δε αυτό δεν συμβαίνει, η απόδοση ποινικής ευθύνης επιβάλλεται, τόσο προς ηθική ικανοποίηση του ήδη παθόντος από το έγκλημα (ή της οικογένειάς του σε περίπτωση θανάτου του), που άλλως θα έμενε ανυπεράσπιστος, όσο και προς ενίσχυση του αισθήματος ευθύνης γενικά των ιατρών απέναντι στο πολύ σημαντικό έργο τους.

---

<sup>226</sup> Βλ. Υπουργική απόφαση Υ40/3592/96 (4) «Καθορισμός ελάχιστων ορίων προδιαγραφών για ασφαλή χορήγηση αναισθησίας» (ΦΕΚ Β', 25.11.1997).

<sup>227</sup> Βλ. Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Ποινική ιατρική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, ό.π., σ. 79 επ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Roxin Cl., ο καταλογισμός στην αντικειμενική υπόσταση του εγκλήματος, απόδοση Χαραλαμπίκη Α., έκδ. 1985.
2. Ανδρουλάκη Ν., Ποινικό Δίκαιο, Ειδικό Μέρος, έκδ. 1974.
3. Του ιδίου, Γενικό Μέρος Ι, θεωρία για το έγκλημα, έκδ. 2006.
4. Βασιλακόπουλου Π., σε Τιμητικό Τόμο Ανδρουλάκη, έκδ. 2003.
5. Γιαννίδη Ι., σε ΣυστΕρμ ΠΚ, άρ. 14, έκδ. 2005.
6. Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Ποινική ευθύνη από αμέλεια σε πεδία κατανομής αρμοδιοτήτων, σε “Ιατρική Ευθύνη από Αμέλεια (Αστική- Ποινική), Ειδικά Θέματα Ιατρικού Δικαίου”, έκδ. 2013.
7. Της ίδιας, Εξωτερική και εσωτερική αμέλεια στο ποινικό δίκαιο, έκδ. 1994.
8. Καραμπελα Λ., Ιατρικές πράξεις και ποινική ευθύνη, έκδ. 2009.
9. Λιούρδη Α., Ιατρική Ποινική Ευθύνη, Γενικές Έννοιες & Ειδικά Ζητήματα, έκδ. 2014.
10. Μανωλεδάκη Ι., Ποινικό Δίκαιο, Επιτομή Γενικού Μέρους, Ζ΄ έκδοση, 2005.
11. Μπέκα Γ., Η προστασία της ζωής και της υγείας στον Ποινικό Κώδικα, έκδ. 2004.
12. Μυλωνόπουλου Χ., Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος Ι, έκδ. 2007.
13. Του ιδίου, Ποινικό Δίκαιο, Γενικό Μέρος ΙΙ, Απόπειρα- Συμμετοχή- Συρροή, έκδ. 2008.
14. Του ιδίου, Εφαρμογές Ποινικού Δικαίου, έκδ. 1997.
15. Του ιδίου, Τα εκ του αποτελέσματος διακρινόμενα εγκλήματα, έκδ. 1984.
16. Πλεύρη Α., Η ποινική ευθύνη στην ιατρική πράξη, Έρευνα και περιορισμός με αντικείμενο τον άνθρωπο, έκδ. 2007.
17. Τοπαλή Σ.- Χοβαρδά Χ., Η ποινική ιατρική ευθύνη μέσα από τη νομολογία των ελληνικών δικαστηρίων- Τάσεις της τελευταίας δεκαετίας, σε “Η ιατρική Ευθύνη στην πράξη, Νομολογιακές τάσεις της τελευταίας δεκαετίας”, Επιμ. Γώγος Κ., Καϊάφα- Γκμπάντι Μ., Παπαδοπούλου Λ., Φουντεδάκη Κ., έκδ. 2010.
18. Φράγκου Κ., Ιατρική Ευθύνη, Αστική-Ποινική-Πειθαρχική, Ποινικά αδικήματα Ιατρών, έκδ. 2018.

19. Χαραλαμπίκη Α., Ιατρική Ευθύνη, Νομικές και Δεοντολογικές Παράμετροι, έκδ. 2016.
20. Του ιδίου, Επιτομή Ποινικού Δικαίου, Γενικό Μέρος, έκδ. 2016.
21. Χωραφά, Ποινικό Δίκαιο, έκδ. 1978.

## ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλαπάντα Α., Ο αιτιώδης σύνδεσμος στην ποινική ιατρική ευθύνη, Ζητήματα εφαρμογής των θεωριών του ισοδυνάμου των όρων και του αντικειμενικού καταλογισμού, ΕλλΔικ 2017, τ. 4, σ. 1008 επ.
2. Ανδρουλάκη Ν., Η εξωτερική αμέλεια, ΠοινΧρ Κ', έκδ. 1970, σ. 93 επ.
3. Βαθιώτη Κ., Κατανομή ποινικής ευθύνης επί αμελών παραλείψεων πλειόνων ειδικών και ειδικευόμενων ιατρών, Όταν η οξεία σκωληκοειδίτιδα συγχέεται με εμπύρετη γαστρεντερίτιδα, ΠοινΧρ ΞΣΤ', έκδ. 2016, σ. 489 επ.
4. Του ιδίου, παρατηρήσεις σε ΑΠ 1920/2007, ΠοινΧρ ΝΗ', έκδ. 2008, σ. 705 επ.
5. Βασιλακόπουλου Π., Αμελής Παράλειψη- Εξωτερική αμέλεια- Αμέλεια, ΠοινΧρ ΝΓ', έκδ. 2003, σ. 673 επ.
6. Κωστάρα Α., Θεμελιώνει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση μόνη η ιδιότητα του ιατρού;, Υπερ 1994, σ. 1209 επ.
7. Λίβου Ν., παρατηρήσεις σε ΑΠ 615/1995, ΠοινΧρ ΜΕ', έκδ. 1995, σ. 940 επ.
8. Του ιδίου, παρατηρήσεις σε ΑΠ 364/1995, ΠοινΧρ ΜΕ', έκδ. 1995, σ. 743 επ.
9. Λιούρδη Α., Ποινική Ευθύνη των ιατρών στις βαριατρικές επεμβάσεις, ΠοινΔικ 2009, τ. 12., σ. 1421 επ.
10. Μαγγανά Α., παρατηρήσεις σε ΣυμβΠλημΑθ 2255/1998, ΠοινΔικ 1998, τ. 10, σ. 986 επ.
11. Μαυροφόρου- Γιαννούκα Α., παρατηρήσεις σε ΤρΕφΑθ 4549/2000, ΠοινΔικ 2002, σ. 130 επ.
12. Της ίδιας, παρατηρήσεις σε ΑΠ 1644/2002, ΠοινΔικ 2003, σ.383 επ.
13. Παναγόπουλου Π., παρατηρήσεις σε ΑΠ 1317/2010, ΠοινΔικ 2012, σ. 3 επ.
14. Πολίτη Χ., Η έννοια της ιατρικής ευθύνης και το μέτρο επιμελείας του γιατρού στο ποινικό δίκαιο, Επιθεώρηση Ιατρικού Δικαίου, έκδ. 2016, τ. 8., σ. 9 επ.
15. Σπυρόπουλου Η., Σκέψεις για την αιτιότητα στο δια παραλείψεως τελούμενο έγκλημα και τον προστατευτικό σκοπό του κανόνα δικαίου με αφορμή μία περίπτωση ιατρικής αμέλειας (ΑΠ 472/2014), ΠοινΧρ ΞΣΤ', έκδ. 2016, σ. 496 επ.

16. Χαραλαμπίκη Α., παρατηρήσεις σε ΑΠ 576/1992, ΠοινΧρ ΜΒ΄, έκδ. 1992, σ. 578 επ.