

Το βιβλίο προς παρουσίαση λέγεται «Ποινική ευθύνη από ιατρική αμέλεια Χειρουργού, Αναισθησιολόγου και Ειδικευομένων Ιατρών» της Νικούλη-Ζαμπίτη Σωτηρίας, Δικηγόρου με μεταπτυχιακές σπουδές στο Ιατρικό Δίκαιο και τη Βιοηθική, και εκδόθηκε το 2022.

Είναι χωρισμένο σε τρία κεφάλαια (το πρώτο λειτουργεί εισαγωγικά) και ένα συμπέρασμα ως υποκεφάλαιο του τρίτου κεφαλαίου. Κατά την άποψή μου, θα έπρεπε να υπάρχει ένα κεφάλαιο γενικού συμπεράσματος για να υπάρχει αντιστοιχία κεφαλαίου εισαγωγής-γενικού συμπεράσματος.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τη φύση και την ιστορική εξέλιξη των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και αυτών που αποδίδουν την ποινική ευθύνη σε ιατρούς κατά την τέλεση του καθήκοντός τους.

Η ιατρική είναι η επιστήμη που ασχολείται με την πρόληψη και θεραπεία των ασθενών. Λειτουργεί ως μέσο προστασίας των αγαθών της ανθρώπινης ζωής και της υγείας και για αυτό η άσκησή της χαρακτηρίζεται ως λειτούργημα, το οποίο συνοδεύεται από ένα δεοντολογικό πλαίσιο άσκησης καθηκόντων. Έτσι, σε ολόκληρο τον κόσμο έχουν καθιερωθεί κανόνες που δεσμεύουν τον ιατρό νομικά και ηθικά (καθώς ο όρος «δεοντολογία» είναι συνυφασμένος με την ηθική).

Οι πρώτοι ιστορικά δεοντολογικοί κανόνες που είναι γνωστοί αποτυπώνονται στον Κώδικα του *Χαμουραμπί*, οι οποίοι επέφεραν βαριές ποινικές κυρώσεις, όπως αποκοπή του χεριού του ιατρού, σε περίπτωση θανάτου του ασθενούς. Αντίστοιχες αναφορές υπήρξαν στην «Ιερά Βίβλο» των Αιγυπτίων και στο «Βεντικάντ» των Αρχαίων Περσών. Στην Αρχαία Ελλάδα σημαντικό ρόλο έπαιξαν τα κείμενα του Δράκοντα και του Σόλωνα ενώ στη Ρώμη οι ποινικές κυρώσεις επιβάλλονταν με βάση το νόμο *Lex Aquila Plebiscitum* (180 π.Χ.).

Στη σύγχρονη εποχή, για την εναρμόνιση του Ελληνικού Δικαίου με τα διεθνή τεκταινόμενα, κύρωσε ο Έλληνας νομοθέτης σε πρώτη φάση τη Σύμβαση του Οβιέδο (N. 2619/1998).

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας επικαιροποίησε την προηγούμενη νομοθεσία που ίσχυε στην Ελλάδα και κατέστησε σαφή τη συνεργασία μεταξύ ιατρών από διαφορετικές ειδικότητες με σκοπό την αποτελεσματικότερη θεραπεία των ασθενών.

Όσον αφορά στην ιατρική αμέλεια, το άρθρο 2 παίζει σημαντικό ρόλο για τον έλεγχο της εξωτερικής αμέλειας ως αντικειμενικού σφάλματος. Εφόσον τηρήθηκαν οι επιταγές της ιατρικής κατά τη διάρκεια της ιατρικής πράξης (*lege artis*) το βλαπτικό αποτέλεσμα δεν μπορεί να συνδεθεί αιτιωδώς με τον ιατρό.

Επιπλέον, προβλέπει ευθύνη του ειδικευομένου μόνο σε πράξεις που αναλαμβάνει με την επάρκεια των γνώσεών του και την κτήση του πτυχίου του (π.χ. λήψη αίματος) θα μπορούσε να αποτρέψει το βλαπτικό αποτέλεσμα, αλλά δεν το έκανε.

Οι παλιότερες αντιλήψεις αντιμετώπιζαν τις ιατρικές επεμβάσεις ως αρχικά άδικες πράξεις και η συναίνεση του ασθενούς λειτουργούσε ως λόγος άρσης του αδικού. Η

θέση αυτή δεν μπορεί να εφαρμοστεί, σύμφωνα με τη συγγραφέα, στο ελληνικό σύστημα, καθώς η συναίνεση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί αναλογικά σε βαρύτερες ιατροχειρουργικές πράξεις (308 παρ. 2 ΠΚ). Επιπλέον, θα έθιγε τις πράξεις των ιατρών σε αρχικό στάδιο και οι ίδιοι θα καλούνταν να αποδείξουν τη λήψη έγκυρης συναίνεσης από τον ασθενή στο πλαίσιο της Ποινικής Δικαιοσύνης.

Στη σημερινή εποχή, αντιθέτως, επικρατούν η θεωρία του αποτελέσματος και η θεωρία *lege artis*.

Στη θεωρία του αποτελέσματος, υποστηρίζεται ότι είναι κρίσιμο το τελικό αποτέλεσμα της πράξης, για να χαρακτηριστεί ως αρχικά άδικη ή όχι. Σε περιπτώσεις επιτυχούς έκβασης, δε θεμελιώνεται η αντικειμενική υπόσταση της σωματικής βλάβης, γιατί θεωρείται ότι δεν υπάρχει καν η οιαδήποτε βλάβη. Ακόμα, δεν ενδιαφέρει το αν έδρασε κατά των επιταγών της ιατρικής, γιατί, εφόσον μιλάμε για απόπειρα (και όχι τέλεση λόγω επιτυχίας της πράξης), η απόπειρα προϋποθέτει πάντα δόλο για να επιδοθούν ευθύνες.

Κατά προέκταση, ούτε στις περιπτώσεις που δεν λήφθηκε υπόψιν η συναίνεση του παθόντος επιρρίπτονται ευθύνες με το πρόσχημα ότι σκοπός είναι η προστασία του εννόμου αγαθού της σωματικής ακεραιότητας και της υγείας. Φυσικά, όμως, για να καλυφθεί το πιθανό κενό στο συλλογισμό αυτό, καλύπτουν, κατά τη συγγραφέα, τα άρθρα 330 ΠΚ και 361 ΠΚ.

Ούτε στις περιπτώσεις που οι πράξεις διενεργήθηκαν *lege artis* αλλά δεν σημειώθηκε η επιθυμητή έκβαση αποδίδονται ευθύνες, καθώς δεν υπάρχει, επίσης, καν άδικη πράξη.

Η *lege artis* που επικρατεί στη γερμανική θεωρία συνδέει την ποινική ευθύνη με την τήρηση των προβλεπόμενων κανόνων της επιστήμης και όχι με την έκβαση των αποτελεσμάτων των πράξεων. Δεν πληρούται η αντικειμενική υπόσταση κανενός εγκλήματος. Τα αρνητικά σημεία της θεωρίας αυτής είναι το ότι συνδέει έννομες συνέπειες αφενός με την επέλευση τυχαίων αποτελεσμάτων, αφετέρου φέρνει σε μειονεκτική θέση τον ιατρό που, αν και ενήργησε χωρίς την τήρηση των αναφερθέντων κανόνων, επέφερε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αναγνωρίζει το ρίσκο των ιατρικών πράξεων και προσπαθεί να θεμελιώσει ποινική ευθύνη βάσει αποκλειστικά αντικειμενικών και υπαρκτών μεγεθών.

Η πιθανή αποτυχία, κατά προέκταση, δεν οδηγεί σε ευθύνη του ιατρού, καθώς αυτός δεν υπόσχεται να θεραπεύσει τον ασθενή (μόνο προσπαθεί), αλλά και δεν μπορεί να αποκλείσει την οποιαδήποτε βλάβη κατά τη διάρκεια της πράξης. Επομένως, καθίσταται απαραίτητο ένα αντικειμενικό σφάλμα, μια εξωτερική αμέλεια για να στοιχειοθετηθεί έγκλημα αμέλειας.

Όταν ο ιατρός επιλέγει μια μέθοδο θεραπείας, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του συνολικά το περιστατικό που αντιμετωπίζει αλλά και να έχει την πληρέστερη τεκμηρίωση σε σχέση με τις υπόλοιπες μεθόδους. Ιδιαίτερα, ο ιατρός στα εγκλήματα

εξ αμελείας δια παραλείψεως δεν ενεργεί εξωτερικά αμελώς, όταν ο ασθενής αρνείται τη θεραπεία, καθώς η ενέργεια της θεραπείας παύει να είναι κοινωνικά αναμενόμενη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την οριοθέτηση της ποινικής ιατρικής ευθύνης από αμέλεια για την ανθρωποκτονία (302 ΠΚ) και τη βαριά σωματική βλάβη (314 ΠΚ).

Όσον αφορά στην πρώτη περίπτωση, η πάγια νομολογία έχει καθιερώσει τις εξής προϋποθέσεις για την πραγμάτωση της αντικειμενικής υπόστασης του εγκλήματος: να μην καταβλήθηκε η προσοχή που θα κατέβαλλε ο μέσος και συνετός άνθρωπος βάσει, φυσικά, των νομικών και ιατρικών κανόνων που επιτάσσονται, να ήταν δυνατό αυτός να προβλέψει και αποτρέψει το αποτέλεσμα της φερόμενης αξιόποινης πράξης, αλλά και να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της ενέργειας ή παράλειψης και του αναφερθέντος αποτελέσματος. Παρά το γεγονός ότι αυτή η άποψη που συγκλίνει με τάση της νομολογίας αλλά και της θεωρίας αντιμετωπίζει την αμέλεια αποκλειστικά ως μορφή υπαιτιότητας, τα τελευταία χρόνια η νομολογία του Αρείου Πάγου αναγνωρίζει την «εξωτερική αμέλεια» ως στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης. Ως προϋπόθεση, συγκεκριμένα, εφαρμογής του 302 ΠΚ, αποτελεί η παράβαση κάποιας αντικειμενικής υποχρέωσης επιμέλειας ή παράλειψης του φερόμενου δράστη.

Στη σωματική βλάβη εξ αμελείας, που αποτελεί έγκλημα αποτελέσματος, πέραν των αναφερθέντων είναι απαραίτητο να επέλθει ένα βλαπτικό για την υγεία του ασθενούς αποτέλεσμα για να μπορεί να εφαρμοστεί το 314 ΠΚ. Συγκεκριμένα, μπορεί να είναι είτε σωματική κάκωση είτε βλάβη της υγείας του ασθενούς. Ως σωματική κάκωση ορίζεται η προσβολή της μορφικής ακεραιότητας του του σώματος, ενώ ως βλάβη υγείας η προσβολή της λειτουργικής ακεραιότητας· η δεύτερη συμπεριλαμβάνει και την πρώτη. Και στις δύο εντοπίζεται το «υλικό ίχνος» που αφήνουν στον οργανισμό του ασθενούς. Παραδείγματα κάκωσης είναι οι εκδορές, τα οιδήματα, οι μώλωπες, οι εκχυμώσεις κ.ο.κ. Ο πόνος δεν είναι, σύμφωνα με τη συγγραφέα, απαραίτητος για την ύπαρξη κάκωσης, καθώς όπου υπάρχει πόνος υπάρχει και κάκωση, αλλά δεν ισχύει το αντίθετο (π.χ. περιπτώσεις που ο ασθενής τελεί υπό αναισθησία). Έτσι, σύμφωνα με τη συγγραφέα, η βλάβη σχετίζεται με κατάσταση διαρκή και απαιτεί θεραπεία του ασθενούς είτε με ιατρική παρέμβαση, είτε με τις φυσικές του δυνάμεις αποκλειστικά.

Έτσι, στη θεωρία επικρατεί η άποψη για το διττό χαρακτήρα της αμέλειας· η εξωτερική αμέλεια ως εμπειρικά παρατηρήσιμη στον εξωτερικό χώρο συμπεριφορά είναι στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων, ενώ η εσωτερική αμέλεια ως μορφή ψυχολογικού δεσμού του δράστη με το αποτέλεσμα είναι στοιχείο της υποκειμενικής υπόστασης. Και τα δύο τελούν ως προϋποθέσεις για την τέλεση είτε της ανθρωποκτονίας είτε της σωματικής βλάβης.

Ειδικότερα, η εξωτερική αμέλεια εμφανίζεται ως παράβαση καθήκοντος επιμέλειας από τον ιατρό. Η υποχρέωση αυτή απορρέει από το γράμμα του νόμου, από σύμβαση, από προηγούμενη επικίνδυνη συμπεριφορά του ιδίου ή από τα όσα επιτάσσει η επιστήμη. Σε περίπτωση που η πράξη του ιατρού βρίσκεται εντός του πλαισίου ευθυνών που του αναλογούν, τότε αυτή δε θεωρείται καν αρχικώς άδικη και δεν πραγματώνεται η αντικειμενική υπόσταση των 302 και 314 ΠΚ.

Έπειτα η συγγραφέας δίνει δύο ορισμούς για την εξωτερική αμέλεια. Σύμφωνα με την επιστήμη, είναι μια επικίνδυνη ενέργεια, παράλειψη ή συμπεριφορά, που θέτει τους εμπειρικούς όρους κινδύνου στην αιτιώδη διαδρομή προς την προσβολή του εννόμου αγαθού. Σύμφωνα με άλλη άποψη, είναι η αντικειμενική παραβίαση ενός καθήκοντος επιμέλειας, που αποσκοπεί στην προστασία του προστατευόμενου εννόμου αγαθού. Το μέτρο επιμέλειας κρίνεται με βάση τον μέσο και συνετό κοινωνό. Και στους δύο γίνεται κατανοητό ότι εκτός από την εν λόγω ενέργεια ή παράλειψη ενδιαφέρει οπωσδήποτε να υπάρχει και συσχέτιση με μια μορφή κινδύνου για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς, η οποία θα ολοκληρώσει το αντικειμενικό υπόβαθρο του εγκλήματος.

Η συγγραφέας παραθέτει προς υποστήριξη των ανωτέρω και ένα απόσπασμα από την απόφαση ΑΠ 128/2015, ΤΝΠ ΝΟΜΟΣ, κατά την οποία ο ιατρός ευθύνεται αν από επιπολαιότητα ή από αδικαιολόγητη άγνοια δεν ακολούθησε τις επιταγές της Επιστήμης και, κατά προέκταση οδηγήθηκε σε εσφαλμένη διάγνωση – θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει να ελέγχεται ως προς τον τρόπο παρακολούθησης της πορείας του ασθενούς βάσει των δικών του ικανοτήτων αλλά και του μέσου ιατρού της ίδιας ειδικότητας. Άξιο αναφοράς είναι το ότι στα εγκλήματα παραλείψεως η αξιόποινη συμπεριφορά είναι η παρεμπόδιση της αιτιώδους διαδρομής προς το αποτέλεσμα.

Για να κριθεί αν πρόκειται περί εξωτερικής αμέλειας εξετάζουμε, επίσης, κι αν τηρούνται ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες (guide - lines) όταν πράττει ο ιατρός. Αυτές αφορούν σε κείμενα για το ζήτημα που ενδιαφέρει εκάστοτε και βοηθάει στην επίλυση ενός διαγνωστικού ή θεραπευτικού προβλήματος, αλλά και διαχρονικούς κανόνες και αξίες που διέπουν διαχρονικά την ιατρική επιστήμη. Και εδώ, βέβαια, πάλι η συγγραφέας τονίζει ότι πρέπει να υπάρχει και η απειλή κινδύνου που θα οδηγήσει σε βλάβη εκτός από την παραβίαση των οδηγιών αυτών.

Στις περιπτώσεις όπου η ιατρική αμέλεια προκύπτει από παράλειψη του ιατρού, ελέγχουμε εάν θα εφαρμοστεί το 15 ΠΚ. Συγκεκριμένα, μόνο όταν το σύνολο συμπεριφοράς προηγείται του αποτελέσματος στηριζόμαστε στο άρθρο της ανθρωποκτονίας μαζί με το 15 ΠΚ υποστηρικτικά (μη γνήσια εγκλήματα).

Ο Άρειος Πάγος, μάλιστα, σημειώνει ότι είναι ωφέλιμο να προσδιορίζεται σαφώς από πού απορρέει η ιδιαίτερη αυτή νομική υποχρέωση, ενώ όταν πρόκειται για ορισμένη παράλειψη (και όχι σύνολο) δεν χρειάζεται να εφαρμοστεί το 15 ΠΚ.

Η θεωρία, ωστόσο, σύμφωνα με τη συγγραφέα, αντικρούει το τελευταίο επιχείρημα: η παραπάνω διάκριση οδηγεί στη σύγχυση μεταξύ της αντικειμενικής προσβολής του καθήκοντος, ως στοιχείου της αμελούς συμπεριφοράς, και της παράβασης της ιδιαίτερης νομικής υποχρέωσης, ως στοιχείου του μη γνήσιου εγκλήματος παράλειψης. Το εξ αμελείας έγκλημα με θετική ενέργεια πραγματώνεται όταν παραβιάζεται απευθείας ένας απαγορευτικός κανόνας επιμέλειας, ενώ στα διά παραλείψεως ένας επιτακτικός κανόνας δικαίου.

Η παράλειψη, όπως έχει αποτυπωθεί από τη συγγραφέα σύμφωνα με τη θεωρία, είναι μια πραγματική αρνητική στάση του δράστη, που εμφανίζεται ως αδράνεια σε δεδομένη στιγμή και σε δεδομένο χώρο, η οποία οριοθετείται από την πραγματική δυνατότητα του δράστη να εξέλθει από αυτή την αρνητικότητα και την αδράνειά του και να ενεργήσει. Σύμφωνα και με το 15 ΠΚ, ο δράστης δεν έχει εκπληρώσει μια ιδιαίτερη νομική υποχρέωσή του απέναντι σε κάποιο πρόσωπο και μαζί με το 28 ΠΚ στοιχειοθετείται εν τέλει η ευθύνη από αμέλεια. Κατά την κρατούσα στην ελληνική θεωρία άποψη, η εγγυητική θέση ευθύνη του δράστη να αποτρέψει τη βλάβη γίνεται δεκτή ως πρόσθετο άγραφο στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης των διά παραλείψεως τελούμενων εγκλημάτων, για να περιοριστούν οι υποχρεώσεις που απορρέουν από το 15 ΠΚ.

Οι υποχρεώσεις αυτές πηγάζουν από το γράμμα του νόμου, συμβάσεις, όπως την ιατρική αγωγή που συνοδεύεται από εξασφάλιση αποτροπής κινδύνου στο μέλλον, και οποιαδήποτε σχετική επικίνδυνη συμπεριφορά, που δημιουργήσε τον κίνδυνο επέλευσης του αποτελέσματος στο παρελθόν.

Όπως και στα υπόλοιπα εγκλήματα διά παράλειψης, ο αιτιώδης σύνδεσμος πράξης - αποτελέσματος αναζητάται μέσα από την υποθετική αιτιότητα, ότι δηλαδή το αποτέλεσμα δε θα είχε επέλθει με πιθανότητα που αγγίζει τη βεβαιότητα εάν είχε προηγηθεί η απαραίτητη ενέργεια αποτροπής του.

Σύμφωνα και με τα αναφερθέντα, ο ορισμός της εσωτερικής αμέλειας δίνεται από το 28 ΠΚ. Η Αρεοπαγίτικη νομολογία υποστηρίζει ότι ο δράστης αφενός δεν κατέβαλε την απαιτούμενη προσοχή και αφετέρου μπορούσε βάσει των δικών του ικανοτήτων να προβλέψει και αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα. Είναι, κατά προέκταση, ο «ψυχικός σύνδεσμος» του δράστη με το έγκλημα και την έννομη τάξη. Διακρίνεται σε ενσυνειδήτη και άνευ συνειδήσεως. Η πρώτη αφορά στην έλλειψη της επιμέλειας που αρμόζει όταν μια εκούσια μυϊκή κίνηση του σώματός του ήταν πιθανό να προκαλέσει αξιόποιο αποτέλεσμα, ο ίδιος, ωστόσο, πίστευε ή ήλπιζε να μην πραγματοποιηθεί αυτό. Στην άνευ συνειδήσεως ο δράστης δε γνώριζε ότι υπάρχει πιθανότητα να πραγματοποιηθεί αξιόποιο αποτέλεσμα και για αυτόν τον λόγο δε γίνεται λόγος για το «βουλευτικό στοιχείο» της πράξης του ιατρού. Αυτή η μορφή αμέλειας αποτελεί τη διαχωριστική γραμμή μεταξύ υπαιτιότητας και τυχαίου γεγονότος (casus), άσχετα με το αν αυξάνεται το μεμπτό της πράξης λόγω του απαράδεκτου βαθμού απροσεξίας που επέδειξε ο δράστης. Η άνευ συνειδήσεως είναι στη συντριπτική πλειονότητα αυτή που ενδιαφέρει τις δικαστικές αποφάσεις περισσότερο.

Τα κριτήρια με τα οποία καθορίζεται το επιθυμητό μέτρο επιμέλειας είναι το αντικειμενικό και το υποκειμενικό, τα οποία συνιστούν, κατά την άποψη του Μανωλεδάκη, το *δεοντολογικό στοιχείο της ενοχής*. Το αντικειμενικό συνίσταται στην έλλειψη προσοχής που όφειλε να καταβάλει με βάση τον μέσο και συνετό κοινωνό, ενώ το υποκειμενικό την ικανότητα του δράστη βάσει του δικού του γνωστικού υποβάθρου να προβλέψει και να αποφύγει το αξιόποιο αποτέλεσμα. Το *οντολογικό*, από την άλλη, *στοιχείο της ενοχής*, είναι μια «διαπίστωση», μια «αξιολόγηση», ότι δηλαδή ο δράστης δεν προέβλεψε ή προέβλεψε αλλά πίστεψε ότι δε θα επέλθει το

αποτέλεσμα. Στη νομολογία επικρατεί η άποψη ότι είναι απαραίτητο να αναφέρεται στη καταδικαστική απόφαση ποιο από τα δύο είδη αμέλειας ενδιαφέρει εκάστοτε, αφού η διάκριση καθίσταται σαφής και στο 28 ΠΚ, καθώς σε αντίθετη περίπτωση δε θα ήτο εφικτός ο αναιρετικός έλεγχος για την εφαρμογή του ουσιαστικού δικαίου και, άρα, θα τίθετο ζήτημα έλλειψης νόμιμης βάσης.

Για να διαπιστωθεί ο βαθμός επιρροής των προσόντων του ιατρού στο επιθυμητό πάντα μέτρο επιμέλειας που πρέπει να καταβληθεί, ελέγχεται, σύμφωνα με την κρατούσα άποψη στη θεωρία, το αν οι γνώσεις του είναι κατώτερες από αυτές του μέσου συναδέλφου του ή ανώτερες. Στην πρώτη περίπτωση, αυτές λειτουργούν προς όφελος του κατηγορουμένου στην εκδίκαση της υπόθεσης, ενώ στη δεύτερη, παρά το ότι, μάλιστα, αυτός πιθανά αρκέστηκε στο εύρος γνώσεων του μέσου, τότε το Δικαστήριο οφείλει να λάβει υπόψιν του τις τελευταίες. Οι υποστηρικτές αυτής της θεωρίας στηρίζουν το επιχείρημά τους στο ότι αν λαμβάνονται υπόψιν τα προχωρημένα κάθε φορά προσόντα ορισμένων ιατρών για την εκδίκαση των υποθέσεων που τους αφορούν, τότε θα υπάρξει σκληρότερη αντιμετώπιση προς αυτούς από την Ποινική Δικαιοσύνη και, κατά προέκταση, κανένας δε θα θέλει να εξειδικεύεται και να αναλαμβάνει περαιτέρω ευθύνες, λόγω του κινδύνου αυτού. Εύλογα, κατά τη συγγραφέα, αυτή η άποψη ενδέχεται αμφισβητήσεις, καθώς οι ατομικές ικανότητες του ιατρού είναι η αιτία που ο ιατρός ήρθε σε επαφή με το τελικά βλαφθέν έννομο αγαθό και, μάλιστα, διαφορετική είναι η θεμελίωση αντικειμενικού κινδύνου από τις απαιτήσεις του καθενός για τον μέσο, συνετό κοινωνό - ιατρό.

Κατά μία άλλη άποψη, το πρότυπο επιμέλειας πρέπει να χωρίζεται σε υπό-πρότυπα για τον ειδικευόμενο, τον έμπειρο, τον πανεπιστημιακό κ.λπ.

Η παράγραφος 2 του άρθρου 3 του ΚΙΔ προβλέπει ότι ο Ιατρός ενεργεί με βάση την εκπαίδευση που έχει λάβει, τις δεξιότητες/πείρα που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής (άρα λαμβάνεται υπόψιν το προσωπικό «ηδύνατο») και τους προσαρμοσμένους στα νέα κάθε φορά δεδομένα κανόνες που ισχύουν στην ιατρική.

Η νομολογία, μάλιστα, αποδίδει βαρύτερη ευθύνη σε πρόσωπο με ειδικότητα, καθώς οι υπηρεσίες του επιβάρυναν περισσότερο τον ασθενή λόγω αυτής της ειδικότητας.

Η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ εξωτερικά αμελούς συμπεριφοράς και τελικώς επελθόντος αποτελέσματος αποτελεί άγραφο στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων, καθώς προσθέτει σε αυτήν στοιχεία και την εξειδικεύει με δεοντολογικά-αξιολογικά κριτήρια και περιορίζει το αξιόποινο της πράξης. Κατά μία άλλη άποψη, αυτό δεν είναι σωστό, επειδή η αιτιώδης συνάφεια δεν προσδιορίζει την έννοια του κάθε συγκεκριμένου εγκλήματος, γι' αυτό και προτείνεται να γίνεται αναφορά σε «λογικό σύνδεσμο».

Έπειτα, γίνεται διάκριση μεταξύ ποινικής αξιολογής αμέλειας και ποινικού αδιάφορου τυχηρού. Θα πρέπει, δηλαδή, η παραβίαση ενός κανόνος να οφείλεται σε σφάλμα ως αποτέλεσμα πλημμελούς συμπεριφοράς, το οποίο αποδοκιμάζεται από την έννομη τάξη και πραγματώνεται με την έλευση του κινδύνου. Δεν αποκλείονται περιπτώσεις

στις οποίες ευθύνονται πολλά άτομα τα οποία θα κριθούν αυτοτελώς, αλλά χωρίς τη συνδρομή του καθενός ξεχωριστά δε θα υπήρχε το αξιόποινο αποτέλεσμα (σωρευτική αιτιότητα).

Σύμφωνα με τη θεωρία του ισοδύναμου των όρων, με πρώτους εισηγητές τον Glaser (1858) και τον Buri (1873), ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ πράξης και αποτελέσματος υπάρχει όταν σε περίπτωση που θα απολειπόταν η πράξη, θα συναπολειπόταν και το αποτέλεσμα με πιθανότητα που αγγίζει τη βεβαιότητα. Σε αυτήν την περίπτωση η συμπεριφορά τεκμαίρεται ως *εκ των ων ουκ άνευ* αίτιο του αποτελέσματος (*conditio sine qua non*). Όλοι οι αιτιώδεις όροι θεωρούνται μεταξύ τους ισοδύναμοι, χωρίς την προσθήκη άλλων υποθετικών ορών.

Οι έχοντες αμφιβολία για την εφαρμογή της θεωρίας αυτής υποστηρίζουν ότι η προσθήκη μιας τόσο υποκειμενικής προϋπόθεσης, όπως ο σύνδεσμος αυτός, αφήνει περιθώριο για τέλεση αυθαιρεσιών και επιβαρύνεται κατά τοιούτο τρόπο η θέση των κατηγορουμένων. Σημαντικό παράδειγμα η αμέλεια του ιατρού που μελετάται σε όλο το έργο (ο ιατρός δεν είχε ως στόχο την πραγμάτωση του αξιόποινου αποτελέσματος).

Στην ελληνική ποινική θεωρία δίνεται βάση στην άμεση αιτιότητα πράξης και αποτελέσματος, το οποίο απορρέει από τη θεωρία του αντικειμενικού καταλογισμού. Με αυτόν τον τρόπο εξετάζεται αντικειμενικά κάθε φορά ο σύνδεσμος για την τέλεση μιας πράξης. Οι προϋποθέσεις για να επιλεγούν ορθά οι όροι που σχηματίζουν αιτιακή σύνδεση είναι: α) το κοινωνικό νόημα της συμπεριφοράς που προκύπτει από το νομικό-δεοντολογικό πλαίσιο, β) η επέλευση του αποτελέσματος και γ) κατά πόσο η εν λόγω κάθε φορά συμπεριφορά ήταν πράγματι άδικη πράξη, αν ληφθεί υπόψιν το κοινωνικό πρόσφορο της πράξης ή η επιτρεπτή διακινδύνευση του αγαθού.

Η θεωρία της φυσικής ενότητας της πράξης προβλέπει ότι η αιτία της πράξης είναι μια μυϊκή κίνηση του φορέα της όπου συνδέεται με ένα φυσικό αποτέλεσμα όταν αυτή ενσαρκώνεται σε αυτό το αποτέλεσμα. Ο Μανωλεδάκης προβλέπει ότι σε περίπτωση παράλειψης ή ανθρώπινη ενέργεια είναι αιτία του αποτελέσματος όταν αυτό μπορεί να προέλθει και από άλλη ενέργεια που μετατρέπεται στο αποτέλεσμα αυτό. Η θεωρία αυτή έχει πιο σαφή όρια, αλλά για την πλήρη εφαρμογή της πρέπει να εγκαταλειφθεί οριστικά η θεωρία του ισοδύναμου των όρων προς αναζήτηση των πραγματικών δραστών.

Η θεωρία απαγόρευσης της αναδρομής (*Regressverbot*) εισήχθη πρώτη φορά από τον Frank και αξιοποιήθηκε για την διακοπή του αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της αρχικά αμελούς συμπεριφοράς και του επελθόντος αποτελέσματος εξαιτίας δόλιας παρέμβασης τρίτου. Μάλιστα, η θεωρία αυτή εφαρμόζεται ακόμα κι όταν ο τρίτος που παρενέβη είναι ο φορέας του αποτελέσματος σε περιπτώσεις αυτοδιακινδύνευσης ή αυτοπροσβολής. Εξάιρεση αποτελεί η περίπτωση κατά την οποία ο αρχικός δράστης διαθέτει και εξωτερική και εσωτερική αμέλεια, ανεξάρτητα από τη μορφή υπαιτιότητας του παρεμβαίνοντος προσώπου.

Ο Χαραλαμπίδης συστήνει ότι ο αιτιώδης σύνδεσμος πρέπει να διακόπτεται όταν η συμπεριφορά του τρίτου καθιστά ανενεργή την αρχική, καθώς σε αντίθετη περίπτωση θα απαλλασσόταν συνεχώς ο δράστης που υπέπεσε αρχικώς σε αντικειμενικό σφάλμα.

Παράδειγμα θεμιτής αναδρομής είναι όταν ένας ειδικός ιατρός ανέθεσε σε μία μεθυσμένη νοσηλεύτρια να χορηγήσει ένεση σε ασθενή και είτε αυτή χρησιμοποίησε λάθος φάρμακο, είτε έδωσε εντολή να τη χορηγήσει ένας ειδικευόμενος ιατρός.

Στη γερμανική ποινική θεωρία τα τελευταία τριάντα πέντε περίπου χρόνια η θεωρία του καταλογισμού ως στοιχείου της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων από αμέλεια. Σύμφωνα με αυτήν, στα εγκλήματα αποτελέσματος το επελθόν αποτέλεσμα θεωρείται συνέπεια αξιόποινης συμπεριφοράς μόνο όταν συνδέεται με αυτήν βάσει ενός αντικειμενικού και πραγματικού συνδέσμου και όχι ενός αιτιώδους και τυχαίου. Δηλαδή, η αιτιώδης συνάφεια δεν είναι επαρκής χωρίς μια συμπεριφορά που να οδήγησε στη δημιουργία ενός κινδύνου ιδιαίτερα βλαπτικού για το προς προσβολή έννομο αγαθό και αυτός ο κίνδυνος πραγματώθηκε εν τέλει στο αξιόποινο αποτέλεσμα. Αν δεν πραγματοποιήθηκε ο κίνδυνος ή εάν συντρέχουν λόγοι αναδρομής στην αρχική αμέλεια, τότε δεν εφαρμόζεται η εν λόγω θεωρία.

Γίνεται δεκτό ότι αποτελεί άγραφο στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης των εγκλημάτων και σε περιπτώσεις αμφιβολιών γύρω από την ύπαρξή της, αυτές λειτουργούν πάντα προς όφελος του κατηγορουμένου (in dubio pro reo)

Οι αντικειμενικές συνθήκες που επηρεάζουν την ύπαρξη καταλογισμού είναι οι έκτακτες περιπτώσεις, όπως ο δυνατός σεισμός αλλά και πιο συνήθεις όπως η έλλειψη αναγκαίου εξοπλισμού και προσωπικού στις μονάδες υγείας, οι οποίες δεν είναι δυνατό να απαλειφθούν λόγω ανωτέρας βίας. Επίσης, θα πρέπει να είναι απολύτως αναγκαία η υπηρεσία που δεν ακολουθεί τα επιθυμητά πρότυπα επιμέλειας και να μην μπορεί να αξιοποιηθεί κάποια εναλλακτική πρόταση. Παράδειγμα είναι η επείγουσα κατάσταση του ασθενούς μετά από τροχαίο ατύχημα που χρήζει χειρουργικής επέμβασης, αλλά δε λαμβάνουν χώρα οι προεγχειρητικές εξετάσεις.

Ο καταλογισμός δεν θεωρείται στοιχείο της αντικειμενικής υπόστασης όταν εκλείπει η εξωτερική αμέλεια, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις αυτοδιακινδύνευσης ή αυτοπροσβολής. Συγκεκριμένα, για να ισχύσει αυτό θα πρέπει το θύμα να έχει πλήρη επίγνωση του κινδύνου της πράξης που πρόκειται να τελέσει (και όχι να πράττει άθελά του ή αγνοώντας σημαντικούς παράγοντες για την εξέλιξη της ενέργειάς του), να μπορεί να αντιληφθεί την πράξη του στις συνθήκες υπό τις οποίες θα την τελέσει (δεν τελεί ένας ανήλικος, ένας μεθυσμένος κ.λπ.) και να μην εξαρτάται από παρέμβαση τρίτου η έκβαση του αποτελέσματος. Φυσικά σε περίπτωση που τρίτα συμμετέχοντα πρόσωπα σε αυτοδιακινδύνευση άλλου έχουν εγγυητική ευθύνη απέναντι σε έννομο αγαθό που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω της εν λόγω αυτοδιακινδύνευσης, αυτή δε χάνεται.

Στις ανεπιτυχείς εκβάσεις ελέγχεται κατ' αρχήν η ορθότητα της απόφασης αλλά και η συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική πράξη. Όταν είναι σαφές ότι δεν θα υπάρξει όφελος από την ιατρική πράξη, ο ιατρός οφείλει να απέχει από αυτή (π.χ.

καρδιοχειρουργός προτείνει σε ηλικιωμένο με βεβαρημένο ιστορικό να εισαχθεί σε χειρουργείο). Η ευπάθεια του ασθενούς και η μετεγχειρητική του πορεία εξακολουθούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στη λήψη των ορθών αποφάσεων.

Σε περιπτώσεις όπου ο ιατρός ακόμα κι αν ακολουθούσε την «νόμιμη εναλλακτική πορεία», αλλά το αποτέλεσμα θα ήταν το ίδιο αναπόφευκτο, τότε δε φέρει ευθύνη ο ιατρός, διότι δεν μπορεί να σταματήσει την αιτιώδη διαδρομή προς αποφυγή της προσβολής του αγαθού και δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος προκαλούμενος από τη συμπεριφορά του ιατρού, αλλά ένας κίνδυνος ο οποίος πηγάζει από διαφορετική κατάσταση μη ελεγχόμενη από τον επιβλέποντα ιατρό. Στην ΑΠ 513/1969 ο χειρουργός που απουσίαζε από το νοσοκομείο δεν τιμωρήθηκε εν τέλει, καθώς ο ασθενής που τον περίμενε με ακατάσχετη αιμορραγία δε θα σωζόταν ούτως ή άλλως,

Κατά τη νομολογία, η νόμιμη εναλλακτική συμπεριφορά εμπίπτει στο «ανθρωπίνως φευκτό» της υπαιτιότητας. Γι' αυτό το λόγο, αφού εξετάζεται κατά τον καταλογισμό, γίνεται η εξής διάκριση: όταν με βεβαιότητα το αποτέλεσμα θα επερχόταν και με την τήρηση της νόμιμης εναλλακτικής συμπεριφοράς, ο δράστης δε θα φέρει ευθύνη. Σε αντίθετη, όμως, περίπτωση δεν ισχύει το ίδιο και δεν καλύπτεται ο δράστης ούτε από την αρχή *in dubio pro reo*, δεδομένου ότι πρόκειται περί πραγματικών περιστατικών στα οποία δε χωρούν αμφιβολίες.

Σε περίπτωση υπαγωγής του ιστορικού συμβάντος σε ξένο τομέα ευθύνης ο αρχικά αμελής δεν μπορεί να αλλάξει την αιτιώδη διαδρομή προς το μη ανατρέψιμο πια αποτέλεσμα, ενώ δεν απειλεί ο κίνδυνος που προκάλεσε ο ενεργών ιατρός, αλλά ένας κίνδυνος προερχόμενος από κάποιο άλλο πρόσωπο και, άρα, δε θεωρείται έργο του αρχικά αμελούς. Μερικά παραδείγματα είναι όταν ο ιατρός δίνει εντολή σε νοσηλεύτρια για χορήγηση ένεσης κι αυτή δε χορηγεί το σωστό φάρμακο ή όταν καρδιοχειρουργός και αναισθησιολόγος βρίσκονται σε χειρουργείο, αλλά ο τελευταίος δεν βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, χωρίς όμως να έχει ενημερώσει, και αναθέτει σε νοσηλεύτρια να χορηγήσει δόση αναισθητικού μεγαλύτερη από την επιθυμητή στον ασθενή (την οποία την έχει ήδη προετοιμάσει ο αναισθησιολόγος).

Η αρχή της εμπιστοσύνης αποκλείει την πλήρωση της αντικειμενικής υπόστασης εγκλήματος εξ αμελείας, καθώς τεκμαίρεται ότι οποιοσδήποτε ενεργεί εντός του πλαισίου που ορίζει η αρχή αυτή δρα επιμελώς.

Εξαιρέσεις στην εφαρμογή της αρχής καθιστούν οι περιπτώσεις, όπου το λάθος του οποιουδήποτε συμμετέχει στην πράξη αναμένεται λόγω παραγόντων, όπως ανηλικότητα, διατάραξη συνειδήσεως από αλκοόλ κ.λπ. ή όταν γίνεται λόγος για σύνθητες λάθος. Όταν δεν επιδεικνύεται η δέουσα προσοχή από τα πρόσωπα και πράττουν αλόγιστα, τότε η πράξη τους αποτελεί αντικειμενικό σφάλμα. Η αρχή επίσης κάμπτεται όταν ο μέσος και συνετός κοινωνός είναι σε θέση να προβλέψει ότι το πρόσωπο προς εμπιστοσύνη δε θα μπορέσει να αντεπεξέλθει στην υποχρέωσή του.

Η μοναδική νομοθετική ρύθμιση στην Ελλάδα που αφορά στην αρχή της εμπιστοσύνης μεταξύ των ιατρών είναι η παράγραφος 1 του άρθρου 25 του ΝΔ 4/4/9/1935 με αρκετές όμως ασάφειες στο κείμενό της.

Για να γίνει ξεκάθαρος ο τρόπος κατανομής των καθηκόντων στο πλαίσιο της αρχής της εμπιστοσύνης, γίνεται λόγος για οριζόντια κατανομή μεταξύ των ιατρών ίδιας ειδικότητας και κάθετη όταν πρόκειται για σχέση όπως του ειδικευομένου και του ειδικού ιατρού. Ο επιμελής κάθε φορά συμπράττων κοινωνός δε φέρει ευθύνη για το αποτέλεσμα που επήλθε επειδή δεν εξουδετερώθηκε, καθώς ο ίδιος δεν μπορούσε να πράξει διαφορετικά, χωρίς να διαφοροποιείται η αντιμετώπιση αυτή από οριζόντια σε κάθετη κατανομή καθηκόντων.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της συλλογικής ιατρικής ποινικής ευθύνης μέσα από παραδείγματα Δικαστικών Αποφάσεων που έχουν φτάσει ως τον Άρειο Πάγο.

Η συγκλίνουσα αμέλεια ενδιαφέρει στις περιπτώσεις όπου εμπλέκονται περισσότεροι από ένας ιατροί σε ένα πλαίσιο *συνεργαζόμενης ιατρικής ομάδας*, όπου παρέχουν τις υπηρεσίες τους από κοινού στον ασθενή. Φυσικά, δεν παύουν τα καθήκοντα που απορρέουν από την κάθε ειδικότητα να μεταβάλλονται, ούτε είναι απαραίτητο μία ομάδα να ενεργεί στον ίδιο τόπο και χρόνο.

Τυχόν δυσχερή ζητήματα κατανομής αρμοδιοτήτων επιλύονται με βάση τον ΚΙΔ, το ακριβές αίτιο της βλάβης και τα συγκεκριμένα πραγματικά περιστατικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις μεταξύ οποιουδήποτε ιατρού και του αναισθησιολόγου, η νομολογία αποδίδει ποινική ευθύνη συγκλίνουσας αμέλειας, διότι ο πρώτος έχει την ευθύνη της καλής έκβασης του εγχειρήματος, ενώ ο δεύτερος της συντήρησης των ζωτικών λειτουργιών του οργανισμού του ασθενούς. Εξάλλου, δεν είναι λίγες οι φορές που δεν είναι εύκολα ανιχνεύσιμα τα όρια των ευθυνών του καθενός ξεχωριστά.

Όσον αφορά στα παραδείγματα οριζόντιας κατανομής αρμοδιοτήτων, η απόφαση ΤρΕφΚερκυρ 125/2001 αφορά υπόθεση ιατρικής αμέλειας κατά τη διενέργεια αμυγδαλεκτομής, στην οποία εμπλέκονταν τόσο ο χειρουργός όσο και ο αναισθησιολόγος. Ειδικότερα, κρίθηκε ότι κατά τη διάρκεια της επέμβασης χορηγήθηκε στις ανήλικες ασθενείς υπερβολική δόση αναισθητικού φαρμάκου από τον αναισθησιολόγο, γεγονός που συνέβαλε καθοριστικά στην επιδείνωση της κατάστασής του, ενώ παράλληλα ο χειρουργός δεν σταμάτησε το χειρουργείο, αμέσως μόλις το αντιλήφθηκε. Το Εφετείο δέχθηκε ότι οι παραλείψεις και των δύο ιατρών συνιστούσαν συγκλίνουσα αμέλεια κατά παράβαση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης, για αυτό και κατέληξαν στο τέλος οι ανήλικες.

Στην ΑΠ 2432/2003 καταδικάστηκαν ένας χειρουργός και ένας αναισθησιολόγος, γιατί κατά τη διάρκεια λιποαναρρόφησης, η οποία δεν έγινε με υποδομή ανάνηψης, γιατί δεν υπήρχε, ο αναισθησιολόγος χορήγησε αναισθητικό φάρμακο που είχε κατηγορηθεί για θανατηφόρα αποτελέσματα.

Στην ΜΟΔ Καβάλας 15/2002 καταδικάστηκε ο χειρουργός γυναικολόγος για το εκ του αποτελέσματος διακρινόμενο έγκλημα του 304 παρ. 2β του ΠΚ και ο αναισθησιολόγος

για άμεση συνέργεια στην εκ δόλου ανεπίτρεπτη διακοπή της κύησης του άρθρου 304 παρ. 2α του ΠΚ. Στην προκειμένη περίπτωση, ο χειρουργός είχε διενεργήσει, με τη βοήθεια του αναισθησιολόγου, ανεπίτρεπτη τεχνητή διακοπή κύησης σε μη οργανωμένη νοσηλευτική μονάδα, δηλαδή στο ιατρείο του, όπου δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μέσα για τη συγκεκριμένη επέμβαση (καρδιογράφος, μηχανήματα υποστήριξης της αναπνοής, τράπεζα αίματος κλπ.) και χωρίς να προηγηθούν ιατρικές εξετάσεις. Κατά την επέμβαση, για την οποία χορήγησε αναισθησία ο αναισθησιολόγος, προκλήθηκε ο θάνατος της εγκύου από υποογκαιμικό σοκ, αφού όχι μόνο δεν υπήρχαν τα κατάλληλα μέσα για την αντιμετώπισή του, αλλά υπήρξε και καθυστερημένη μεταφορά της εγκύου στο νοσοκομείο, στην προσπάθεια να μην αποκαλυφθεί η απαγορευμένη άσκηση ιδιωτικού επαγγέλματος από τον χορηγήσαντα τη νάρκωση αναισθησιολόγο, αφού ετύγχανε Διευθυντής του ΕΣΥ.

Με την ΑΠ 230/2015 κρίθηκαν υπαίτιοι για ανθρωποκτονία εξ αμελείας χειρουργός - γυναικολόγος και αναισθησιολόγος, διότι αν και ο πρώτος γνώριζε, ως της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης του θύματος, ότι έπασχε από καρδιοπάθεια, επέτρεψε κατ' αρχήν τη συνέχιση της εγκυμοσύνης της, υπό συνθήκες φυσιολογικής, και την ολοκλήρωση του τοκετού της σε ιδιωτική κλινική που δεν διέθετε ούτε καν καρδιολόγο, πολλώ δε μάλλον, μονάδα εντατικής θεραπείας και διαθέσιμο καρδιοχειρουργό και χωρίς καν να έχει ενημερώσει την επίτοκο για τον κίνδυνο επέλευσης καρδιακής ανεπάρκειας που συνεπάγετο η συνέχιση και η ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης της. Συνεπώς, η ασθενής εμφάνισε αυξημένη καρδιακή πίεσης κατά τον τοκετό και υπέστη κάμψη επί εδάφους συγγενούς καρδιοπάθειας, με συμπτώματα πνευμονικού οιδήματος, που δεν μπόρεσαν να αντιμετωπισθούν εξαιτίας της διενέργειας του τοκετού σε ιδιωτική κλινική με μη επαρκή υποδομή για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου περιστατικού, με αποτέλεσμα να καταλήξει. Ο δε αναισθησιολόγος κρίθηκε επίσης για οτιδήποτε συνέβη κατά τη διάρκεια της αναισθησίας, καθώς δεν αξιολόγησε ορθώς την επικινδυνότητα του τοκετού της καρδιοπαθούς επιτόκου και ανέλαβε κατά την επέμβαση να ενεργήσει και ενήργησε οσφυϊκή επισκληρίδιο αναισθησία. Με την ΑΠ 1505/2017 επικυρώθηκαν οι ανωτέρω κατηγορίες για τον γυναικολόγο, γιατί δεν έπραξε σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης, αγνόησε το να προβλέψει και να αποφύγει το αποτέλεσμα και υπήρχε ισχυρός αιτιώδης σύνδεσμος αιτίας-αποτελέσματος.

Όσον αφορά στην κάθετη κατανομή, στην ΑΠ 122/2019 κρίνεται σαφώς το πλαίσιο ευθύνης των ειδικευόμενων ιατρών. Συγκεκριμένα, αυτό καθορίζεται από το α) όταν η διάγνωση του ανακλύπτοντος προβλήματος δεν προϋποθέτει ειδικές ή επιπλέον ιατρικές γνώσεις, που προσδίδει στον ιατρό η απόκτηση μιας ειδικότητας, αλλά μπορεί να επιτευχθεί και με τις βασικές γνώσεις της ιατρικής επιστήμης, που κάθε ιατρός πρέπει να διαθέτει, β) εάν δεν παράσχουν ή παράσχουν πλημμελώς ιατρική αρωγή (μη διενέργεια ιατρικών πράξεων ή διενέργεια αυτών κατά τρόπο εσφαλμένο, π.χ. πρώτες βοήθειες, εντολή διενέργειας εξετάσεων, αξιολόγηση συμπτωμάτων και αποτελεσμάτων εξετάσεων), παρότι δεν απαιτούνται για τη διενέργειά τους εξειδικευμένες γνώσεις, γ) εάν αναλάβουν να διενεργήσουν ιατρική πράξη που απαιτεί

εξειδικευμένες γνώσεις, καίτοι όφειλαν στην περίπτωση αυτή να ενημερώσουν άμεσα και χωρίς οποιαδήποτε καθυστέρηση τους ειδικευμένους ιατρούς (σφάλμα περί την ανάληψη) και δ) εάν ενεργούν κατά παράβαση των οδηγιών και των υποδείξεων των ειδικευμένων ιατρών.

Υπάρχουν πολλά κείμενα που καθιέρωσαν την ευθύνη ειδικευόμενου ιατρού, όπως είναι η ΣυμβΠλημΚαβ 2/1998 στην οποία ο εφημερεύων ειδικός ιατρός απουσίαζε και ανέλαβε περιστατικό ο εφημερεύων ειδικευόμενος, ο οποίος έπρεπε να ειδοποιήσει άμεσα τον ειδικό ιατρό, εφόσον παρατηρούσε τη κλιμάκωση της κατάστασης της εξάχρονης ανήλικης. Η αμελής αυτή πράξη του οδήγησε στο θάνατο της ασθενούς. Ωστόσο, στο βούλευμα δεν διασαφηνίζεται το αν μπορούσε ο ειδικευόμενος ιατρός να αναλάβει τα περιστατικά όλα που αφορούσαν στον απουσιάζαντα ειδικό ιατρό, ούτε αν πράγματι υπάρχει μορφή υπαιτιότητας του ειδικευόμενου, καθώς αυτός δεν είχε το απαραίτητο γνωστικό υπόβαθρο. Δικαιολογημένα, λοιπόν, με πρόταση της Εισαγγελίας δεν κατηγορήθηκε εν τέλει ο ειδικευόμενος.

Στο Βούλευμα 45/2006 ΣυμβΠλημΧίου δεν καταδικάστηκε η ειδικευόμενη για ανθρωποκτονία από αμέλεια, καθώς κρίθηκε ότι δεν ήταν αναγκαία η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Μετά από τη διενέργεια του απαραίτητου ηλεκτροκαρδιογραφήματος και άλλων κλινικών εξετάσεων η ειδικευόμενη δε θεώρησε απαραίτητο να ενημερώσει τον ειδικό ιατρό, ούτε να εισαχθεί ο ίδιος επειγόντως σε κλινική (παρά την επιμονή της προς τον ασθενή να παραμείνει αυτός στην παθολογική). Ούτε και το στοιχείο της εσωτερικής αμέλειας υπάρχει εδώ, καθώς ακόμα και η διάγνωση από ειδικό ιατρό δεν θα εξασφάλιζε τη μη προσβολή της ζωής του αποθανόντος. Υπάρχει, ωστόσο, και το ενδεχόμενο, σύμφωνα με τη συγγραφέα, να διενεργούνταν κάποια πράξη που να μην μπορούσε να την πραγματοποιήσει ο ειδικευόμενος, γεγονός το οποίο δεν λαμβάνεται υπόψιν στο παρόν βούλευμα.

Η απόφαση ΑΠ 830/2009 του Άρειος Πάγος αφορά την καταδίκη ειδικευόμενου παιδιάτρου για ανθρωποκτονία εξ αμελείας, με θύμα 28μηνο νήπιο που κατέληξε από σηψαιμία. Το παιδί εισήχθη σε σοβαρή κατάσταση με υψηλό πυρετό, αναπνευστική δυσχέρεια και εργαστηριακά ευρήματα (λευκοπενία/ουδετεροπενία) ενδεικτικά σοβαρής λοίμωξης, πιθανώς πνευμονίας. Παρά τα στοιχεία αυτά, ο εφημερεύων ιατρός δεν παρακολούθησε επαρκώς την πορεία της υγείας του, δεν αξιολόγησε ορθά τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα και δεν προέβη εγκαίρως στη χορήγηση της αναγκαίας ενδοφλέβιας αντιβιοτικής αγωγής και οξυγόνου, αλλά το αντιμετώπισε ως απλή ιογενή λοίμωξη, με περιορισμένη αγωγή. Η καθυστέρηση αυτή οδήγησε σε βαριά βακτηριαιμία, σηπτικό σοκ και τελικά πολυοργανική ανεπάρκεια και θάνατο. Ωστόσο, στην υπόθεση αναδείχθηκε και προβληματισμός ως προς την εσωτερική αμέλεια του ειδικευόμενου, δεδομένου ότι και η επιμελήτρια ιατρός, με ανώτερη εμπειρία, είχε καταλήξει στην ίδια αρχικά εσφαλμένη διάγνωση, γεγονός που θέτει ζήτημα ως προς το μέτρο της επιμέλειας που μπορούσε να απαιτηθεί από αυτόν.

Η απόφαση ΑΠ 675/2014 του Άρειος Πάγος επικύρωσε την καταδικαστική απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Θράκης (314/2013), με την οποία κρίθηκαν ένοχοι για

ανθρωποκτονία εξ αμελείας δύο ειδικοί ιατροί (χειρουργός και παθολόγος) και δύο ειδικευόμενοι. Η υπόθεση αφορούσε τον θάνατο ανήλικης ασθενούς, της οποίας η κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα ήταν, κατά το δικαστήριο, σαφώς ενδεικτικά οξείας σκωληκοειδίτιδας. Παρά ταύτα, οι κατηγορούμενοι προέβησαν σε εσφαλμένη διάγνωση, χορήγησαν ακατάλληλη αγωγή και αποφάσισαν την αποχώρησή της από το νοσοκομείο χωρίς περαιτέρω διερεύνηση, ενώ οι ειδικευόμενοι δεν ενημέρωσαν καν τους εφημερεύοντες ειδικούς ιατρούς. Το δικαστήριο έκρινε ότι οι ειδικευόμενοι, παρά το στάδιο εκπαίδευσής τους, διέθεταν επαρκείς γνώσεις και εμπειρία ώστε να αντιληφθούν τη σοβαρότητα της κατάστασης, στοιχειοθετώντας μη συνειδητή αμέλεια, καθώς από έλλειψη της απαιτούμενης προσοχής δεν οδηγήθηκαν στη μόνη ορθή διάγνωση, με αποτέλεσμα τον θάνατο της ασθενούς.

Η απόφαση ΑΠ 675/2014 του Άρειος Πάγος, παρότι επικρίθηκε ως προς ζητήματα αντικειμενικού καταλογισμού και απαγόρευσης αναδρομής σε σχέση με τους ειδικούς ιατρούς, κρίθηκε ορθή ως προς την καταδίκη των ειδικευόμενων. Το δικαστήριο δέχθηκε ότι τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα (αυξημένα λευκά αιμοσφαίρια και ουδετερόφιλα) οδηγούσαν με βεβαιότητα, ακόμη και έναν μέσο ειδικευόμενο ιατρό, στη διάγνωση οξείας σκωληκοειδίτιδας. Συνεπώς, δεν υπήρχε ζήτημα αδυναμίας διάγνωσης ή έλλειψης εσωτερικής αμέλειας, καθώς αποδείχθηκε ότι οι κατηγορούμενοι είχαν την ικανότητα να καταλήξουν στην ορθή διάγνωση: η ειδικευόμενη χειρουργός την είχε αρχικά διαγνώσει, ενώ ο ειδικευόμενος παθολόγος είχε ενημερωθεί σχετικά δύο φορές, αλλά απέρριψε τη διάγνωση και υιοθέτησε εσφαλμένα την εκδοχή της γαστρεντερίτιδας, δίνοντας μάλιστα εξιτήριο στην ασθενή. Με βάση τα δεδομένα αυτά, το δικαστήριο κατέληξε ότι η ευθύνη των ειδικευόμενων ιατρών θεμελιώνεται σαφώς, καθώς δεν κατέβαλαν την επιμέλεια που απαιτείται από τον μέσο ιατρό της βαθμίδας τους.

Η απόφαση ΑΠ 670/2011 του Άρειος Πάγος αφορά υπόθεση ιατρικής αμέλειας, στην οποία εξετάστηκε η ευθύνη ανειδίκευτου/ειδικευόμενου ιατρού για πλημμελή διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενούς. Στην προκειμένη περίπτωση, ο ιατρός κλήθηκε να διαχειριστεί περιστατικό του οποίου τα συμπτώματα και τα ευρήματα δεν απαιτούσαν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις, αλλά μπορούσαν να αξιολογηθούν με βάση τις βασικές αρχές της ιατρικής επιστήμης. Παρά ταύτα, παρέλειψε να εκτιμήσει ορθά την κατάσταση του ασθενούς και να προβεί στις ενδεδειγμένες ενέργειες, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας του. Το δικαστήριο έκρινε ότι η απαιτούμενη επιμέλεια κρίνεται με βάση το πρότυπο του μέσου ιατρού και όχι με βάση το επίπεδο εξειδίκευσης, υπογραμμίζοντας ότι ακόμη και ο ανειδίκευτος ιατρός υπέχει ευθύνη όταν το περιστατικό μπορεί να διαγνωσθεί με στοιχειώδεις ιατρικές γνώσεις, απορρίπτοντας έτσι ισχυρισμούς περί μειωμένης υπαιτιότητας λόγω έλλειψης ειδικότητας.

Η απόφαση ΠλημΡόδου 3016/2003 αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα καταλογισμού αμέλειας σε ειδικευόμενο ιατρό, ο οποίος κατά τη διάρκεια εφημερίας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών παρέλειψε να παρακολουθήσει συστηματικά την πορεία ασθενούς και να προσαρμόσει εγκαίρως τη θεραπευτική του αντιμετώπιση.

Ειδικότερα, μετά την αρχική εξέταση παρέπεμψε τον ασθενή σε άλλη κλινική χωρίς επαρκή επανεκτίμηση, δεν αναθεώρησε τη διάγνωσή του παρά την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων που υποδείκνυαν διαφορετική πάθηση και δεν φρόντισε να διερευνήσει πλήρως τις συνθήκες τραυματισμού. Το δικαστήριο έκρινε ότι οι παραλείψεις αυτές συνιστούν αμέλεια, τονίζοντας μάλιστα ότι ο ιατρός φέρει ευθύνη και για το γεγονός ότι αποδέχθηκε να υπηρετήσει σε νευραλγική θέση, παρά το ότι γνώριζε την περιορισμένη εμπειρία και τις ελλειπείς γνώσεις του, στοιχείο που ενίσχυσε την κρίση περί υπαιτιότητας.

Η απόφαση ΑΠ 1384/2001 του Άρειος Πάγος αφορά υπόθεση στην οποία ειδικευόμενοι ιατροί κατηγορήθηκαν για πλημμελή αντιμετώπιση ασθενούς, πλην όμως τελικώς απαλλάχθηκαν. Από τα πραγματικά περιστατικά προέκυψε ότι οι ιατροί συμμετείχαν στην αντιμετώπιση του περιστατικού στο πλαίσιο της εφημερίας τους, ενεργώντας βάσει των οδηγιών των θεραπόντων ειδικών ιατρών και των δυνατοτήτων του νοσοκομείου. Παρακολουθούσαν την πορεία του ασθενούς, εφάρμοσαν την ενδεδειγμένη αγωγή σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που είχαν λάβει και δεν παρέλειψαν κάποια ενέργεια που να μπορούσε, κατά τα δεδομένα της στιγμής, να αποτρέψει το δυσμενές αποτέλεσμα. Το δικαστήριο έκρινε ότι, υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες, είχαν επιδείξει την επιμέλεια που αναμένεται από έναν μέσο ειδικευόμενο ιατρό και ότι η συμπεριφορά τους δεν συνιστούσε απόκλιση από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, ιδίως λαμβανομένου υπόψη ότι ενεργούσαν υπό εποπτεία και όχι αυτοτελώς.

Η απόφαση ΑΠ 1484/2008 του Άρειος Πάγος επικύρωσε την καταδικαστική απόφαση του Τριμελούς Εφετείου Δωδεκανήσου (53/2008), κρίνοντας ότι ο ειδικευόμενος ιατρός ενήργησε με αμέλεια κατά την αντιμετώπιση τραυματία. Ειδικότερα, το δικαστήριο δέχθηκε ότι, λόγω της ασάφειας της κλινικής εικόνας και των περιορισμένων γνώσεών του, ο ιατρός όφειλε να αντιληφθεί την αδυναμία του να διαγνώσει με βεβαιότητα την πάθηση και να ζητήσει εγκαίρως τη συνδρομή ειδικευμένων και πιο έμπειρων ιατρών. Η παράλειψη αυτή κρίθηκε καθοριστική, καθώς οδήγησε σε εσφαλμένη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και τελικά σε επιβλαβές αποτέλεσμα, στοιχειοθετώντας υπαίτια συμπεριφορά λόγω μη τήρησης του απαιτούμενου μέτρου επιμέλειας.

Το βούλευμα ΣυμβΠλημΣάμου 19/2001 αφορά περίπτωση ιατρικής αμέλειας κατά τη χορήγηση αντιδότη (Parvolex) σε 7χρονο παιδί που είχε καταπιεί μεγάλη ποσότητα παρακεταμόλης (Deron). Οι δύο ιατροί (ειδικός και ειδικευόμενη) υπολόγισαν εσφαλμένα τη δοσολογία, χορηγώντας υπερβολική ποσότητα αντιδότη, με αποτέλεσμα το παιδί να καταλήξει. Η αμέλεια θεμελιώθηκε κυρίως στην πλημμελή ανάγνωση/αξιολόγηση των οδηγιών και των στοιχείων της αμπούλας, που οδήγησε σε κρίσιμο σφάλμα δοσολογίας.

Σε επίπεδο νομικής αξιολόγησης, η απόφαση εστιάζει στην “εξωτερική αμέλεια”, δηλαδή στην παράλειψη στοιχειώδους ελέγχου των δεδομένων που ήταν άμεσα διαθέσιμα και μπορούσαν να αποτρέψουν το λάθος. Ωστόσο, από τη θεωρητική σκοπιά

αναδεικνύεται ζήτημα επιμερισμού ευθύνης μεταξύ ειδικού και ειδικευόμενου ιατρού, καθώς η πράξη τελείται στο πλαίσιο συνεργασίας και υπό την εποπτεία του ειδικού. Αυτό δημιουργεί προβληματισμό ως προς το αν η ευθύνη πρέπει να καταλογιστεί ισότιμα ή αν θα έπρεπε να βαρύνει πρωτίστως τον επιβλέποντα ιατρό, ιδίως όταν δεν διευκρινίζεται αν υπήρξε σαφής ιατρική εντολή ή ανεξάρτητη πρωτοβουλία του ειδικευόμενου. Έτσι, η υπόθεση χρησιμοποιείται στη θεωρία για να αναδείξει τα όρια της ευθύνης του ειδικευόμενου σε συνθήκες στενής ιεραρχικής συνεργασίας μέσα στο νοσοκομείο.

Η ΑΠ 235/1975 του Άρειος Πάγος αφορά υπόθεση ιατρικής αμέλειας κατά τη διενέργεια αναισθησίας, όπου καταδικάστηκαν τόσο η διευθύντρια αναισθησιολογικού τμήματος όσο και ειδικευόμενος ιατρός. Η διευθύντρια κρίθηκε υπεύθυνη διότι ανέθεσε τη χορήγηση νάρκωσης σε άπειρο ειδικευόμενο και δεν προέβη στην απαιτούμενη επίβλεψη του περιστατικού, δημιουργώντας έτσι σφάλμα ανάθεσης και εποπτείας. Παράλληλα, ο ειδικευόμενος κρίθηκε ένοχος επειδή, παρά τις οδηγίες που είχε λάβει, προέβη σε βίαιη και ιατρικά λανθασμένη διασωλήνωση, προκαλώντας τραυματισμό της τραχείας και τελικά τον θάνατο του ασθενούς.

Ωστόσο, η υπόθεση παρουσιάζει ιδιαίτερο προβληματισμό ως προς τα όρια ευθύνης του ειδικευόμενου, καθώς αυτός ενεργούσε υπό την εποπτεία και καθοδήγηση της ειδικού ιατρού, η οποία όφειλε να παρίσταται και να ελέγχει τη διαδικασία. Υπό το πρίσμα αυτό, τίθεται το ζήτημα ότι η κύρια αιτιώδης συμβολή στο αποτέλεσμα ενδέχεται να ανάγεται στο σφάλμα ανάθεσης και στην έλλειψη επίβλεψης της διευθύντριας, ενώ η συμπεριφορά του ειδικευόμενου θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι τελεί υπό καθεστώς καθοδήγησης που περιορίζει την αυτοτελή του ευθύνη. Η απόφαση χρησιμοποιείται έτσι στη θεωρία για να αναδείξει τη δυσκολία διάκρισης μεταξύ ατομικής ευθύνης του ειδικευόμενου και ευθύνης εποπτείας του ειδικού ιατρού σε σύνθετες ιατρικές πράξεις.

Η ΑΠ 122/2019 αφορά υπόθεση ανθρωποκτονίας από αμέλεια βρέφους 2 μηνών, το οποίο προσήλθε στο ΤΕΠ με εμπύρετη βρογχιολίτιδα και συμπτώματα σοβαρής αναπνευστικής επιβάρυνσης (πυρετό, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, γογγυσμό, άρνηση σίτισης και υποξαιμία). Κατά την εφημερία, η ειδικευόμενη παιδίατρος έκρινε αρχικά ότι επρόκειτο για ιογενή λοίμωξη και συνέχισε τη συντηρητική αντιμετώπιση χωρίς έγκαιρη χορήγηση αντιμικροβιακής αγωγής ή ουσιαστική κλιμάκωση της ιατρικής εκτίμησης, ενώ η ειδική παιδίατρος δεν προέβη σε επαρκή ουσιαστική επανεκτίμηση του περιστατικού.

Η πορεία του βρέφους επιδεινώθηκε ραγδαία, με ανάπτυξη σηπτικής εικόνας, και τελικά κατέληξε από επιπλοκές (λοβώδη πνευμονία και σηψαιμία). Το Τριμελές Πλημμελειοδικείο Πατρών είχε κρίνει αθώες τις κατηγορούμενες, δεχόμενο ότι οι ιατρικές τους επιλογές ήταν σύμφωνες με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, καθώς η αρχική εικόνα μπορούσε να δικαιολογήσει διάγνωση βρογχιολίτιδας και οι εξετάσεις δεν έδειχναν σαφώς βακτηριακή λοίμωξη.

Ωστόσο, ο Άρειος Πάγος αναίρεσε την αθωωτική απόφαση λόγω ελλιπούς αιτιολογίας, επισημαίνοντας ότι δεν εξετάστηκε επαρκώς η πιθανή συγκλίνουσα αμέλεια ειδικευόμενης και ειδικής ιατρού. Συγκεκριμένα, δεν αιτιολογήθηκε αν η ειδικευόμενη όφειλε να αναγνωρίσει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και να ζητήσει άμεση κλιμάκωση ή επανεκτίμηση από την ειδικό, ούτε αν η ειδική παιδίατρος είχε υποχρέωση ενεργού και ουσιαστικής συμμετοχής στην αξιολόγηση του περιστατικού. Επίσης, κρίθηκε ότι δεν διερευνήθηκε επαρκώς αν, με βάση την κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα, ένας μέσος ειδικευόμενος ιατρός θα μπορούσε να προβλέψει τον κίνδυνο σηψαιμίας και να αποφύγει το θανατηφόρο αποτέλεσμα.

Έτσι, η απόφαση αναδεικνύει κεντρικά το ζήτημα της παράλληλης ευθύνης ειδικευόμενου και ειδικού ιατρού, καθώς και την ανάγκη ειδικής και εμπεριστατωμένης αιτιολογίας ως προς τον επιμερισμό της ιατρικής ευθύνης όταν η βλάβη προκύπτει από διαδοχικές παραλείψεις στο ίδιο θεραπευτικό πλαίσιο.

Στο συμπέρασμα του τρίτου κεφαλαίου, η συγγραφέας τονίζει τη σημασία της μη επέκτασης του αξιόποινου στο ποινικό μας σύστημα. Η ποινική αξιολόγηση της ιατρικής ευθύνης δεν είναι ωφέλιμο να υποτάσσεται σε απλουστευμένες αναγωγές με στόχο αποκλειστικό τη στοιχειοθέτηση ευθύνης οπωσδήποτε, ενώ τα άρθρα 7 παρ. 1 Σ και 14 ΠΚ υπαγορεύουν το ότι πρέπει να τιμωρείται η πράξη που παρήγαγε και δε συνδέθηκε τυχαία με ένα βλαπτικό αποτέλεσμα. Ο φόβος για εμπλοκή σε δικαστική διαμάχη έχει δημιουργήσει την τακτική της «αμυντικής ιατρικής», καθώς οι ιατροί επιλέγουν πολλές φορές την ασφαλέστερη για αυτούς θεραπευτική μέθοδο, η οποία πολλές φορές δε συγκλίνει ή δε θεωρείται και απαραίτητη από την επικρατούσα στην επιστήμη άποψη. Τα αποτελέσματα της τακτικής αυτής για τους ασθενείς είναι ηθικά, διότι δεν υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή (άρ. 8 παρ. 5 ΚΙΔ), ιατρικά διότι η πληθώρα αχρείαστων εξετάσεων μπορεί να επιβαρύνει την υγεία του ασθενούς (άρ. 2 παρ. 1 ΚΙΔ) και οικονομικά, γιατί σημειώνεται ανώφελη σπατάλη των κοινωνικών πόρων (άρ. 4 παρ. 2 ΚΙΔ).