

ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΑΚΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

ΤΜΗΜΑ ΕΝΟΧΙΚΟ

Αριθμός Απόφασης

453/2015

ΤΟ ΠΟΛΥΜΕΛΕΣ ΠΡΩΤΟΔΙΚΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Συγκροτούμενο από τους Δικαστές, Παναγιώτα Μιχαήλ, Πρόεδρο Πρωτοδικών, Κωνσταντίνο Σωτηρόπουλο, Πρωτοδίκη-Εισηγητή και Εμμανουήλ Γιαμπουρά, Πρωτοδίκη, και τη Γραμματέα Ηλέκτρα Καλοφώνου.

Συνεδρίασε δημόσια, στο ακροατήριο του, στις 25 Σεπτεμβρίου 2014, για να δικάσει την υπόθεση μεταξύ:

I. Των εναγόντων: 1) του ..., 2) του ..., συζύγου, που ενεργεί ατομικώς και ως δικαστική συμπαραστάτης του υιού της του ..., δυνάμει της υπ' αριθ. 919/2013 απόφασης του Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών, κατοίκων Κηφισιάς Αττικής, οι οποίοι παραστάθηκαν μετά των πληρεξούσιων δικηγόρου τους Ευγενίας Φωτοπούλου και Αναστασίου Τσιρώνη, και

Των εναγομένων: 1) του ..., κατοίκου ... Αττικής, και 2) ανώνυμης εταιρίας με την επωνυμία «...» και το διακριτικό τίτλο «...», που εδρεύει στο ... Αττικής και εκπροσωπείται νόμιμα, οι οποίοι παραστάθηκαν ο πρώτος δια του πληρεξούσιου δικηγόρου του Δημητρίου Βούτσινου και η δεύτερη δια των πληρεξουσίων δικηγόρων της Γεωργίας Σίτου και Φωτίου Κωτσή.

II. Του προσεπικαλούντος-παρεμπιπτόντως ενάγοντος: Δημητρίου του ..., κατοίκου ... Αττικής, ο οποίος παραστάθηκε δια του πληρεξούσιου δικηγόρου του Δημητρίου Βούτσινου, και

Των προσεπικληθέντων-παρεμπιπτόντως εναγομένων: 1) ανώνυμης ασφαλιστικής εταιρία με την επωνυμία «...», που εδρεύει στην Αθήνα και εκπροσωπείται νόμιμα, και 2) της ανώνυμης ασφαλιστικής εταιρία με την επωνυμία «...», που εδρεύει στο ... Αττικής και εκπροσωπείται νόμιμα, οι οποίες

παραστάθηκαν δια των πληρεξουσίων δικηγόρων τους Πάνου Κάψια και Θεμιστοκλή Τσιακανίκα αντίστοιχα.

III. Της προσθέτως παρεμβαίνουσας: ανώνυμης ασφαλιστικής εταιρία με την επωνυμία «...», που εδρεύει στην Αθήνα και εκπροσωπείται νόμιμα, η οποία παραστάθηκε, δια του πληρεξούσιου δικηγόρου της Πάνου Κάψια.

Του υπέρ ου η πρόσθετη παρέμβαση: του ..., κατοίκου Αμαρουσίου Αττικής, ο οποίος παραστάθηκε δια του πληρεξούσιου δικηγόρου του Δημητρίου Βούτσινου.

IV. Της προσθέτως παρεμβαίνουσας: ανώνυμης ασφαλιστικής εταιρίας με την επωνυμία «...», που εδρεύει στην Αθήνα και εκπροσωπείται νόμιμα, η οποία παραστάθηκε δια του πληρεξούσιου δικηγόρου της Θεμιστοκλή Τσιακανίκα και

Του υπέρ ου η πρόσθετη παρέμβαση: του ..., κατοίκου Αμαρουσίου Αττικής, ο οποίος παραστάθηκε δια του πληρεξούσιου δικηγόρου του Δημητρίου Βούτσινου.

I. Οι ενάγοντες ζητούν να γίνει δεκτή η από 31-5-2013 αγωγή τους, που κατατέθηκε στη γραμματεία του Δικαστηρίου τούτου, την 4-6-2013, λαμβάνοντας αριθμό κατάθεσης δικογράφου 2233/2013, και προσδιορίσθηκε για τη δικάσιμο της 13-3-2014, κατά την οποία αναβλήθηκε για τη σημερινή, στο πινάκιο της οποίας εγγράφηκε.

II. Ο προσεπικαλών-παρεμπιπτόντως ενάγων ζητεί να γίνει δεκτή η από 14-11-2013 προσεπίκληση-παρεμπίπτουσα αγωγή του, που κατατέθηκε στη γραμματεία του Δικαστηρίου τούτου, την 14-11-2013, λαμβάνοντας αριθμό κατάθεσης δικογράφου 4378/2013, και προσδιορίσθηκε για τη δικάσιμο της 13-3-2014, κατά την οποία αναβλήθηκε για τη σημερινή, στο πινάκιο της οποίας εγγράφηκε.

III. Η προσθέτως παρεμβαίνουσα ζητεί να γίνει δεκτή η από 8-1-2014 πρόσθετη παρέμβαση που άσκησε υπέρ του εναγομένου - προσεπικαλούντος αυτήν στην κύρια δίκη Δημητρίου Λινού, που κατατέθηκε στη γραμματεία του Δικαστηρίου τούτου, την 9-1-2014, λαμβάνοντας αριθμό 46/2014, και προσδιορίσθηκε για τη δικάσιμο της 13-3-2014, κατά την οποία αναβλήθηκε για τη σημερινή, στο πινάκιο της οποίας εγγράφηκε.

IV. Η προσθέτως παρεμβαίνουσα ζητεί να γίνει δεκτή η από 4-3-2014 πρόσθετη παρέμβαση που άσκησε υπέρ του εναγομένου - προσεπικαλούντος αυτήν στην κύρια δίκη, που κατατέθηκε στη γραμματεία του Δικαστηρίου τούτου, την 6-3-2014, λαμβάνοντας αριθμό κατάθεσης δικογράφου 819/2014, και προσδιορίσθηκε για τη σημερινή δικάσιμο, στο πινάκιο της οποίας εγγράφηκε.

Κατά τη συζήτηση της υπόθεσης, οι πληρεξούσιοι δικηγόροι των διαδίκων, ανέπτυξαν τους ισχυρισμούς τους και ζήτησαν να γίνουν δεκτά όσα αναφέρονται στα πρακτικά και τις προτάσεις που κατέθεσαν.

ΑΦΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣΕ ΤΗ ΔΙΚΟΓΡΑΦΙΑ
ΣΚΕΦΤΗΚΕ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΜΟ

Εισάγονται προς συζήτηση ενώπιον του Δικαστηρίου τούτου, η από 31-5-2013 αγωγή, η από 14-11-2013 προσεπίκληση- παρεμπόδιση αγωγή και οι από 8-1-2014 και 4-3-2014 πρόσθετες παρεμβάσεις, οι οποίες πρέπει να συνεκδικασθούν λόγω της προφανούς μεταξύ τους συνάφειας (καθόσον αφορούν στο ίδιο βιοτικό συμβάν) και εξάρτησης, προς αποτροπή έκδοσης αντιφατικών αποφάσεων αλλά και διότι κατ' αυτόν τον τρόπο θα επιταχυνθεί η διεξαγωγή της δίκης με ταυτόχρονη μείωση των εξόδων (άρθρο 31 παρ.1, 246 ΚΠολΔ). Επειδή όμως, πριν από την έναρξη της προφορικής συζήτησης της υπόθεσης, οι εκ των εναγόντων και, με δήλωση των πληρεξουσίων δικηγόρων τους, που καταχωρήθηκε στα πρακτικά, περιόρισαν το αίτημα της αγωγής τους κατά τρόπο ώστε να μην εισάγονται πλέον προς δικαστική διερεύνηση οι ατομικές αξιώσεις που προέβησαν κατά των εναγομένων, συνάγεται σαφώς παραίτησή τους κατά το μέρος των ατομικών αξιώσεων τους από το δικόγραφο της αγωγής τους, την οποία άλλωστε έννοια έχει και ο περιορισμός του αιτήματος της (αρ. 294, 295 παρ.1 και 297 ΚΠολΔ). Μετά ταύτα, η δίκη μεταξύ αυτών ενεργούντων ατομικά (ο πρώτος ενάγων ενεργεί μόνο ατομικά για δικό του λογαριασμό) και των εναγομένων θεωρείται καταργηθείσα.

I. Κατά το άρθρο 24 του Α.Ν. 1565/1939 "περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος", που διατηρήθηκε σε ισχύ κατά το άρθρο 47 ΕισΝΑΚ, "ο ιατρός οφείλει να παρέχει με ζήλο, ευσυνειδησία και αφοσίωση την ιατρική του συνδρομή, σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσας πείρας τηρώντας τις ισχύουσες διατάξεις για τη διαφύλαξη των ασθενών και την προστασία των υγιών". Από το συνδυασμό της διάταξης αυτής με εκείνες των άρθρων 330, 652 και 914 ΑΚ, προκύπτει ότι ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση για τη ζημία που έπαθε ο ασθενής πελάτης του από κάθε αμέλειά του, ακόμη και ελαφρά, αν κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων παρέβη την υποχρέωσή του να ενεργήσει σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης επιδεικνύοντας τη δέουσα επιμέλεια, δηλαδή αυτή που αναμένεται από το μέσο εκπρόσωπο του κύκλου του (ΑΠ 424/2012 δημ. Νόμος). Στην περίπτωση αυτή, ο ιατρός ευθύνεται στην καταβολή αποζημίωσης και χρηματικής ικανοποίησης λόγω ηθικής βλάβης του παθόντος ασθενούς κατά τους όρους των άρθρων 297, 298, 299 και 932 ΑΚ. Μάλιστα η αδικοπρακτική ευθύνη του ιατρού για

ζημία που προκάλεσε σε ασθενή κατά την παροχή σε αυτόν των ιατρικών υπηρεσιών του εμπίπτει και στη ρυθμιστική εμβέλεια του άρθρου 8 του Ν. 2251/1994 "για την προστασία των καταναλωτών", που καθιερώνει νόθο αντικειμενική ευθύνη για τον υπαίτιο ιατρό, αφού και αυτός παρέχει τις ιατρικές υπηρεσίες του κατά τρόπο ανεξάρτητο, δηλαδή δεν υπόκειται σε συγκεκριμένες υποδείξεις ή οδηγίες του ασθενούς, αλλά έχει την πρωτοβουλία και την ευχέρεια να προσδιορίζει ο ίδιος τον τρόπο της παροχής των υπηρεσιών του (ΑΠ 687/2013 δημ. Νόμος, ΑΠ 10/2013 δημ. Νόμος, ΑΠ 424/2012 δημ. Νόμος). Αντίθετα, ο ιατρός δεν φέρει καμία ευθύνη (για τη ζημία που έπαθε ο ασθενής πελάτης του) αν ενήργησε κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (*lege artis*) και, ειδικότερα, όπως θα ενεργούσε κάτω από τις ίδιες συνθήκες και περιστάσεις και έχοντας στη διάθεση του τα ίδια μέσα ένας συνετός και επιμελής ιατρός (ΑΠ 1693/2013 δημ. Νόμος, ΑΠ 220/2003 δημ. Νόμος). Ιδιαίτερα θα ληφθεί υπόψη η συνδρομή ειδικότητας στο πρόσωπο του ιατρού, η οποία αποτελεί και το λόγο βαρύτερης ευθύνης του, αφού η προσφυγή στις υπηρεσίες του, με βαρύτερη οικονομική επιβάρυνση συνήθως του ασθενούς, γίνεται ακριβώς λόγω της ειδικότητας του αυτής (ΕφΑΘ 4964/2008 δημ. Νόμος, ΕφΑΘ 7092/2001 Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών Δ.Σ.Α., ΕφΑΘ 197/1988 δημ. Νόμος). Εξάλλου, σε περίπτωση συνδρομής συμβατικής σχέσης παροχής ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ ιατρού και ασθενή, η συμπεριφορά στην οποία σύμφωνα με όσα παραπάνω αναπτύχθηκαν θεμελιώνεται ιατρική ευθύνη λόγω αδικοπραξίας, αξιολογούμενη παράλληλα και ως ελλιπής ή πλημμελής εκπλήρωση της αντίστοιχης συμβατικής ενοχής, θεμελιώνει τη σχετική υποχρέωση αποζημίωσης και στις διατάξεις των άρθρων 648, 652 και 676 ΑΚ (ΠΠΑΘ 189/2010 δημ. Νόμος, ΠΠΘεσ. 24582/2008 δημ. Νόμος). Περαιτέρω, από τις παραπάνω διατάξεις, σε συνδυασμό και με τη διάταξη του άρθρου 922 ΑΚ, προκύπτει ότι σε περίπτωση πρόκλησης σωματικής βλάβης προσώπου από αδικοπρακτική συμπεριφορά του προστηθέντος, η ευθύνη του προστήσαντος προς αποκατάσταση της ζημίας και της τυχόν ηθικής βλάβης του πιο πάνω προσώπου προϋποθέτει: α) σχέση πρόσκτησης, β) παράνομη και υπαίτια (άρα και αμελή) συμπεριφορά του προστηθέντος, τελούσα σε πρόσφορο αιτιώδη σύνδεσμο με την επέλευση της βλάβης και γ) εσωτερική αιτιώδη σχέση μεταξύ της εν λόγω συμπεριφοράς και της εκτέλεσης της ανατεθειμένης στον προστηθέντα υπηρεσίας. Σχέση πρόσκτησης

υπάρχει όταν, στο πλαίσιο υφισταμένης μεταξύ δύο προσώπων (φυσικών ή νομικών) δικαιοπρακτικής ή οποιασδήποτε άλλης βιοτικής σχέσης, διαρκούς ή ευκαιριακής, το ένα από τα πρόσωπα αυτά (προστήσας) αναθέτει στο άλλο (προσθηθέντα), με ή χωρίς αμοιβή, την εκτέλεση ορισμένης υπηρεσίας, υλικής ή νομικής φύσης, η οποία αποβλέπει σε διεκπεραίωση υποθέσεων και γενικότερα στην εξυπηρέτηση των επαγγελματικών, οικονομικών ή άλλων συμφερόντων του πρώτου και κατά την οποία ο δεύτερος υπόκειται στον έλεγχο ή έστω στις γενικές οδηγίες και εντολές ή μόνο στην επίβλεψη του πρώτου. Έτσι, πρόστηση μπορεί να υπάρχει και σε περίπτωση σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών. Πάντως, όταν η εκτέλεση μιας υπηρεσίας έχει ανατεθεί σε πρόσωπα με εξειδικευμένες επιστημονικές ή τεχνικές γνώσεις, ο άνω έλεγχος δεν είναι απαραίτητο να εκτείνεται στον τρόπο εργασίας τους, ως προς τον οποίο άλλωστε ο κύριος της υπόθεσης, ελλείψει των σχετικών γνώσεων, δεν είναι σε θέση να τα ελέγξει, αλλά μπορεί και αρκεί (ο έλεγχος) να αφορά στην παροχή οδηγιών, έστω και γενικού περιεχομένου, ως προς τον τόπο, τον χρόνο και τους λοιπούς όρους εργασίας τους. Ειδικότερα, στην περίπτωση νοσηλείας ασθενούς από ιατρό σε ιδιωτική κλινική ή άλλο ιατρικό κέντρο αρκεί, για τον χαρακτηρισμό τους ως προσθήσαντες, η εκ μέρους τους παροχή γενικών μόνο οδηγιών στον ιατρό ως προς τον τόπο, τον χρόνο και τους όρους εργασίας του τελευταίου. Και τούτο, διότι η παροχή ειδικών οδηγιών στον ιατρό για τον τρόπο διενέργειας των ιατρικών πράξεων (διαγνωστικών ή θεραπευτικών) δεν είναι δυνατή, αφού, όπως προκύπτει από το προρρηθέν άρθρο 24 AN 1565/1939, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, να ενεργήσει όχι σύμφωνα με τις τυχόν αυτές οδηγίες, αλλά σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης, ήτοι τα διδάγματα της εν λόγω επιστήμης και την αποκτηθείσα συναφώς ειδική πείρα. Επομένως, εάν από αμελή κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του συμπεριφορά του προσθηθέντος ιατρού επήλθε η σωματική βλάβη προσώπου νοσηλευόμενου σε ιδιωτική κλινική, η προσθήσασα τον ιατρό κλινική ευθύνεται για την αποκατάσταση της περιουσιακής ζημίας και της ηθικής βλάβης που υπέστη το πιο πάνω πρόσωπο. Πρόκειται για γνήσια αντικειμενική ευθύνη, δικαιολογητικό λόγο της οποίας αποτελεί το γεγονός ότι ο προσθήσας ωφελείται από τις υπηρεσίες του προσθηθέντος, διευρύνοντας το πεδίο της επιχειρηματικής του δραστηριότητας και

ως εκ τούτου είναι εύλογο να φέρει την ευθύνη για τους κινδύνους που προκύπτουν από τη δραστηριότητα του προστηθέντος (ΑΠ 687/2013 δημ. Νόμος, ΑΠ 1226/2007 δημ. Νόμος). Περαιτέρω, και καθόσον αφορά στον προσδιορισμό της έκτασης της περιουσιακής ζημίας, από τις διατάξεις των άρθρων 298 και 929 προκύπτει ότι το διαφυγόν κέρδος αποτελεί ζημία η οποία θα επέλθει στο μέλλον και κατ' ανάγκη συνδέεται με την υποθετική εξέλιξη των πραγμάτων. Για την απόδειξή της, που είναι δύσκολη για τον ζημιωθέντα συγκριτικά με τη θετική ζημία, καθώς δεν εμφανίζει την βεβαιότητά της, ο νόμος αρκείται σε απλή πιθανολόγηση. Έτσι, η ανωτέρω διάταξη του άρθρου 298 εδ. β' ΑΚ έχει ουσιαστικό μεν χαρακτήρα, εφόσον καθορίζει τα στοιχεία της αξίωσης αποζημίωσης και δικονομικό χαρακτήρα εφόσον επιτρέπει στον δικαστή να αρκεσθεί σε απλή πιθανολόγηση. Εν όψει αυτών, στην περίπτωση που από την εκτίμηση των αποδείξεων προκύψει ότι η ζημία του ενάγοντος που εμφανιζόταν κατά την αγωγή ως πιθανή κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων, είναι απλά ενδεχόμενη, η αγωγή απορρίπτεται ως προώρως ασκηθείσα, χωρίς εντεύθεν να δημιουργείται ως προς τούτο δεδικασμένο, γιατί δεν πρόκειται για τομή οριστική της διαφοράς επί της ουσίας (ΑΠ 601/2010 δημ. Νόμος). Στην προκειμένη περίπτωση, με την υπό κρίση αγωγή της, η ενάγουσα, που ενεργεί για λογαριασμό του υπό την δικαστική συμπαράσταση υιού της,, ως οριστική δικαστική συμπαράστατης του (διορισθείσα δια της τελεσίδικης υπ' αριθ. 919/2013 απόφασης του Μονομελούς Πρωτοδικείου Αθηνών), ισχυρίζεται ότι τον Νοέμβριο του 2008, ο ως άνω συμπαραστατούμενος υπεβλήθη από τον εναγόμενο ιατρό σε λαπαροσκοπική επέμβαση αφαίρεσης τμήματος του στομάχου (επιμήκης γαστρεκτομή), με σκοπό την απώλεια βάρους. Ότι η επέμβαση αυτή δεν εκτελέστηκε κατά τον προσήκοντα τρόπο, δηλαδή σύμφωνα με τις αρχές της ιατρικής επιστήμης που έπρεπε να εφαρμοσθούν στη συγκεκριμένη περίπτωση (*lege artis*), με αποτέλεσμα να προκύψουν επιπλοκές, ένεκα των οποίων και επιπλέον του πλημμελούς (μη έγκαιρου και λανθασμένου) τρόπου αντιμετώπισης τους, ο συμπαραστατούμενος υπέστη σοβαρή εγκεφαλική (υποξαιμική) βλάβη με συνέπεια να πάσχει πλέον από σπαστική τετραπληγία. Ότι για την κατάσταση αυτή της υγείας του, που είναι μη αναστρέψιμη, ευθύνεται ο εναγόμενος ιατρός, καθότι υπαίτιος για τον πλημμελή τρόπο πραγματοποίησης της ως άνω επέμβασης και αντιμετώπισης των παρενεργειών που εκ της αιτίας αυτής προκλήθηκαν, παρότι

μάλιστα είναι εξειδικευμένος στο συγκεκριμένο είδος επεμβάσεων. Ότι επιπλέον αυτού, ευθύνεται και το ιατρικό προσωπικό της εναγομένης, καθώς δεν αντελήφθη έγκαιρα - και τούτο ένεκα της πλημμελούς παρακολούθησης της μετεγχειρητικής πορείας του συμπαραστατούμενου- την εμφάνιση του αναπνευστικού συνδρόμου που οδήγησε στην εγκεφαλική υποξαιμία, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη αντιμετώπισή του. Ότι μεταξύ των ανωτέρω υπαιτίων και της εναγομένης, που έχει ιδρύσει και εκμεταλλεύεται επιχειρηματικά το ιδιωτικό θεραπευτήριο με το διακριτικό τίτλο «...», στις εγκαταστάσεις του οποίου πραγματοποιήθηκαν οι επίμαχες επεμβάσεις, υφίστατο σχέση πρόσθησης. Ότι συνεπώς, αμφότεροι οι εναγόμενοι υποχρεούνται να αποκαταστήσουν την περιουσιακή ζημία που υπέστη ο συμπαραστατούμενος, συνεπεία της βλάβης της υγείας του (ήτοι νοσήλια, δαπάνες, αμοιβής αποκλειστικής νοσοκόμας, αγοράς ειδικού αναπηρικού αυτοκινήτου κλπ) αλλά και εκείνης που θα υποστεί στο μέλλον ένεκα της αύξησης των δαπανών του και επιπλέον από την απώλεια εισοδημάτων που με πιθανότητα, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, προσδοκούσε από το επάγγελμα που θα αποκτούσε, μετά την ολοκλήρωση των σπουδών του, καθώς και να ικανοποιήσουν χρηματικώς την ηθική βλάβη που υπέστη από τη μόνιμη βλάβη της υγείας του. Με βάση το ιστορικό αυτό, μετά και το νομότυπο περιορισμό του αιτήματος της (άρθρα 223, 294, 295 παρ. 1 και 297 ΚΠολΔ), ζητεί να υποχρεωθούν οι εναγόμενοι, με απόφαση προσωρινά εκτελεστή και υπό την απειλή προσωπικής κράτησης του πρώτου εξ αυτών, να της καταβάλουν, για λογαριασμό του συμπαραστατούμενου, έκαστος εις ολόκληρον, το ποσό των 4.855.478,34 ευρώ, για την αποκατάσταση της ζημίας που έχει ήδη υποστεί (συνολικού ποσού 1.234.844,55 ευρώ) και τη χρηματική ικανοποίηση της ηθικής του βλάβης (ποσού 3.620.633,79 ευρώ), με το νόμιμο τόκο από την επίδοση της αγωγής, και επιπλέον να της καταβάλουν μηνιαίως, για χρονικό διάστημα τριών ετών (από 1-6-2013 έως 31-5-2016), το ποσό των 4.014,49 ευρώ, ως αποζημίωση για τη μελλοντική περιουσιακή ζημία του συμπαραστατούμενου, με το νόμιμο τόκο από την παρέλευση της προθεσμίας καταβολής κάθε χρηματικής δόσης. Επικουρικώς, ζητεί να υποχρεωθούν οι εναγόμενοι εις ολόκληρον έκαστος στην καταβολή αποζημίωσης ποσού 1.234.844,55 ευρώ, για την αποκατάσταση της ζημίας που υπέστη ο συμπαραστατούμενος από την μη προσήκουσα εκπλήρωση της παροχής που όφειλαν σε

αυτόν, με βάση τη σύμβαση (παροχής ιατρικών υπηρεσιών) που είχαν συνάψει, με το νόμιμο τόκο από την επίδοση της αγωγής. Με τέτοιο περιεχόμενο και αιτήματα, η αγωγή αυτή παραδεκτώς εισάγεται προς συζήτηση ενώπιον του Δικαστηρίου τούτου, ως καθ' ύλην και κατά τόπον αρμοδίου, (άρθρα 7, 9, 18 παρ. 1 σε συνδ. με 14-17, 22,25 παρ2 ΚΠολΔ), κατά την προκείμενη τακτική διαδικασία. Είναι δε ορισμένη, καθώς γίνεται σαφής έκθεση (στο δικόγραφο της) των αναγκαιών για τη νομική θεμελίωσή της γεγονότων και επιπλέον εκείνων που απαιτούνται για τη δικαιολόγηση της άσκησης της κατά των εναγομένων, δεδομένου ότι, αντίθετα από όσα ισχυρίζεται η δεύτερη εναγόμενη, παρέχονται στοιχεία επαρκή για την κατάδειξη της μεταξύ αυτής και του ομοδίκου της σχέσης πρόσθησης, και τον προσδιορισμό των αιτουμένων κονδυλίων (επιμέρους αξιώσεων). Επιπλέον, είναι νόμιμη, ερειδόμενη, ως προς την κύρια βάση της, επί των διατάξεων των άρθρων 297 εδ.α', 298, 299, 330 εδ. β', 341, 345, 346, 481, 841 εδ.α\914, 922, 926, 929, 930 και 932, 1676, 1682 σε συνδ. με 1603, 1615, 1621 ΑΚ, 24 του Α.Ν. 1565/1939, 6 και 8 Ν. 2251/1994, 15, 28, 314 ΠΚ, 64 παρ.1, 69 παρ.1 περ. ε', 176, 907, 908 και 1047 ΚΠολΔ, και ως προς την επικουρική, επί των διατάξεων των άρθρων 287, 288, 330, 334, 298, 345, 346, 648, 652 και 676 ΑΚ. Συνεπώς, πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω, ως προς την ουσιαστική βασιμότητά της, καθώς για το αντικείμενό της, έχει καταβληθεί το αναλογούν τέλος δικαστικού ενσήμου, με τις νόμιμες υπέρ τρίτων προσαυξήσεις (προσκομίσθηκαν σχετικώς το υπ' αριθμ. 7596562/8-10-2014 διπλότυπο είσπραξης της Δ' ΔΟΥ Αθηνών, το υπ' αριθμ. 49847/2014 γραμμάτιο είσπραξης ΤΠΔΑ και το υπ' αριθμ. 720355/2014 δικαστικό ένσημο ΕΤΑΑ- ΤΑΝ).

II. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 88 ΚΠολΔ, ο εναγόμενος στην κύρια δίκη έχει δικαίωμα να προσεπικαλέσει σε αυτήν εκείνον από τον οποίο έχει δικαίωμα να απαιτήσει αποζημίωση σε περίπτωση ήττας του. Ειδικότερα σε περίπτωση ασφαλιστικής σύμβασης, όπου επήλθε το περιστατικό από το οποίο συμφωνήθηκε η υποχρέωση του ασφαλιστή για καταβολή του ασφαλίματος, εναγόμενος ο υπόχρεος σε αποζημίωση-ασφαλισμένος από το ζημιωθέντα τρίτο, έχει την ευχέρεια να προσεπικαλέσει στην ανοιγείσα δίκη τον ασφαλιστή του, να εισέλθει σε αυτήν και να τον βοηθήσει στην απόκρουση της αγωγής. Επιπλέον δικαιούται να ασκήσει κατά αυτού (ασφαλιστή) και παρεμπίπτουσα αγωγή αποζημίωσης, κατά τα άρθρα 69 παρ. 1 περ. ε', 88, 283 και 285 ΚΠολΔ,

επιδιώκοντας να του καταβάλει, ότι αυτός θα καταβάλει στον ζημιωθέντα τρίτο-ενάγοντα της κύριας δίκης (ΑΠ 243/2004 δημ. Νόμος). Τούτο μάλιστα είναι επιτρεπτό και προτού ο ασφαλισμένος καταβάλει την αποζημίωση στον ζημιωθέντα τρίτο (ΑΠ 194/1992 δημ. Νόμος).

Στην προκειμένη περίπτωση, με την από 14-11-2013 προσεπίκληση και την ενωμένη με αυτήν παρεμπόπτουσα αγωγή αποζημίωσης, ο πρώτος των εναγομένων προσεπικαλεί στη δίκη που άνοιξε με την προαναφερθείσα αγωγή τις ασφαλιστικές εταιρίες με την επωνυμία «...» και «...», ισχυρισθείς ότι, κατά το χρονικό διάστημα που ανέκυψαν οι επίδικες αξιώσεις του αντιδίκου του, ήταν σε ισχύ οι (δύο) ασφαλιστικές συμβάσεις κάλυψης της σχετιζόμενης με την άσκηση του επαγγέλματος του (ιατρού-χειρουργού) αστικής του ευθύνης που είχε συνάψει με τις ως άνω ασφαλιστικές εταιρίες, οπότε και επέχουν θέση δικονομικού εγγυητή του, αφού, σε περίπτωση ήττας του στην κύρια δίκη, θα πρέπει να του καταβάλλουν ως ασφάλισμα, ποσό ίσο με το επιδικασθέν. Επιπλέον ζητεί, σε μια τέτοια περίπτωση, να υποχρεωθούν οι προσεπικληθείσες, με απόφαση προσωρινά εκτελεστή, να του καταβάλουν όποιο ποσό υποχρεωθεί να καταβάλει στη δικαστική συμπαραστάτη του αντιδίκου του, μέχρι του συμφωνηθέντος ορίου ασφαλιστικής κάλυψης του ως άνω κινδύνου (που ανέρχεται συνολικώς στο ποσό του 1.000.000 ευρώ) με το νόμιμο τόκο από την επίδοση της παρεμπόπτουσας αγωγής άλλως από την ημέρα της καταβολής. Με τέτοιο περιεχόμενο και αιτήματα, η προσεπίκληση και η ενωμένη με αυτήν παρεμπόπτουσα αγωγή, παραδεκτώς και αρμοδίως εισάγονται προς συζήτηση ενώπιον του Δικαστηρίου τούτου (άρθρο 31 παρ. 1 και 2, 69 παρ. 1 εδ. ε', 88, 89, 283 ΚΠολΔ), κατά την προκείμενη τακτική διαδικασία, σύμφωνα και με όσα αναφέρθηκαν την προεκτιθέμενη νομική σκέψη. Αμφότερες δε, είναι νόμιμες, ερειδόμενες επί των διατάξεων των άρθρων 69 παρ. 1 εδ. ε', 88 επ. ΚΠολΔ, 176, 283 ΚΠολΔ, αρ. 1 επ., 11 και 25 Ν. 2496/1997, πλην του αιτήματος καταβολής τόκων από την επίδοση της παρεμπόπτουσας αγωγής, διότι τούτο θα οδηγούσε σε πλουτισμό των ασκούντων αυτήν (βλ. και Κρητικός, Αποζημίωση από τροχαία αυτοκινητικά ατυχήματα, εκδ. 1998, αρ. 1987, ΠΠΘεσ. 24772/2010 δημ. Νόμος). Συνεπώς, η παρεμπόπτουσα αγωγή, σε περίπτωση ευδοκίμησης της κυρίας, θα πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω κατ' ουσίαν, καθώς για το αντικείμενο της, έχει καταβληθεί το αναλογούν τέλος δικαστικού ενσήμου με τις νόμιμες υπέρ τρίτων

προσαυξήσεις (προσκομίσθηκαν σχετικώς το υπ' αριθμ. 13865096/29-10-2014 διπλότυπο είσπραξης της ΙΓ' ΔΟΥ Αθηνών, το υπ'αριθμ. 51200/2014 γραμμάτιο είσπραξης ΤΠΔΑ και το υπ'αριθμ. 720903/2014 δικαστικό ένσημο ΕΤΑΑ-TAN).

III. Από το συνδυασμό των διατάξεων των άρθρων 80 και 81 ΚΠολΔ, συνάγεται ότι, αν σε δίκη που εκκρεμεί μεταξύ άλλων, τρίτος έχει έννομο συμφέρον, να νικήσει κάποιος διάδικος, έχει δικαίωμα, έως την έκδοση αμετάκλητης απόφασης, να ασκήσει πρόσθετη παρέμβαση, με δικόγραφο που κοινοποιείται σε όλους τους διαδίκους, προκειμένου να υποστηρίξει τον διάδικο αυτό. Η πρόσθετη παρέμβαση ασκείται σε κάθε στάση της δίκης, ωστόσο εκδοθεί αμετάκλητη απόφαση από το δικαστήριο. Για την άσκησή της όμως, απαιτείται η ύπαρξη ειδικού εννόμου συμφέροντος στο πρόσωπο του παρεμβαίνοντος τρίτου να αποβεί η μεταξύ άλλων εκκρεμής δίκη υπέρ του διαδίκου για τον οποίο παρεμβαίνει, που υφίσταται όταν με αυτήν (παρέμβαση) μπορεί να προστατευτεί δικαίωμα του παρεμβαίνοντος, ή να αποτραπεί η δημιουργία νομικής υποχρέωσης σε βάρος του, ακόμα και αν το προστατευτέο δικαίωμα ή η αποφευκτέα υποχρέωση δεν έχουν περιουσιακό χαρακτήρα (ΟΛΑΠ 8/1998 δημ. Νόμος, ΑΠ 5/2003 δημ. Νόμος).

Με την από 8-1-2004 πρόσθετη παρέμβασή της, η προσεπικληθείσα ασφαλιστική εταιρία με την επωνυμία «...», αφού ισχυρίζεται ότι έναντι του προσεπικαλούντος αυτήν ... επέχει θέση δικονομικού εγγυητή, ένεκα της ασφαλιστικής σύμβασης που τους συνδέει, παρεμβαίνει προσθέτως υπέρ αυτού στη δίκη που διεξάγεται επί της ως άνω κύρια αγωγής, ζητώντας την απόρριψή της. Με τέτοιο περιεχόμενο και αίτημα, η υπό κρίση πρόσθετη παρέμβαση, που ασκείται παραδεκτώς, καθώς η ως άνω ασφαλιστική εταιρία δικαιολογεί έννομο συμφέρον παρέμβασης στην εκκρεμή κύρια δίκη, διότι η εξέλιξη αυτής δύναται να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νομικής υποχρέωσης της έναντι του υπέρ ου η παρέμβαση, και δη για την καταβολή ασφαλίματος, με βάση την μεταξύ τους ασφαλιστική σύμβαση, αρμοδίως εισάγεται προς συζήτηση ενώπιον του Δικαστηρίου τούτου, ως έχοντος αποκλειστική αρμοδιότητα για την εκδίκασή της, κατ' άρθρον 80 και 31 ΚΠολΔ. Είναι δε νόμιμη ερειδόμενη επί των διατάξεων των άρθρων 361 ΑΚ, αρ. 1 επ., 11 και 25 Ν. 2496/1997 και 68, 80 και 176 ΚΠολΔ και συνεπώς πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω, κατ' ουσίαν.

IV. Με την από 4-3-2004 πρόσθετη παρέμβασή της, η προσεπικληθείσα ασφαλιστική εταιρία με την επωνυμία «...», αφού ισχυρίζεται ότι με τον εναγόμενο στην κύρια δίκη ..., κατά την επίδικη περίοδο, συνδεόταν με σύμβαση ασφάλισης της αστικής του ευθύνης έναντι τρίτων, ζημιωθέντων από την άσκηση του επαγγέλματος του (ως ιατρού), παρεμβαίνει προσθέτως υπέρ αυτού στη δίκη που διεξάγεται επί της ως άνω κύρια αγωγής, ζητώντας την απόρριψή της. Με τέτοιο περιεχόμενο και αίτημα, η υπό κρίση πρόσθετη παρέμβαση, που ασκείται παραδεκτώς, καθώς η ως άνω ασφαλιστική εταιρία δικαιολογεί έννομο συμφέρον παρέμβασης στην εκκρεμή κύρια δίκη, διότι η εξέλιξη αυτής δύναται να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νομικής υποχρέωσής της έναντι του υπέρ ου η παρέμβαση, και δη για την καταβολή ασφαλίματος, με βάση την μεταξύ τους ασφαλιστική σύμβαση (αρ. 1 επ., 11 και 25 Ν. 2496/1997), αρμοδίως εισάγεται προς συζήτηση ενώπιον του Δικαστηρίου τούτου, ως έχοντας αποκλειστική αρμοδιότητα για την εκδίκαση της, κατ' άρθρον 80 και 31 ΚΠολΔ. Είναι δε νόμιμη ερειδόμενη επί των διατάξεων των άρθρων 361 ΑΚ, αρ. 1 επ., 11 και 25 Ν. 2496/1997 και 68, 80 και 176 ΚΠολΔ και συνεπώς πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω, κατ' ουσίαν.

Από την εκτίμηση των ενόρκων καταθέσεων των μαρτύρων που εξετάσθηκαν ενώπιον του ακροατηρίου του Δικαστηρίου τούτου, οι οποίες περιέχονται στα ταυτάριθμα με την παρούσα απόφαση πρακτικά δημόσιας συνεδρίασής του, τα έγγραφα που οι διάδικοι προσκόμισαν εμπροθέσμως, με επίκληση, πλην όσων εξ αυτών έχουν συνταχθεί σε ξένη γλώσσα και δεν προσκομίζεται η μετάφρασή τους (αρ. 454 ΚΠολΔ), τις υπ' αριθμ. 1604/2014 και 5108/2014 ένορκες βεβαιώσεις, που δόθηκαν επιμελεία του πρώτου εναγομένου, ενώπιον του Ειρηνοδικείου Αθηνών, μετά από νομότυπη κλήτευση των αντιδίκων του (καθώς οι σχετικές κλήσεις παραδεκτώς επιδόθηκαν στην υπογράφουσα την αγωγή δικηγόρο τους, ως αντίκλητό τους - ΑΠ 991/2012 δημ. Νόμος), τις υπ' αριθμ. 1560/2014 και 1561/2014 ένορκες βεβαιώσεις, που δόθηκαν επιμελεία της δεύτερης εναγομένης, ενώπιον του συμβολαιογράφου Αθηνών Δημητρίου Κοντόπουλου, μετά από νομότυπη κλήτευση των αντιδίκων του, τις υπ' αριθμ. 1544/2014, 1545/2014 και 1555/2014 ένορκες βεβαιώσεις, που δόθηκαν επιμελεία των εναγόντων, ενώπιον του Ειρηνοδικείου Αθηνών, μετά από νομότυπη κλήτευση

των αντιδίκων τους, όχι όμως και των λοιπών πέντε, δεδομένου του περιορισμού που θέτει στον αριθμό τους η διάταξη του άρθρου 270 παρ. 2 ΚΠολΔ, τις προσκομισθείσες φωτογραφίες, τις λοιπές μηχανικές απεικονίσεις και τέλος τα διδάγματα της κοινής πείρας αποδεικνύονται τα ακόλουθα πραγματικά περιστατικά: Περί τις αρχές Νοεμβρίου του έτους 2008, ο συμπαραστατούμενος ήρθε σε επικοινωνία με τον πρώτο εναγόμενο ιατρό, που με διαφημιστικές αναρτήσεις στο διαδίκτυο εμφανιζόταν (και πράγματι ήταν) εξειδικευμένος σε χειρουργικές επεμβάσεις αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, προκειμένου να πληροφορηθεί εάν θα μπορούσε να υποβληθεί με ασφάλεια σε μια τέτοια επέμβαση, καθότι υπέρβαρος. Σε συνάντηση που ακολούθησε, ο εναγόμενος ιατρός πληροφόρησε τον συμπαραστατούμενο, που τότε ήταν 23 ετών, και τους γονείς του, πρώτο και δεύτερη των κυρίως εναγόντων, ότι θα μπορούσε να τον αναλάβει, δηλαδή να τον υποβάλλει στην ενδεδειγμένη (εκ των τριών επικρατέστερων τύπων) για την περίπτωσή του χειρουργική επέμβαση, που έκρινε ότι ήταν η προσδιοριζόμενη ως κάθετη μερική γαστρεκτομή (ή, όπως είναι περισσότερο γνωστή, ως sleevegastrectomy), εφόσον βέβαια η κατάσταση της υγείας του το επέτρεπε. Για να διαγνωσθεί τούτο, ο συμπαραστατούμενος υποβλήθηκε σε προεγχειρητικό έλεγχο, που περιελάμβανε αιματολογικές και άλλες εξετάσεις, βάσει των ευρημάτων των οποίων και επιπλέον των πληροφοριών που έλαβε από αυτόν και τους γονείς του για την εν γένει κατάσταση της υγείας του και τις συνήθειές του (βάσει και των οποίων συμπληρώθηκε το γενικό ιστορικό ασθενούς), ο εναγόμενος ιατρός έκρινε ότι μπορούσε να προχωρήσει στον ως άνω τύπο χειρουργικής επέμβασης, που προγραμματίστηκε για την 12-11-2008, στις εγκαταστάσεις του θεραπευτηρίου της εναγομένης. Καθόσον αφορά στον τύπο χειρουργικής επέμβασης που επιλέχθηκε, σύμφωνα και με τις πληροφορίες που παρείχε ο εναγόμενος ιατρός στους ασθενείς του αλλά και με άρθρο σε προσωπική του ιστοσελίδα στο διαδίκτυο, συνίσταται στην λαπαροσκοπική αφαίρεση του μεγαλύτερου τμήματος του στομάχου, ώστε, με το συνακόλουθο περιορισμό της χωρητικότητάς του (κατά ποσοστό 75%), το αίσθημα πείνας να ικανοποιείται (και ο κορεσμός να επιτυγχάνεται) με την πρόσληψη μικρότερης ποσότητας φαγητού, το οποίο σταδιακά οδηγεί στην απώλεια βάρους. Επιπλέον, με τη μέθοδο αυτή, αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του ανώτερου τμήματος του στομάχου που

ονομάζεται θόλος, το οποίο, σύμφωνα με την επιστημονική άποψη ορισμένων ιατρών (την οποία αποδέχεται και ο εναγόμενος), αποτελεί την κύρια πηγή παραγωγής της ορμόνης με την ονομασία γρελίνη, η αύξηση των επιπέδων της οποίας προκαλεί αυξημένες ανάγκες για λήψη τροφής. Έτσι, κατά τη συγκεκριμένη ιατρική άποψη, με την αφαίρεση του θόλου μειώνεται η παραγωγή της συγκεκριμένης ορμόνης και συνακόλουθα το αίσθημα της πείνας, με αποτέλεσμα την πρόσληψη μικρότερης ποσότητας τροφής. Επιπλέον, με την χειρουργική αυτή μέθοδο, αφαιρείται το μεγαλύτερο μέρος του τμήματος του στομάχου που ονομάζεται σώμα και απομένει άθικτο το κατώτερο τμήμα του που ονομάζεται άντρο. Η αφαίρεση ξεκινά από το κάτω μέρος του στομάχου, συγκεκριμένα μερικά εκατοστά μετά τον πυλωρό (ο πυλωρικός σφικτήρας αποτελεί το σημείο σύνδεσης του στομάχου με τον δωδεκαδάκτυλο), ώστε το άντρο να παραμένει άθικτο, και συνεχίζεται διαγώνια, προς τον οισοφάγο, καταλήγοντας μερικά εκατοστά (όχι περισσότερα από 3) μετά το σημείο συνάντησής του (οισοφάγου) με το στομάχι, δηλαδή μετά την επονομαζόμενη γαστροοισοφαγική γωνία (έτσι απομένει ένα πολύ μικρό τμήμα του θόλου που δεν αφαιρείται), ώστε να διαμορφωθεί ένας γαστρικός σωλήνας (που «ανοίγει» στην περιοχή του άντρου), που προσομοιάζει κάπως σε σχήμα με μανίκι, εξ ου και η αγγλική ονομασία του (sleevegastrectomy - στην προαναφερθείσα ιστοσελίδα, η μέθοδος αυτή γαστρεκτομής προσδιορίζεται και ως «γαστρικό μανίκι»). Πριν την αφαίρεση, γίνεται διατομή των αγγείων της περιοχής του στομάχου που θα αποκοπεί ώστε να επιτευχθεί απαγγείωσή της, συγκεκριμένα, δε, αποκόπτονται τα βραχεία γαστρικά αγγεία που συνδέουν το μείζον τόξο του στομάχου με τον σπλήνα (σπληνογαστρικός σύνδεσμος) και ταυτόχρονα απολινώνονται, ώστε να μην αιμορραγούν, ενώ μετά την αφαίρεση, ακολουθεί η συρραφή της οπής, με ειδικά κλιπς. Στην προκειμένη περίπτωση, η χειρουργική επέμβαση, που πραγματοποιήθηκε με την λαπαροσκοπική τεχνική, ξεκίνησε περί ώρα 9.45 πμ (της 12-11-2008) και ολοκληρώθηκε μετά από μιάμιση ώρα περίπου, χωρίς να προκύψουν επιπλοκές ή άλλες διεγχειρητικές δυσκολίες. Κατά το πρώτο στάδιό της, ο πρώτος εναγόμενος ιατρός και οι βοηθοί του, προέβησαν σε παρασκευή του τμήματος του στομάχου που θα αφαιρείτο, αποκόπτοντας και απολινώνοντας τις βραχείες γαστρικές, και αμέσως μετά ο πρώτος εξ αυτών προχώρησε στην αποκοπή και αφαίρεσή του (δια του ομφαλού) καθώς και στη

συρραφή του εναπομείναντος τμήματος του, με ειδικά κλιπς. Ολοκλήρωσαν δε αυτήν (με συρραφή του ομφαλού), αφού προηγουμένως ήλεγξαν για τυχόν αιμορραγία των απολινωμένων αγγείων ή για διαφυγή στομαχικών υγρών από τη περιοχή συρραφής, που συνιστούν τις κύριες επιπλοκές της συγκεκριμένης επέμβασης, και διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει. Αμέσως μετά, ο συμπαραστατούμενος μεταφέρθηκε στο θάλαμο νοσηλείας του, προς παρακολούθηση της μετεγχειρητικής πορείας του, ενώ την επομένη υποβλήθηκε σε ειδικό ακτινολογικό έλεγχο, με τη χρήση γαστρογραφίνης, ώστε να ελεγχθεί η κατάσταση του στομαχικού κολοβώματος (δηλαδή του εναπομείναντος στομάχου). Το πόρισμα της εξέτασης αυτής έδειξε ότι μέχρι τότε όλα έβαιναν ομαλά, κυρίως, δε, ότι δεν είχε προκύψει διαρροή από τη συρραφή (το οποίο θα μπορούσε να ανακύψει και μετά μερικές ημέρες από την επέμβαση). Ήδη όμως την ημέρα εκείνη (13-12-2008), οι αιματολογικές εξετάσεις του συμπαραστατούμενου έδειξαν σημαντική πτώση του αιματοκρίτη (που υποχώρησε από 33,5, όπου βρισκόταν μετά το χειρουργείο, σε 27), σε επίπεδα κατώτερα του φυσιολογικού, κατάσταση που επιχειρήθηκε να αντιμετωπισθεί με τη χορήγηση αίματος. Την επομένη όμως (ήτοι την 14-11-2008), ο αιματοκρίτης υποχώρησε ακόμα περισσότερο, σε ιδιαίτερα επικίνδυνα για την υγεία του ασθενούς επίπεδα (συγκεκριμένα στο 21,8), γεγονός το οποίο ανησύχησε τον πρώτο εναγόμενο ιατρό, που αντιλαμβανόμενος ότι η πτώση του αιματοκρίτη αποτελούσε σαφή ένδειξη εσωτερικής αιμορραγίας, αποφάσισε να προχωρήσει άμεσα σε δεύτερη χειρουργική επέμβαση προς αντιμετώπιση της αιτίας της. Αυτή, δε, πραγματοποιήθηκε μια μέρα μετά (ήτοι την 15-11-2008), οπότε, ο πρώτος εναγόμενος ιατρός αφού λαπαροσκοπικώς προσέγγισε την περιοχή του στομάχου και διαπίστωσε την πηγή της αιμορραγίας, προέβη στην αναγκαία για την αντιμετώπιση της ιατρική πράξη, που ήταν επιτυχής (καθώς η αιμορραγία έπαυσε). Στο πρακτικό όμως χειρουργείου που συνέταξε σχετικώς απέφυγε να προσδιορίσει την αιτία της αιμορραγίας, αναγράφοντας ασαφώς ότι προερχόταν πιθανόν είτε από μια τραυματική βλάβη-αποφλοίωση (laceration) του σπληνός είτε από τα βραχεία γαστρικά (αγγεία). Η πρώτη όμως εκδοχή δεν θα μπορούσε να συμβαίνει, διότι, όπως κατέθεσε ο μάρτυρας (ιατρός χειρουργός) Δ.Τ., η τραυματική βλάβη του σπληνός συνεπάγεται έντονη αιμορραγία, και καθώς δεν θα μπορούσε να έχει προκληθεί (τραυματική βλάβη)

παρά μόνον κατά τη διάρκεια του πρώτου χειρουργείου, λογικά θα είχε γίνει τότε άμεσα αντιληπτή. Επιπλέον, σε περίπτωση μιας τέτοιας βλάβης, οι επιπτώσεις στην υγεία του συμπαραστατούμενου θα ήταν πολύ πιο σοβαρές. Για τους λόγους αυτούς προκρίνεται ως αιτία της αιμορραγίας η δεύτερη εκδοχή που έδωσε ο πρώτος εναγόμενος, δηλαδή η μη ορθή απολίνωση κάποιου ή ορισμένων από τα βραχεία γαστρικά αγγεία. Επειδή όμως η αιμορραγία και ο χρόνος που απαιτήθηκε για να γίνει αντιληπτή και να αντιμετωπισθεί, δεν επέδρασαν τελικά, όπως ακολούθως θα αναφερθεί, στη βλάβη της υγείας που τελικώς υπέστη ο συμπαραστατούμενος, δεν ασκεί έννομη επιρροή εν προκειμένω το εάν επάγονταν για τον πρώτο εναγόμενο ιατρό πλημμελή τρόπο άσκησης των ιατρικών του καθηκόντων ή εάν αποτελούσαν (και τούτο ως προς την αιμορραγία) πιθανή παρενέργεια της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης, ακόμα και όταν αυτή εκτελεστεί *lege artis*, για το οποίο ο ασθενής ήταν ενημερωμένος, όταν συναίνεσε σε αυτήν. Για τον ίδιο λόγο (ένεκα δηλαδή της απροσφορότητας να επιφέρει τη βλάβη της υγείας που τελικώς υπέστη ο συμπαραστατούμενος) δεν ασκούν επιρροή ως προς την κρίση για την υπαιτιότητα του πρώτου εναγομένου ιατρού τα εξής ζητήματα ι) κατά πόσον, με βάση τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης που εφαρμόζονται στη συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση, πρέπει να αφαιρείται το σύνολο του θόλου του στομάχου ή να απομένει τμήμα του και συνακόλουθα ιι) εάν ο πρώτος εναγόμενος ιατρός αφαίρεσε όσο τμήμα του θόλου έπρεπε, με βάση όσα υποστηρίζουν ορισμένοι ιατροί, εξειδικευμένοι στο συγκεκριμένο είδος χειρουργικής επέμβασης, ή άφησε περισσότερο. Επισημαίνεται δε, ότι όπως κατέθεσε και ο προαναφερθείς μάρτυρας των εναγόμενων, εάν πράγματι ο πρώτος εναγόμενος ιατρός δεν είχε αφαιρέσει όσο τμήμα από το θόλο του στομάχου απαιτείτο, τούτο θα είχε ως μόνη συνέπεια να μην επιτευχθεί το σκοπούμενο με την επέμβαση αποτέλεσμα (της απώλειας βάρους) και όχι κάποια βλάβη της υγείας του συμπαραστατούμενου, συνεπώς και εκείνης που αποτελεί τη βάση των ενδίκων αξιώσεών του. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι κατά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση (της 15-11-2008), ο πρώτος εναγόμενος ιατρός προκάλεσε τραύμα στο κολόβωμα του στομάχου, με κάποιο από τα ιατρικά εργαλεία που χρησιμοποίησε για να σταματήσει την αιμορραγία. Συγκεκριμένα, τραυμάτισε τον εναπομείναντα θόλο του στομάχου, προκαλώντας οπή, διαμέτρου ενάμιση (1,5) περίπου εκατοστού,

οπότε, για να εμποδίσει τη διαφυγή από αυτήν γαστρικών υγρών, προχώρησε σε συρραφή της. Στο πρακτικό χειρουργείου που συντάξε όμως δεν κατέγραψε το περιστατικό αυτό, παρότι ιδιαίτερα σημαντικό, παρά μόνον ανέφερε ότι προέβη σε ενίσχυση της περιοχής του στομάχου με συρραφή, ώστε να μην γίνει αντιληπτό το ιατρικό σφάλμα στο οποίο υπέπεσε. Αργότερα δε (τον Ιούνιο του 2009), σε επιστολή του προς την Υγειονομική Επιτροπή της Τράπεζας της Ελλάδος, θα υποστηρίξει ότι κατά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση διαπίστωσε ότι υπήρχε διαφυγή στομαχικών υγρών από μια μικρή οπή, μακράν της συρραπτικής περιοχής (επί λέξει «Ανευρέθηκε ... πολύ μικρή περιοχή του στομάχου μακρά της συρραπτικής περιοχής με μικρή διαφυγή που ενισχύθηκε με διακεκομμένα ράμματα ...»). Η εκδοχή όμως αυτή δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή διότι, μετά την πρώτη χειρουργική επέμβαση, είχε ακολουθήσει ακτινολογική εξέταση με τη χρήση γαστρογραφίνης και δεν είχε παρατηρηθεί διαφυγή υγρών από το στομάχι. Σε κάθε όμως περίπτωση, είτε δηλαδή η οπή προκλήθηκε κατά την πρώτη χειρουργική επέμβαση είτε κατά τη δεύτερη, πράγμα που κατά την κρίση του Δικαστηρίου συνέβη, επάγεται για τον εναγόμενο ιατρό πλημμελή τρόπο εκτέλεσης των καθηκόντων του, υπό την έννοια της παράβασης της υποχρέωσής του να ενεργήσει τις συγκεκριμένες επεμβάσεις με τη δέουσα επιμέλεια, δηλαδή αυτήν που αναμένεται από το μέσο ιατρό, και κατά τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης. Επισημαίνεται ότι η οπή προφανώς και δεν προϋπήρχε των χειρουργικών επεμβάσεων, ούτε μπορεί να προκλήθηκε από αιτία για την οποία ο πρώτος εναγόμενος ιατρός δεν είχε ευθύνη [δεδομένου μάλιστα ότι ήταν υπεύθυνος για την φαρμακευτική αγωγή του ασθενή του, που θα μπορούσε, σε εξαιρετικά σπάνιες περιπτώσεις, να προκαλέσει μια τέτοια βλάβη, εκδοχή που εν προκειμένω δεν προκρίνεται ως βάσιμη], για τον οποίον άλλωστε λόγο επιχείρησε να συγκαλύψει την ύπαρξή της, και που ενδεχομένως θα επιτύγχανε εάν δεν καταγραφόταν ως εύρημα στην από 28-11-2008 έκθεση γαστροσκόπησης του ιατρού Α.Π. Ο ισχυρισμός του πρώτου εναγομένου ιατρού ότι δεν υπήρξε οπή στο θόλο του στομάχου του συμπαραστατουμένου αλλά ότι τα ράμματα τοποθετήθηκαν προς ενίσχυση μιας απορογονοποιημένης περιοχής κρίνεται αβάσιμος, καθώς, πέραν ότι ο ίδιος έχει παραδεχθεί την ύπαρξη οπής στην προαναφερθείσα επιστολή του (προς την Υγειονομική Επιτροπή της Τράπεζας της

Ελλάδος), από την κατάθεση του προαναφερθέντος μάρτυρα, προέκυψε ότι η απορογονοποίηση (που συνίσταται στη φθορά της λεπτής μεμβράνης, πάχους ενός περίπου χιλιοστού, που καλύπτει εσωτερικά το στομάχι και ονομάζεται ορογόνος) επιφέρει ασήμαντες επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς, οπότε δεν υπήρχε λόγος να αντιμετωπισθεί με ράμματα. Επιπλέον, από την ίδια ένορκη κατάθεση προκύπτει ότι η απορογονοποίηση δεν μπορεί παρά να προκλήθηκε από κακό χειρισμό κάποιου ιατρικού οργάνου κατά τη χειρουργική επέμβαση, οπότε, και υπό την εκδοχή αυτή, που δεν υιοθετείται ως βάσιμη, συνιστά αποτέλεσμα ιατρικού σφάλματος. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι μετά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση, ο συμπαρυστατούμενος μεταφέρθηκε (περί ώρα 18.00) στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και την επομένη (16-11-2008) σε δωμάτιο του θεραπευτηρίου της δεύτερης εναγομένης, διότι κρίθηκε από τον πρώτο εναγόμενο ιατρό ότι δεν συνέτρεχε λόγος να παραμείνει στη ΜΕΘ. Τούτο παρότι, τις πρώτες πρωινές ώρες της 16-11-2008, τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου, άρχισαν να παρουσιάζουν αυξομειώσεις (κυμαινόμενες από 94,5 έως 98,1% ενώ την προηγούμενη αλλά και πριν τη χειρουργική επέμβαση υπερέβαιναν το 99% [επισημαίνεται ότι η πτώση του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο σε ποσοστό κατώτερο του 95% συνεπάγεται υποξαιμία] και κατά τη διάρκεια της ίδιας ημέρας ο ασθενής άρχισε να παραπονείται ότι δυσκολευόταν να αναπνεύσει και ανέπτυξε πυρετό (που κυμάνθηκε από 38° έως 39°C). Ο πρώτος εναγόμενος όμως ιατρός υποτίμησε τα συγκεκριμένα συμπτώματα κακής μετεγχειρητικής πορείας του ασθενούς του και συνέστησε στους γονείς του να τον βοηθούν να εκτελεί διάφορες κινήσεις που έκρινε ότι θα τον βοηθούσαν να τα αντιμετωπίσει. Σταδιακά όμως, τα συμπτώματα αυτά εντείνονταν, με αποτέλεσμα περί ώρα 19.20 της 17-11-2008, ο συμπαρυστατούμενος να εκδηλώσει έντονη ταχύπνοια με επιπόλαιες αναπνοές, κυάνωση και τετρακίνητικότητα με χαώδεις κινήσεις και ακολούθως να χάσει κάθε επαφή με το περιβάλλον. Τότε έγινε το πρώτον αντιληπτό από τον πρώτο εναγόμενο (που ενημερώθηκε σχετικά) και τους εφημερεύοντες ιατρούς του θεραπευτηρίου της δεύτερης εναγομένης ότι αντιμετώπιζε μείζον αναπνευστικό πρόβλημα και έπρεπε άμεσα να τεθεί υπό αναπνευστική υποστήριξη, για τον οποίον σκοπό μεταφέρθηκε εσπευσμένα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) του θεραπευτηρίου, όπου εκτιμήθηκε ότι είχε εκδηλώσει σύνδρομο οξείας

αναπνευστικής ανεπάρκειας (ARDS), που συνιστά μια οξεία, βαριά δομική και λειτουργική διαταραχή του πνεύμονα η οποία εκδηλώνεται με υποξυγοναιμία και μειωμένη ενδοτικότητα του αναπνευστικού συστήματος, ή και σύνδρομο TRALI, οπότε άμεσα διασωληνώθηκε και ετέθη υπό μηχανική υποβοήθηση της αναπνοής. Τις επόμενες ώρες η κατάσταση της υγείας του παρέμεινε ιδιαίτερα κρίσιμη και σαν ιατρικό περιστατικό, χαρακτηρίστηκε από τον διευθυντή της ΜΕΘ, ως με αυξημένες πιθανότητες κακής έκβασης, τούτο ιδίως διότι, παρά τις προσπάθειες που καταβάλλονταν για την οξυγόνωσή του, τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου κυμαινόταν σε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά (στη 01.07,' ξημερώματα της 18-11-2008 είχε τιμή 58,6%). Οι προσπάθειες συνεχίστηκαν και τις επόμενες ημέρες, χωρίς όμως να επιφέρουν σημαντικό αποτέλεσμα, καθώς ακόμα και μετά έξι ημέρες δεν είχε επιτευχθεί ανάταξη και σταθεροποίηση του ασθενούς. Στις 24-11-2008, και ενώ ο συμπαρυστατούμενος συνέχισε να έχει υψηλό πυρετό και λευκοκυττάρωση, παρά τη θεραπευτική αγωγή στην οποία υποβαλλόταν, οι θεράποντες ιατροί της ΜΕΘ, αναζητώντας την αιτία που είχε προκαλέσει το σύνδρομο ARDS (στο οποίο πλέον είχαν καταλήξει ότι οφειλόταν το περιστατικό) και κυρίως εμπόδιζε την ανάταξη του ασθενούς, αποφάσισαν να τον υποβάλλουν σε αξονική τομογραφία, από τα πορίσματα της οποίας αντελήφθησαν ότι υπήρχε διαφυγή γαστρικών υγρών. Συγκεκριμένα, η εξέταση έδειξε συλλογή υγρού στο αριστερό μέρος της υποδιαφραγματικής περιοχής με φυσαλίδα αέρα, συλλογή υγρού στην ελάσσονα πύελο καθώς και φυσαλίδες αέρα στην περιτοναϊκή κοιλότητα, που, σύμφωνα και με την κατάθεση του μάρτυρα Δ.Τ., αποτελούσαν σαφή ένδειξη διαφυγής γαστρικών υγρών. Τούτο άλλωστε επιβεβαιώθηκε την επομένη, όταν η ακτινογραφία που ελήφθη κατέδειξε σημαντική διαφυγή υγρών από το στομάχι του ασθενούς και έτσι αποφασίσθηκε να υποβληθεί το συντομότερο δυνατό σε νέα (τρίτη) χειρουργική επέμβαση ώστε να αντιμετωπισθεί η αιτία της (μάλιστα προ αυτής, αφαιρέθηκαν με παρακέντηση από την πέριξ της σπληνός περιοχή 50 cc κεραμόχρωμου υγρού). Η επέμβαση αυτή πραγματοποιήθηκε την 28-11-2008, από τον πρώτο εναγόμενο ιατρό, οπότε και διαπιστώθηκε ότι υπήρχε σημαντική διαρροή γαστρικών υγρών από την οπή που από αμέλεια είχε προκαλέσει στο θόλο του στομάχου του ασθενούς του, κατά την προηγούμενη χειρουργική επέμβαση. Κρίνεται δε, και τούτο με βάση τα κάτωθι αναφερόμενα, ότι η διαρροή γαστρικών

υγρών εντός του σώματος του ασθενούς είχε ξεκινήσει αμέσως μετά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση και απετέλεσε την αιτία του αναπνευστικού συνδρόμου που εμφάνισε ο συμπαρυστατέος, καθώς είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση σήψης των ιστών με τα οποία ήρθαν σε επαφή τα υγρά αυτά. Συγκεκριμένα, από τις ένορκες καταθέσεις των μαρτύρων Δ.Τ. και Θ.Δ. και τις ένορκες βεβαιώσεις των ιατρών Σ.Γ. και Ε.Χ. (απάντων ιατρών) προκύπτει αδιαμφισβήτητα ότι η διαφυγή γαστρικών υγρών προκαλεί σήψη στους ιστούς με τους οποίους τα υγρά αυτά έρχονται σε επαφή, καθότι έντονα καυστικά, και περιτονίτιδα. Μάλιστα ο μάρτυρας ανταπόδειξης Θ.Δ. (που τυγχάνει πρόεδρος της εταιρείας βαριατρικής χειρουργικής Ελλάδος) κατέθεσε ότι η σήψη από τη διαφυγή γαστρικών υγρών μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία του πνεύμονα, ιδίως προκαλώντας οίδημα στη μεμβράνη που ρυθμίζει τη διάχυση του οξυγόνου στο αίμα. Για το λόγο αυτό, κατά την προσκομισθείσα ιατρική βιβλιογραφία και επιπλέον την ένορκη βεβαίωση του ιατρού Ε.Χ. (που προσκομίζεται από τη δεύτερη εναγομένη), η σήψη εντάσσεται στους κύριους παράγοντες πρόκλησης του συνδρόμου ARDS. Καθώς μάλιστα στην προκειμένη υπόθεση αποδεδειγμένα δεν συνέτρεξε κάποιος από τους λοιπούς παράγοντες που κατά την ιατρική επιστήμη (τα πορίσματα της οποίας εισφέρονται στη δίκη και από την ένορκη βεβαίωση του ιατρού Ε.Χ.) μπορούν να προκαλέσουν το συγκεκριμένο σύνδρομο (ήτοι η πνευμονία, η πνευμονική θλάση, η εισρόφηση, ο τραυματισμός του πνεύμονα και το σύνδρομο TRALI), η εμφάνιση του συνδρόμου ARDS δεν μπορεί παρά να σχετίζεται με προηγηθείσα σήψη. Άλλωστε, και κατά την ιατρική άποψη που διατύπωσε εγγράφως, την 18-11-2008, ο υπεύθυνος της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας του θεραπευτηρίου της δεύτερης εναγομένης (και μάρτυρας αυτού, στην παρούσα δίκη) Χ.Π., η οποία καταχωρήθηκε στην καρτέλα της ΜΕΘ, η κλινική εικόνα του ασθενούς ήταν συμβατή με εμφάνιση του συνδρόμου TRALI λόγω των πολλαπλών μεταγγίσεων αίματος στις οποίες είχε υποβληθεί ο ασθενής (εκ της οποίας αναφοράς συνάγεται ότι δεν είχαν εξ αρχής καταλήξει ποιά από τα προαναφερθέντα σύνδρομα αντιμετώπιζαν), είτε με την εμφάνιση του συνδρόμου ARDS ένεκα εισρόφησης ή σηπτικού σοκ. Καθόσον αφορά στο σύνδρομο TRALI, αποτελεί μια σπάνια αντίδραση στο μεταγγιζόμενο αίμα ή των παραγώγων του, που εκδηλώνεται εντός λίγων ωρών από τη μετάγγιση και προκαλεί οξεία βλάβη των πνευμόνων, ηπιότερη από εκείνη που προκαλείται από

το σύνδρομο ARDS. Στην προκειμένη περίπτωση, όταν ο ασθενής περιήλθε στην προαναφερθείσα κατάσταση αναπνευστικής ανεπάρκειας που πλέον άπαντες οι διάδικοι αποδέχονται ότι οφειλόταν σε εκδήλωση του συνδρόμου ARDS, δεν είχε προηγηθεί (τις αμέσως προηγούμενες ώρες) μετάγγιση αίματος ώστε να μπορούσε να αποδοθεί στο σύνδρομο TRALI. Άλλωστε τόσο ο εφημερεύων ιατρός του εναγομένου θεραπευτηρίου κατά την ημέρα εκείνη, Ε.Χ., που ασχολήθηκε ενεργά με το ερευνώμενο περιστατικό, όσο και ο διευθυντής της ΜΕΘ Χ.Π., αποφεύγουν σήμερα να το αποδώσουν (ο πρώτος στην ένορκη βεβαίωση που έδωσε, ο δεύτερος κατά την επί του ακροατηρίου ένορκη κατάθεσή του) σε εμφάνιση του συνδρόμου TRALI, στοιχείο που ενισχύει την ως άνω κρίση. Επιπλέον, αποκλείεται ως αιτία πρόκλησης του συνδρόμου ARDS που αντιμετώπισε ο συμπαραστατούμενος, η εισρόφηση, που όπως αναφέρθηκε, ετέθη ως ενδεχόμενη από τον ως άνω διευθυντή της ΜΕΘ, διότι δεν επιβεβαιώθηκε από ιατρικά ευρήματα και άλλωστε ουδείς εκ των διαδίκων την υποστηρίζει πλέον ως πιθανή. Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που η εκδοχή αυτή είχε αποδειχθεί βάσιμη, η υπαιτιότητα του πρώτου εναγομένου ιατρού για την εμφάνιση του συνδρόμου ARDS δεν θα αποκλειόταν, καθώς αυτός όφειλε, όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό του θεραπευτηρίου της δεύτερης εναγομένης, να έχει μεριμνήσει για τη λήψη μέτρων αποτροπής ενός τέτοιου συμβάντος (εισρόφησης), κατά τη νοσηλεία του ασθενούς. Συνεπώς, ως αιτία πρόκλησης του συνδρόμου ARDS απομένει η σήψη, σχετικά με την οποία, σύμφωνα με όσα ήδη αναφέρθηκαν, προέκυψαν τα εξής. Κατά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση (είτε και κατά την πρώτη, με βάση όσα κατέγραψε ο εναγόμενος ιατρός στο πρακτικό χειρουργείου της 15-11-2008), από σφάλμα του πρώτου εναγομένου ιατρού προκλήθηκε οπή στον εναπομείναντα (μετά την αφαίρεση του λοιπού) θόλο του στομάχου, διαμέτρου αυτής 1,5 εκατοστών, από την οποία διέρρευσαν γαστρικά υγρά στο σώμα του ασθενούς. Την 15-11-2008, ο πρώτος εναγόμενος ιατρός επιχείρησε να συρράψει την οπή, πλην όμως η προσπάθεια του αυτή δεν επέφερε το σκοπούμενο αποτέλεσμα (το κλείσιμο της οπής), καθώς την 24-11-2008 διαπιστώθηκε ότι από αυτήν είχε εκρεύσει σημαντική ποσότητα γαστρικών υγρών που είχε συγκεντρωθεί πλησίον του διαφράγματος και στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Λίγες ημέρες αργότερα, ήτοι την 28-11-2008, όταν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς το επέτρεπε, επιχειρήθηκε, με νέα χειρουργική

επέμβαση, το κλείσιμο της οπής, τελικώς όμως, μετά δύο περίπου μήνες, διαπιστώθηκε ότι συνεχιζόταν η εκροή γαστρικών υγρών από αυτήν (καθώς ο ασθενής εμφάνισε πνευμοπεριτοναίο που επάγεται την ύπαρξη ελεύθερου αέρα στην κοιλιακή χώρα), οπότε την 4-2-2009, πραγματοποιήθηκε μια τέταρτη χειρουργική επέμβαση, κατά την οποία έγινε εκτομή της περιοχής της διατρήσεως του στομάχου (όπως επί λέξει, ο πρώτος εναγόμενος ιατρός αναφέρει στην προαναφερθείσα επιστολή του) δηλαδή αφαιρέθηκε το εναπομείναν τμήμα του θόλου του στομάχου όπου βρισκόταν η οπή. Παρότι, κατά τις δύο κρίσιμες ημέρες μετά το δεύτερο χειρουργείο (της 15-11-2008), δεν πραγματοποιήθηκαν εξετάσεις ώστε να διαπιστωθεί εάν είχε σταματήσει η εκροή γαστρικών υγρών από την οπή αυτή, που στη συγκεκριμένη περίπτωση, ήταν επιβεβλημένη ιατρικά, η πορεία της υγείας του ασθενούς καταδεικνύει ότι τούτο δεν είχε συμβεί. Τις πρώτες πρωινές ώρες της 16-11-2008 καταγράφηκαν αυξομειώσεις στα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου στο αίμα του και την ίδια ημέρα ο ασθενής εμφάνισε πυρετό και άρχισε να παραπονείται ότι δυσκολεύεται να αναπνεύσει. Οι εναγόμενοι διατείνονται ότι μέχρι και λίγο πριν την εισαγωγή του στην ΜΕΘ, δηλαδή περί ώρα 20.00 της 17-11-2008, η πορεία της υγείας του ασθενούς ήταν καλή, πλην όμως από το διάγραμμα παρακολούθησης ασθενούς προκύπτει διαφορετική εικόνα. Την επομένη ημέρα, η κατάσταση της υγείας του συμπαραστατούμενου χειροτέρευσε και το απόγευμα της ίδιας ημέρας (17-11-2008), αφού τα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα του είχαν περιορισθεί σε 39mmHg (με φυσιολογική τιμή 96 mmHg) και ο πυρετός βρισκόταν στο 39°C, εισήχθη στη ΜΕΘ, στην κατάσταση που προαναφέρθηκε. Η κλινική αυτή εικόνα του ασθενούς ήταν συμβατή με εμφάνιση συνδρόμου ARDS συνεπεία σήψης (δοθέντος ότι οι άλλες δύο πιθανές αιτίες αποκλείστηκαν). Η σήψη δεν θα μπορούσε εν προκειμένω να έχει προκληθεί από καμία άλλη αιτία πλην της διαφυγής γαστρικών υγρών από την προαναφερθείσα οπή (καθώς όλες οι μεταγενέστερες εξετάσεις έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφυγή από την γραμμή συρραφής), που λίγες ημέρες αργότερα, την 24-11-2008, διαπιστώθηκε, και ακτινολογικά πλέον, ότι παρέμενε ανοικτή. Τούτο και με δεδομένο ότι τα γαστρικά υγρά, σε περίπτωση διαφυγής από το πεπτικό σύστημα, προκαλούν άμεσα έντονη φλεγμονή στους ιστούς με τους οποίους έρχονται σε επαφή, επειδή είναι, όπως προαναφέρθηκε, έντονα καυστικά. Γεγονός που ενισχύει την κρίση αυτή

είναι και το ότι η κατάσταση της υγείας του συμπαραστατούμενου έπαυσε προσωρινά να εμφανίζει την εικόνα που προαναφέρθηκε μόνον όταν, με την τρίτη επέμβαση, έπαυσε προσωρινά η διαφυγή γαστρικών υγρών από την οπή του θόλου του στομάχου, και οριστικά άρχισε να βελτιώνεται όταν, με την τέταρτη επέμβαση, αφαιρέθηκε η περιοχή διατήρησης του στομάχου. Εάν η σήψη είχε οποιαδήποτε άλλη αιτία) θα είχε διαγνωσθεί, κατά την πολύμηνη παραμονή του συμπαραστατούμενου στην ΜΕΘ, ώστε να αντιμετωπισθεί, καθώς μόνον η αντιμετώπιση της αιτίας της ασθένειας και όχι των συμπτωμάτων της επιφέρει τη θεραπεία. Καθόσον αφορά στην κατάθεση του μάρτυρα Χ.Π., διευθυντή της ΜΕΘ ότι καθ'ό χρόνο ο ασθενής νοσηλεύεται στη μονάδα (προφανώς ΜΕΘ) λαμβάνει ειδική φαρμακευτική αγωγή (αναστολείς αντλίας πρωτονίων) που αναστέλλουν την οξύτητα των γαστρικών υγρών ώστε να μην είναι ιδιαίτερα καυστικά, επισημαίνεται ότι αφενός εν προκειμένω η διαφυγή είχε προηγηθεί της εισόδου του συμπαραστατούμενου στη ΜΕΘ, οπότε η σήψη είχε ήδη ανακύψει, αφετέρου, η συγκεκριμένη ιατρική άποψη (ότι δηλαδή τα γαστρικά υγρά, με τη χορήγηση των ως άνω φαρμακευτικών ουσιών, καθίστανται ακίνδυνα) δεν εξηγεί λογικά τον λόγο για τον οποίον ο ασθενής υποβλήθηκε εσπευσμένα σε χειρουργική επέμβαση αντιμετώπισης της διαρροής των γαστρικών υγρών, όταν τούτο, κατά τον ίδιον μάρτυρα, δεν επαγόταν αυξημένο κίνδυνο για τη ζωή του. Σύμφωνα άλλωστε και με την κατάθεση του μάρτυρα (ανταπόδειξης) Θ.Δ., η διαφυγή γαστρικών υγρών μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη λειτουργία των πνευμόνων δια της προκλήσεως οιδήματος στη μεμβράνη που ελέγχει τη διάχυση οξυγόνου στο αίμα, ενδεχόμενο που εν προκειμένω κρίνεται ότι συνέτρεξε (δεδομένου επιπλέον ότι παρατηρήθηκε συλλογή υγρών πλησίον των πνευμόνων) και επέδρασε, μαζί με τη σήψη των λοιπών ιστών που ήρθαν σε επαφή με τα γαστρικά υγρά, στην εμφάνιση του συνδρόμου ARDS. Επισημαίνεται εξάλλου, ότι, με βάση όσα αναφέρθηκαν στην προεκτιθέμενη νομική σκέψη, ο πρώτος εναγόμενος ιατρός όφειλε να αποδείξει ότι η ιατρική πράξη που επιχείρησε για το κλείσιμο της οπής του στομάχου του συμπαραστατούμενου ήταν η ενδεδειγμένη, εκτελέσθηκε lege artis και επέφερε το σκοπούμενο αποτέλεσμα (ή εάν τούτο δεν επετεύχθη, ότι δεν έχει ευθύνη), βάρος στο οποίο δεν ανταποκρίθηκε, καθώς δεν απέδειξε ότι το κρίσιμο χρονικό διάστημα (δηλαδή αμέσως πριν την εμφάνιση του συνδρόμου ARDS) δεν υπήρχε διαρροή από

αυτήν (οπή). Μάλιστα, από την ένορκη βεβαίωση του ιατρού Κ.Ε., συνάγεται ότι ενδεδειγμένη μέθοδος για την αντιμετώπιση της οπής του στομάχου, όταν εξ αυτής έχουν εκρεύσει γαστρικά υγρά, οπότε και αναμένεται η ανάπτυξη φλεγμονής στο εξωτερικό μέρος του που έχει έρθει σε επαφή με αυτά, αποτελεί η συρριγοποίηση της διάτρησης με τοποθέτηση σωλήνα Petzer, που εν προκειμένω ακολουθήθηκε κατά την τρίτη χειρουργική επέμβαση. Βάσει λοιπόν των προαναφερθέντων, το σύνδρομο ARDS συνδέεται αιτιώδως με το ιατρικό σφάλμα στο οποίο υπέπεσε ο πρώτος εναγόμενος ιατρός κατά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση, οπότε, από λανθασμένο χειρισμό των ιατρικών εργαλείων που χρησιμοποίησε για την αντιμετώπιση της αιμορραγίας που είχε προκληθεί από τη μη προσήκουσα απολίνωση κάποιων βραχέων γαστρικών αγγείων, κατά την πρώτη χειρουργική επέμβαση, προκάλεσε οπή στο θόλο του στομάχου του συμπαραστατούμενου ασθενούς του, την οποία δεν αντιμετώπισε κατά τρόπο επιτυχή, και τούτο δεν το διέγνωσε έγκαιρα, με αποτέλεσμα, από την επακολουθήσασα διαφυγή γαστρικών υγρών, να προκληθεί φλεγμονή και σήψη των ιστών με τους οποίους ήρθαν σε επαφή καθώς και οίδημα στη μεμβράνη διάχυσης οξυγόνου, που οδήγησαν στην εμφάνιση του ως άνω συνδρόμου. Επισημαίνεται δε ότι οι εναγόμενοι αποφεύγουν να αποδώσουν σε οποιαδήποτε από τις αποδεδειγμένες επιστημονικά αιτίες την εμφάνιση του συνδρόμου ARDS, παρότι εκδηλώθηκε καθό χρόνο ο συμπαραστατούμενος νοσηλευόταν στο θεραπευτήριο της δεύτερης και παρακολουθείτο από τους ιατρούς της, οπότε και λογικώς θα αναμενόταν να έχουν την απάντηση στο ερώτημα αυτό, και υποστηρίζουν ότι ενδεχομένως να συνιστά μετεγχειρητική επιπλοκή, λόγω του ότι ο ασθενής ήταν παχύσαρκος και καπνιστής. Πλην όμως, η εξήγηση αυτή δεν βρίσκει έρεισμα στα αποδεδειγμένα πορίσματα της ιατρικής επιστήμης και για τούτο απορρίπτεται ως αβάσιμη, καθώς αφενός δεν προκύπτει, από την προσκομισθείσα βιβλιογραφία, ότι το σύνδρομο ARDS αποτελεί πιθανή παρενέργεια της εξειδικευμένης χειρουργικής επέμβασης στην οποία υποβλήθηκε ο συμπαραστατούμενος (και η οποία ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και σε άτομα με ΒΙΜ ανώτερου του 55, δηλαδή ανώτερου εκείνου -49- πού είχε ο συμπαραστατούμενος), ούτε άλλωστε του είχε αναφερθεί κάτι τέτοιο πριν την επέμβαση (οπότε, εάν ίσχυε η συγκεκριμένη άποψη, ο πρώτος εναγόμενος ιατρός είχε παραβεί την υποχρέωση του για ενημέρωση του ασθενούς

του), αφετέρου το κάπνισμα, κατά τη ίδια βιβλιογραφία, συνιστά επιβαρυντικό παράγοντα και όχι αιτία εμφάνισης του συνδρόμου. Επισημαίνεται δε ότι, παρότι στα πρακτικά χειρουργείου που συντάχθηκαν από τον πρώτο εναγόμενο ιατρό για τις μεταγενέστερες της 15-11-2008 χειρουργικές επεμβάσεις δεν γίνεται αναφορά σε ευρήματα που να καταδεικνύουν βλάβες (σήψη, φλεγμονή, οίδημα, περιτονίτιδα) προκληθείσες από τη διαρροή των γαστρικών υγρών, τούτο δεν επάγεται ότι δεν υπήρχαν ή ότι δεν εντοπίσθηκαν αλλά ότι δεν καταγράφηκαν (διότι ήδη είχε γίνει αντιληπτή η βλάβη που είχαν προκληθεί στην υγεία του ασθενούς), καθώς, βάσει όσων κατέθεσαν οι μάρτυρες-ιατροί Δ.Τ. και Θ.Δ., προκύπτει ότι ήταν αδύνατον η επί πολλές ημέρες διαρροή των καυστικών αυτών υγρών (που και οι εναγόμενοι αποδέχονται ότι συνέβαινε από 20 έως 28-11-2008) να μην έχει προκαλέσει βλάβη στους ιστούς με τους οποίους είχαν έρθει σε επαφή. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι την 17-11-2008, λίγες ώρες πριν την εισαγωγή του συμπαραστατούμενου στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, η σταδιακή εκδήλωση του συνδρόμου ARDS οδηγούσε στην πτώση των επιπέδων κορεσμού οξυγόνου στο αίμα του, με αποτέλεσμα να αισθάνεται έντονη δυσφορία και δύσπνοια, πλην όμως ο πρώτος εναγόμενος καθώς και το λοιπό ιατρικό προσωπικό του θεραπευτηρίου της εναγομένης (μεταξύ αυτών και οι εφημερεύοντες ιατροί) δεν αξιολόγησαν ορθά τα συμπτώματα αυτά (που αποτελούν τα πρώτα που εμφανίζονται όταν εκδηλώνεται το σύνδρομο ARDS) και δεν προέβησαν σε μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα του, παρά μόνον όταν ο συμπαραστατούμενος εμφάνισε κυάνωση και έπαυσε να επικοινωνεί με το περιβάλλον. Επισημαίνεται ότι προσκομίζεται από τους εναγόμενους μέτρηση που έλαβε χώρα στις 19.28' της 17^{ης}.11.2008, με τη χρήση οξυμέτρου, κατά την οποία τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου του ασθενούς ανέρχονταν σε ποσοστό 76,3%, δεν προκύπτει όμως εάν αυτή ήταν η πρώτη μέτρηση που πραγματοποιήθηκε όταν ειδοποιήθηκαν για το περιστατικό ή εκείνη που επακολούθησε αφού του χορηγήθηκε οξυγόνο (που λογικά, θα ήταν η πρώτη ενέργεια τους, δεδομένης της προφανούς υποξαιμίας), και εάν τα αποτελέσματα της μέτρησης αυτής ήταν συμβατά με την κατάσταση που εμφάνιζε ο ασθενής (κυάνωση κλπ). Τότε και μόνον έγινε αντιληπτό ότι διέτρεχε σοβαρό κίνδυνο, πιθανότατα λόγω εκδήλωσης του συνδρόμου ARDS (που, σύμφωνα και όσα αναφέρει η δεύτερη εναγομένη στις προτάσεις της, εμφανίζεται

ως αναπνευστική δυσχέρεια, δηλαδή ανησυχία και δύσπνοια, ενώ κατά την εξέλιξή της, που γίνεται εντός 12-48 ωρών, ο ασθενής εμφανίζει ταχύπνοια, κυάνωση και εργώδη αναπνοή, όπως δηλαδή στην προκειμένη περίπτωση) και αποφασίσθηκε η μεταφορά του στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, που πραγματοποιήθηκε (μεταφορά) εντός των επόμενων 30 λεπτών, ώστε να υποστηριχθεί αναπνευστικά και να επιχειρηθεί η ανάταξή του (κατά το πρακτικό, η είσοδος πραγματοποιήθηκε στις 8 μμ, δηλαδή μετά από περίπου 30 λεπτά, αφότου εκδηλώθηκε η κυάνωση). Εκεί, η μέτρηση των επιπέδων κορεσμού στο αίμα του έδειξε ότι είχε περιέλθει σε ποσοστό μικρότερο του 35% - όπως προκύπτει από την ένορκη βεβαίωση του εφημερεύοντος ιατρού Ε.Χ.- δηλαδή είχε επέλθει ραγδαία πτώση του (εν συγκρίσει με την μέτρηση που είχε πραγματοποιηθεί στις 7.28 μμ) ενώ μάλιστα, σύμφωνα με την ίδια ένορκη βεβαίωση, ο ασθενής, κατά τη μεταφορά του στη ΜΕΘ, έφερε διπλή παροχή οξυγόνου και χειροκίνητη παροχή (ambu) προς υποβοήθηση της αναπνοής του. Άμεσα διασωληνώθηκε και ετέθη σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, με χορήγηση οξυγόνου σε ποσοστό 100%, και ακολούθως του χορηγήθηκαν μεγάλες δόσεις αγγειοσυσπαστικών και άλλων φαρμάκων, οπότε εντός ολίγων λεπτών τα επίπεδα κορεσμού αυξήθηκαν σημαντικά, προσεγγίζοντας σε ποσοστό το 81,5% (ο πυρετός μετρήθηκε στο 38,9°C). Όμως, η κατάσταση της υγείας του παρέμεινε κρίσιμη για πολλές ημέρες, καθώς η επενέργεια της αιτίας που είχε προκαλέσει το σύνδρομο ARDS, δηλαδή η σήψη συνεπεία της διαφυγής γαστρικών υγρών από την οπή του στομάχου του (και το συνακόλουθο αυτής οίδημα στη μεμβράνη διάχυσης οξυγόνου), εμπόδιζαν τη βελτίωση της υγείας του, ιδίως δε τη σταθεροποίηση των επιπέδων κορεσμού οξυγόνου στο αίμα του σε φυσιολογικά ποσοστά και την πτώση του πυρετού, για τον οποίον λόγο, όπως ήδη αναφέρθηκε, επιχειρήθηκε την 28-11-2008 και νέα (τρίτη) χειρουργική επέμβαση. Ακολούθως, ο συμπαραστατούμενος μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ, δεν κατέστη όμως δυνατόν να ανακτήσει επικοινωνία, με αποτέλεσμα να γίνει αντιληπτό (και τούτο αποτυπώθηκε στο πρακτικό που συντάχθηκε) ότι ενδεχομένως να έχει υποστεί ανοξική εγκεφαλοπάθεια «λόγω της βαριάς αρχικής υποξαιμίας». Σύντομα η πρόβλεψη αυτή επιβεβαιώθηκε, καθώς το αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα διαπιστώθηκε ότι ο συμπαραστατούμενος, ένεκα της μειωμένης οξυγόνωσης του εγκεφάλου του (βαριά υποξαιμία), κατά τις απογευματινές ώρες της 17-11-2008

(και συγκεκριμένα κατά τα λεπτά που τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου στο αίμα του ήταν κατώτερα 35% και τούτο συνέβη τόσο όταν εκδήλωσε την κυάνωση όσο και μετά, πριν την μεταφορά του στη ΜΕΘ αλλά και κατά τα πρώτα λεπτά σε αυτήν) συνεπεία του συνδρόμου ARDS, υπέστη σπαστική τετραπληγία, που συνιστά τύπο βαρύτατης εγκεφαλικής παράλυσης, και έκπτωση των ανώτερων νοητικών του λειτουργιών «επί εδάφους ανοξικής εγκεφαλοπάθειας». Η βλάβη αυτή της υγείας του συμπαραστατούμενου είναι μη αναστρέψιμη, προκαλεί δε αδυναμία κίνησης των κάτω άκρων, σπαστικότητα στην κίνηση των άνω άκρων, αδυναμία εκφοράς λόγου και εν γένει αυτοεξυπηρέτησης. Υπαίτιοι αυτής (βλάβης) τυγχάνουν ο πρώτος εναγόμενος ιατρός και το ιατρικό προσωπικό του θεραπευτηρίου της δεύτερης εναγομένης που είχε υπηρεσία τις απογευματινές ώρες τις 17-11-2008, καθώς δεν διέγνωσαν έγκαιρα, και τούτο από βαριά αμέλεια, ότι τα συμπτώματα της δύσπνοιας και της δυσφορίας που είχε εμφανίσει ο ως ασθενής τους ήταν αποτέλεσμα της εκδήλωσης του συνδρόμου ARDS και κυρίως ότι τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου στο αίμα του συνεχώς μειώνονταν σε ποσοστά ιδιαίτερα επικίνδυνα για την υγεία του (που ευχερώς μπορούσαν να έχουν διαπιστώσει, εάν συνέχιζαν, μετά τη δεύτερη χειρουργική επέμβαση, να προβαίνουν σε σχετικές μετρήσεις), οπότε, με την κατάλληλη υποστήριξη της αναπνοής του (που του παρασχέθηκε λίγη ώρα αφότου εισήχθη στην ΜΕΘ), θα απέτρεπαν την βαριά υποξαιμία που οδήγησε στην ως άνω εγκεφαλική βλάβη, επιπλέον δε, ο πρώτος εναγόμενος διότι, με τις προαναφερθείσες πράξεις και παραλείψεις του, προκάλεσε την εμφάνιση του συνδρόμου ARDS στον ασθενή του. Η συμπεριφορά τους δε αυτή, που επάγεται παράβαση της επιβαλλόμενης εκ της διατάξεως του άρθρου 24 του ΑΝ. 1565/1939 υποχρέωσής τους να ενεργήσουν σύμφωνα με τις θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής επιστήμης και τη δέουσα επιμέλεια και επιπλέον είναι αντίθετη σε απαγορευτικές διατάξεις νόμου (ιδίως του άρθρου 314 ΠΚ σε συνδυασμό με τα άρθρα 15 και 28 του ιδίου Κώδικα), συνιστά αδικοπραξία, οπότε, βάσιμα η ενάγουσα διατείνεται ότι ο πρώτος εναγόμενος ιατρός ευθύνεται στην καταβολή αποζημίωσης για την αποκατάσταση της ζημίας και της ηθικής βλάβης που υπέστη ο συμπαραστατούμενος. Επιπλέον, αποδεικνύεται ότι η δεύτερη εναγομένη, που εκμεταλλεύεται επιχειρηματικά το διαγνωστικό και νοσηλευτικό κέντρο με το διακριτικό τίτλο «...», συνδέεται με τον πρώτο εναγόμενο με σχέση πρόσθησης, υπό

την έννοια που εκτίθεται στην μείζονα σκέψη, καθώς συντρέχουν εν προκειμένω οι προϋποθέσεις που εκεί αναφέρθηκαν, και συνεπώς είναι αντικειμενικά υπεύθυνη για την (περιουσιακή και μη) ζημία που υπέστη ο συμπαραστατούμενος από την αδικοπραξία του προστηθέντος της ιατρού, μετά του οποίου υπέχει υποχρέωση αποζημίωσης (αρ. 922 και 926 ΑΚ). Επισημαίνεται δε, ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο έλεγχος του προστηθέντος ιατρού από την προστήσασα εταιρία δεν εκτεινόταν στον τρόπο εργασίας του, δηλαδή στον τρόπο διενέργειας των ιατρικών πράξεων που αναλάμβανε, καθώς, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, τούτο δεν είναι επιτρεπτό, αλλά εξαντλείτο στην παροχή γενικών οδηγιών (ως προς τον τόπο, τον χρόνο και τους όρους εργασίας του), επιπλέον δε, η προστήσασα ωφελείτο από την δράση του (ήτοι την τέλεση ιατρικών πράξεων σε πελάτες του, στο θεραπευτήριο της), καθώς έτσι διεύρυνε το πεδίο της επιχειρηματικής της δραστηριότητας και αύξανε το κέρδος της (αφού οι ασθενείς του συνεργαζόμενου ιατρού επιβαρύνονταν με τις δαπάνες νοσηλείας τους στο θεραπευτήριο της, όπως και στην προκειμένη υπόθεση). Εξάλλου, η δεύτερη εναγομένη ευθύνεται και για το λόγο ότι υπαίτιο για τη βλάβη της υγείας του συμπαραστατουμένου τυγχάνει και το ιατρικό προσωπικό της, σύμφωνα με τα προναφερθέντα, καθώς είχε την ευθύνη της παρακολούθησης της μετεγχειρητικής πορείας του ως άνω ασθενούς, ιδίως κατά τις ώρες που ο θεράπων ιατρός του απουσίαζε, όπως το απόγευμα τις 17-11-2008, ώστε να τον ενημερώνει τακτικά για την εξέλιξη της, και επιπλέον όφειλε να ενεργεί τις ιατρικές πράξεις που ήταν αναγκαίες για την αποτροπή αιφνιδίως εμφανιζομένων κινδύνων, όπως εν προκειμένω συνέβη, δεδομένου ότι μεταξύ αυτών (εναγομένης και ιατρικού προσωπικού της) υφίστατο σχέση πρόστησης, κατά την έννοια που προεκτέθηκε. Συνεπώς, και για το λόγο αυτό, η δεύτερη εναγομένη ευθύνεται (αντικειμενικά) για τη ζημία που το προστηθέν ιατρικό προσωπικό της προκάλεσε στον συμπαραστατούμενο, κατά την υπηρεσία του, απορριπτομένου ως αβασίμου του αντίθετου ισχυρισμού της. Επισημαίνεται δε, και τούτο για την κατάδειξη του αμελούς τρόπου που ο πρώτος εναγόμενος αντιμετώπισε το συγκεκριμένο ιατρικό περιστατικό, το οποίο και εξηγεί τη σειρά ιατρικών σφαλμάτων και αστοχιών στα οποία υπέπεσε, ότι, από τις εμπειριστατωμένες επιστημονικά ένορκες βεβαιώσεις των ιατρών Ε.Τ. και Κ.Ε. και την ένορκη κατάθεση του ιατρού Δ.Τ., που μελέτησαν τα ιατρικά έγγραφα που συντάχθηκαν σχετικώς (και

προσκομίζονται στην παρούσα δίκη), προκύπτει ότι δεν εκτέλεσε τη χειρουργική επέμβαση της επιμήκους γαστρεκτομής (sleevegastrectomy) κατά τον προσήκοντα ιατρικά τρόπο (lege artis), καθώς αφαίρεσε μέρος μόνον του θόλου του στομάχου, πολύ μικρότερο μάλιστα και από εκείνο που, κατά την ιατρική άποψη που διατείνεται πλέον ότι ακολουθεί (καθώς στην ιστοσελίδα του, στο διαδίκτυο αναφέρει ότι κατά τη συγκεκριμένη επέμβαση αφαιρείται ο θόλος του στομάχου), όφειλε να αφαιρέσει. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι ο συμπαραστατούμενος παρέμεινε νοσηλευόμενος στο θεραπευτήριο της δεύτερης εναγομένης μέχρι τις 4-8-2009, οπότε και μεταφέρθηκε στο θεραπευτήριο εξειδικευμένης φροντίδας «Ολύμπιον» της Πάτρας, όπου και παρέμεινε μέχρι την 18-11-2009, οπότε και επέστρεψε στο θεραπευτήριο της δεύτερης εναγομένης, όπου παρέμεινε νοσηλευόμενος σε θάλαμο της χειρουργικής κλινικής μέχρι την 9-4-2011, οπότε και έλαβε εξιτήριο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του υποβλήθηκε σε δύο επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις, εκ των οποίων η πρώτη πραγματοποιήθηκε την 13-4-2009, στο θεραπευτήριο της δεύτερης εναγομένης, για την αντιμετώπιση περιτονίτιδας, που κατά τα ιατρικά έγγραφα που συνέταξαν ιατροί της, οφειλόταν σε μετακίνηση του καθετήρα νησιδοστομίας, η δεύτερη, την 26-10-2009, στην κλινική του θεραπευτηρίου Πατρών, εξ αιτίας αποφρακτικού ειλεού και γαγγραινώδους χολοκυστίτιδας, που αντιμετωπίστηκε με χολοκυστεκτομή. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι συνεπεία των ιατρικών σφαλμάτων στα οποία υπέπεσαν οι προαναφερθέντες ιατροί και της συνακόλουθης αυτών βλάβης στην υγεία του συμπαραστατούμενου, ο τελευταίος υποχρεώθηκε σε δαπάνες, με αποτέλεσμα να υποστεί περιουσιακή ζημία, για την αποκατάσταση της οποίας, βάσιμα η δικαστική συμπαράστατης του αξιώνει από τους εναγόμενους, για λογαριασμό του, αποζημίωση (δεδομένου επιπλέον ότι έχει λάβει και την άδεια του εποπτικού συμβουλίου της συμπαράστασης). Συγκεκριμένα προκύπτει ότι για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της δεύτερης εναγομένης, κατά την πολύμηνη νοσηλεία του στο θεραπευτήριο της, συμπεριλαμβανομένων των διαφόρων ιατρικών εξετάσεων (αξονικές τομογραφίες, ακτινογραφίες, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, εξετάσεις αίματος, κλπ), των χειρουργικών επεμβάσεων, των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού που απαιτήθηκε, οφείλει

σε αυτήν, συνολικώς, το ποσό των 910.882,13 ευρώ. Παρότι δε, η εναγομένη δεν έχει εισέτι απαιτήσει από την ενάγουσα την καταβολή του συγκεκριμένου ποσού, η αξίωσή της υφίσταται και συνεπώς βάσιμα η αντίδικος της διατείνεται ότι εντάσσεται στην περιουσιακή ζημία που υπέστη ο συμπαραστατούμενος εκ της αδιοπραξίας των προαναφερθέντων ιατρών, βάσει της διάταξης του άρθρου 929 ΑΚ (νοσήλια), και αξιώνει ισόποση αποζημίωση. Έναντι όμως της απαίτησης αυτής του συμπαραστατούμενου, η δεύτερη εναγομένη, με τις προτάσεις της, προβάλλει σε συμψηφισμό την ισόποση δική της, από την παροχή των ως άνω υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να επέρχεται απόσβεση αμφοτέρων, σύμφωνα με όσα ορίζουν οι διατάξεις των άρθρων 440-443 ΑΚ, επί των οποίων ερείδεται νομικά η πρότασή της (που συνιστά ένσταση). Η αποδοχή μάλιστα της συγκεκριμένης ένστασης άγει σε απαλλαγή και του πρώτου εναγομένου ιατρού από τη συγκεκριμένη οφειλή, καθώς, κατά τη διάταξη του άρθρου 483 ΑΚ, ο συμψηφισμός αποτελεί γεγονός που ενεργεί αντικειμενικά δηλαδή υπέρ όλων των συνοφειλετών που ενέχονται εις ολόκληρον, όπως εν προκειμένω, που οι εναγόμενοι, δυνάμει της διάταξης του άρθρου 926 ΑΚ, ευθύνονται από κοινού για τη ζημία του συμπαραστατούμενου. Καθόσον αφορά στην ένσταση παραγραφής που προβάλλει ο πρώτος εναγόμενος ιατρός για μέρος της ως άνω απαίτησης του συμπαραστατούμενου, είναι νομικά αβάσιμη διότι οι απαιτήσεις από αδιοπραξία παραγράφονται μετά πέντε έτη αφότου ο παθών έμαθε τη ζημία και τον υπόχρεο σε αποζημίωση (αρ. 937 ΑΚ), προθεσμία που στην προκειμένη περίπτωση δεν είχε συμπληρωθεί όταν ασκήθηκε η αγωγή (τον Ιούνιο 2013). Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι ο συμπαραστατούμενος, για την εξειδικευμένη φροντίδα και νοσηλεία που του παρασχέθηκε από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του θεραπευτηρίου «Ολύμπιον» (συμπεριλαμβανομένων στα νοσήλια, των δαπανών που απαιτήθηκαν για την πραγματοποίηση της επέμβασης χολοκυστεκτομής και την ιατρική φροντίδα που του παρασχέθηκε από την κλινική του συγκεκριμένου θεραπευτηρίου για την αντιμετώπιση λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος που εμφάνισε), κατέβαλε (δια της δικαστικής συμπαραστάτιδος του) στην εταιρία εκμετάλλευσής του, συνολικώς το ποσό των 94.439,39 ευρώ. Μέρος των παραστατικών που εκδόθηκαν σχετικώς, φέρονται να έχουν ως αποδέκτη το «Αλληλοβοηθητικό Ταμείο Περιθάλψεως Συλλόγου Υπαλλήλων Τραπεζής της Ελλάδος (ΑΤΠΣΥΤΕ)», που συνιστά τον ασφαλιστικό φορέα

στον οποίον είναι εμμέσως ασφαλισμένος (δια της μητέρας του) ο συμπαραστατούμενος, παρά ταύτα η σχετική δαπάνη, που πρωτίστως βάρυνε τον τελευταίο, ως αποδέκτη των υπηρεσιών που αφορούσε η συναλλαγή για την οποία εκδόθηκαν, αποτελεί μέρος της αποκαταστατέας περιουσιακής ζημίας του, χωρίς να ενδιαφέρει εάν καλύφθηκε τελικώς από τον ίδιο (ήτοι την περιουσία του), όπως διατείνεται η δικαστική συμπαραστάτης του, ή από τον ως άνω ασφαλιστικό του φορέα. Τούτο διότι, δυνάμει της διάταξης του άρθρου 930 παρ. 3 ΑΚ, που ορίζει ότι η αξίωση για αποζημίωση δεν αποκλείεται από το λόγο ότι κάποιος άλλος έχει την υποχρέωση να αποζημιώσει αυτόν που αδικήθηκε, συνάγεται γενικότερη αρχή, κατά την οποία η αξίωση του παθόντος για αποζημίωση δεν μπορεί να αποκρουστεί από τον υπόχρεο ζημιώσαντα εκ του ότι άλλος εκ του νόμου υποχρεωμένος κατέβαλε στον παθόντα, τα νοσήλια για τη θεραπεία του. Τέτοια δυνατότητα για πρόσκτηση από τον παθόντα αθροιστικά από τον αδικήσαντα και της παροχής του τρίτου δεν υφίσταται όταν ο νομοθέτης ορίζει διαφορετικά, όπως με το άρθρο 18 του Ν. 1654/1986, κατά το οποίο η αξίωση αποζημίωσης του παθόντος μεταβιβάζεται εκ του νόμου στο ΙΚΑ, που είτε κατέβαλε, είτε υποχρεούται να καταβάλει στον παθόντα την οικεία κοινωνικο-οικονομική παροχή προς κάλυψη της ζημίας του (ΑΠ 116/2010 δημ.Νόμος), καθώς και με το άρθρο 47 παρ. 6 Ν. 3518/2006, δυνάμει του οποίου οι διατάξεις του προαναφερθέντος νόμου για την υποκατάσταση, επεκτείνονται στους ασφαλιστικούς οργανισμούς ελευθέρων επαγγελματιών (στους οποίους δεν εντάσσεται βέβαια το ΑΤΠΣΥΤΕ) και στον ΟΓΑ. Περαιτέρω προέκυψε ότι συμπαραστατούμενος, αφότου έλαβε εξιτήριο από το θεραπευτήριο της δεύτερης εναγομένης, υποβάλλεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα σε αιματολογικές και ορμονολογικές εξετάσεις καθώς και εξετάσεις ούρων, ώστε να υπάρχει διαρκής έλεγχος της πορείας της υγείας του, για τον οποίον λόγο, μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2012, είχε δαπανήσει συνολικώς το ποσό των 1.291,76 ευρώ. Επιπλέον, αφότου εξήλθε του θεραπευτηρίου και εγκαταστάθηκε στην οικία του, η κατάσταση της υγείας του (ιδίως η αδυναμία του να αυτοεξυπηρετηθεί) επέβαλε την αγορά διαφόρων φαρμακευτικών και αναλώσιμων ειδών, όπως υποσέντονα μια χρήσης, επιθέματα, γάζες, γάντια μιας χρήσης, αποστειρωτικά προς αποφυγή λοιμώξεων, λόγω και της συνεχούς χρήσης καθετήρα, για την οποία αιτία δαπανήθηκε συνολικώς (μέχρι 15-2-2013) το ποσό

των 250,51 ευρώ. Επιπλέον, η κλινήρης διαβίωσή του, επέβαλε την αγορά μιας ηλεκτροκίνητης κλίνης, αξίας 1.050 ευρώ, ενός απλού και ενός ειδικού (για την αποτροπή των κατακλίσεων) στρώματος, αξίας 100 ευρώ και 445 ευρώ αντίστοιχα, ενός αμαξιδίου με ανακλινόμενη πλάτη, αξίας 450 ευρώ, ενός ειδικού τραπεζιού-κρεβατιού, αξίας 95 ευρώ, ενός γερανού, αξίας 1.400 ευρώ, δύο ζευγών κνημοποδικών κηδεμόνων από θερμοπλαστικό υλικό, συνολικής αξίας 2.200 ευρώ, δύο πλαστικών τραχειοσωλήνων, αξίας εκάστου 65 ευρώ, ενός αναπηρικού αμαξιδίου, αξίας 1.800 ευρώ και διαφόρων άλλων ιατρικών και ορθοπεδικών ειδών (όπως αντιθρομβωτικών καλτσών, συνολικής αξίας 34 ευρώ, αυχενικού κολάρου και κηδεμόνα, κηδεμόνα τύπου Jewett και νάρθηκα καρπού), για το σύνολο των οποίων, καταβλήθηκε το ποσό των 8.186 ευρώ. Επιπλέον αποδείχθηκε ότι ο συμπαραστατούμενος, κατά το χρόνο νοσηλείας του στα ως άνω θεραπευτήρια, κατέβαλε ως αμοιβή, για τις υπηρεσίες που τους προσέφεραν, ι) στους αναισθησιολόγους Κ.Γ., Δ.Δ. και Τ.Τ., 500, 100 και 400 ευρώ αντίστοιχα, ιι) στον εργοθεραπευτή Σ.Κ., 1.710 ευρώ, ιιι) στο χειρουργό Χ.Δ. 300 ευρώ, ιιiv) στο γαστρεντερολόγο Π.Μ. 300 ευρώ, ν) στο νευρολόγο Π.Β. 60 ευρώ, και ακολούθως, στο νοσοκομείο Γ.Ν.Α «Γ.Γ.», 80 ευρώ (συνολικώς δε, κατέβαλε 3.450 ευρώ). Επιπλέον προέκυψε ότι, λόγω της κινητικής αναπηρίας που προκάλεσε στον συμπαραστατούμενο η εγκεφαλική βλάβη, αποτελεί ανάγκη να υποβάλλεται τακτικά σε φυσικοθεραπείες, ώστε να μην ατροφήσουν οι μύες, για την οποία αιτία έχει ήδη δαπανήσει (ως αμοιβή των φυσικοθεραπευτών Γ.Γ., Κ.Κ., Ν.Γ., Σ.Τ., Α.Κ. και Σ.Μ.) το συνολικό ποσό των 14.772,60 ευρώ (και τούτο από 31-1-2011 έως 13-6-2012). Επίσης, υποβάλλεται τακτικά και σε ειδική λογοθεραπεία, για την εκγύμναση της περιοχής του φάρυγγα, προς διευκόλυνση της κατάποσης και της αναπνοής, για την οποία αιτία έχει ήδη δαπανήσει (ως αμοιβή των λογοθεραπευτών Κ.Κ., Κ.Κ., Κ.Μ. και Σ.Δ.) το συνολικό ποσό των 9.355 ευρώ (και τούτο από 28-2-2010 έως 30-6-2012). Επίσης, για την ψυχολογική υποστήριξή του, που ήταν αναγκαία ώστε να μπορέσει, κατά το δυνατόν, να αποδεχθεί τον νέο τρόπο ζωής που του επέβαλε η βλάβη στην υγεία του, έχει ήδη δαπανήσει (ως αμοιβή των ψυχολόγων Δ.Ο. και Χ.Ρ. καθώς και του Κέντρου Ακουστικολογικών Εφαρμογών, όπου παρέχονται σχετικές υπηρεσίες) το ποσό των 1.800 ευρώ) (και τούτο από 14-7-2010 έως 29-12-2012). Επιπλέον προέκυψε ότι κατά το χρόνο που ο

συμπαραστατούμενος νοσηλευόταν (κλινήρης) στο θεραπευτήριο της δεύτερης εναγομένης, είχε ανάγκη συνεχούς φροντίδας από άλλον, καθότι αδυνατούσε να αυτοεξυπηρετηθεί, για τον οποίον σκοπό οι γονείς του προσέλαβαν για λογαριασμό του αποκλειστική νοσοκόμα. Επειδή όμως ο συμπαραστατούμενος είχε ανάγκη φροντίδας καθ' όλο το 24ώρο, αναγκαστικά έπρεπε να προσληφθούν για κάθε ημέρα, δύο αποκλειστικές νοσοκόμες (ώστε η μια να αναλάβει τη βραδινή βάρδια). Αρχικώς, η φροντίδα του συμπαραστατουμένου ανατέθηκε στις αποκλειστικές νοσοκόμες Α.Β. και Τ.Κ. (από 19-2-2009 έως 11-4-2009), ακολούθως στις Π.Μ. και Λ.Ρ. (από 30-4-2009 έως 28-7-2009) και κατόπιν (ξανά) στην Τ.Κα. (έως 3-8-2009). Κατά τη νοσηλεία του στο θεραπευτήριο Πατρών, η φροντίδα του ανατέθηκε στις αποκλειστικές νοσοκόμες Σ.Τ. και Α.Μ. ενώ κατά την επάνοδο του στο θεραπευτήριο της δεύτερης εναγομένης, τη φροντίδα του ανέλαβαν αρχικώς οι Μ.Π. και Α.Φ. (έως 30-6-2010), κατόπιν οι Α.Μ. και Σ.Μ. (έως 30-1-2011) και τέλος (έως δηλαδή και τον Μάρτιο του 2011) η Ν.Μ. (που είχε αναλάβει τη νυχτερινή βάρδια δηλαδή από 22.00 έως 10.00). Για την αμοιβή των ως άνω αποκλειστικών νοσοκόμων, οι γονείς του συμπαραστατούμενου κατέβαλαν για λογαριασμό του, συνολικώς, το ποσό των 128.288,06 ευρώ (προς απόδειξη της δαπάνης αυτής, πλην για ποσό 2.000 ευρώ, προσκομίζονται σχετικά παραστατικά) ενώ δεν ασκεί έννομη επιρροή ότι μέρος της δαπάνης αυτής (συνολικού ποσού 37.155 ευρώ), όπως και των λοιπών προαναφερομένων, καλύφθηκε από τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίον, όπως ήδη αναφέρθηκε, ήταν εμμέσως ασφαλισμένος ο συμπαραστατούμενος (ως προστατευόμενο μέλος οικογένειας), ένεκα του δικαιώματος αθροιστικής απόληψης που παρέχει σε αυτόν η διάταξη του άρθρου 930 παρ.3 ΑΚ, σύμφωνα και με όσα έχουν ήδη προαναφερθεί. Επιπλέον αποδείχθηκε ότι ο συμπαραστατούμενος, και αφότου μεταφέρθηκε από το θεραπευτήριο της εναγομένης στην οικία του, για την κάλυψη και των πλέον στοιχειωδών αναγκών του, είχε ανάγκη τη βοήθεια άλλου προσώπου, καθώς, λόγω των σοβαρών κινητικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει, αδυνατεί πλήρως να αυτοεξυπηρετηθεί, για τον οποίον σκοπό, οι γονείς του προσέλαβαν για λογαριασμό του αποκλειστική νοσοκόμα στην οποία ανέθεσαν τη φροντίδα του. Συγκεκριμένα, για τους πρώτους πέντε μήνες, προσέλαβαν δύο αποκλειστικές νοσοκόμες, τη Μ.Π. και τη Ν.Μ., ώστε εναλλάξ να εκτελούν δύο δωδεκάωρες

βάρδιες, καταβάλλοντας τους αμοιβή (σε κάθε μία) 1.000 ευρώ. Από το Σεπτέμβριο του 2011 έως και τον Οκτώβριο του ίδιου έτους, υπηρεσίες αποκλειστικής νοσοκόμας παρείχε μόνη η Μ.Π., αντί αμοιβής 1.000 ευρώ, ενώ από τον Νοέμβριο του 2011 έως και τον Μάρτιο του 2012, τις υπηρεσίες αυτές παρείχε, αντί ίδιας αμοιβής, η R.S.. Έκτοτε, και έως τον Μάιο του 2013, φρόντιζαν τον συμπαραστατούμενο οι Ζ.Μ. και Μ.Μ., στην πρώτη των οποίων, για οκτάωρη απασχόληση (από 9 πμ έως 5 μμ) επί έξι ημέρες την εβδομάδα (πλην της Κυριακής), καταβαλλόταν αμοιβή 500 ευρώ, και στη δεύτερη, για καθημερινή τετράωρη (από 5 μμ έως 9 μμ) απασχόληση (πλην των Κυριακών που εργαζόταν 10 ώρες), καταβαλλόταν αμοιβή 350 ευρώ (δηλαδή η μηνιαία δαπάνη ανερχόταν συνολικώς στο ποσό των 850 ευρώ). Συνεπώς, από τον Απρίλιο του 2011 έως και τον Μάιο του 2013, ο συμπαραστατούμενος έχει δαπανήσει, για την αμοιβή των αποκλειστικών νοσοκόμων (ή και βοηθητικών προσώπων) που του παρείχαν ημερήσια φροντίδα, συνολικώς το ποσό των 28.900 ευρώ, απορριπτομένου του υπολοίπου μέρους του κονδυλίου αυτού ως αναπόδεικτου (καθότι δεν προσκομίζονται σχετικά παραστατικά προς απόδειξη του ύψους της αμοιβής, που προσδιορίσθηκε ως άνω με βάση τα διδάγματα της κοινής πείρας). Επισημαίνεται δε, ότι ακόμα και αν τη φροντίδα του συμπαραστατούμενου είχαν αναλάβει τα μέλη της οικογένειάς του, οι εναγόμενοι δεν θα απαλλάσσονταν από την υποχρέωση καταβολής αποζημίωσης ισόποσης με την αμοιβή που θα καταβαλλόταν από τον δικαιούχο της σε περίπτωση πρόσληψης βοηθητικού προσώπου, αφού, βάσει του άρθρου 930 παρ. 3 ΑΚ, η οικειοθελής εκ μέρους των συγγενικών προσώπων προσφορά των υπηρεσιών τους δεν δύναται να αποβαίνει προς όφελος του υπόχρεου αποζημίωσης (ΑΠ 1379/2004 δημ. Νόμος). Επιπλέον αποδείχθηκε ότι για τη μετακίνηση του συμπαραστατούμενου, αφότου επέστρεψε στην οικία του, ήταν αναγκαία, λόγω της κατάστασής του, η αγορά ενός ειδικού, ήτοι μεταποιημένου, αυτοκινήτου, σύμφωνα και με σχετική σύσταση ιατρού της δεύτερης εναγομένης. Για το λόγο αυτό, την 17-5-2011, ο πατέρας του προέβη, για λογαριασμό του, στην αγορά ενός τέτοιου αυτοκινήτου, εργοστασίου κατασκευής VOLKSWAGEN, τύπου TSKOMBI, κυλινδρισμού 2.000 κυβικών εκατοστών αντί τιμήματος 25.397,50 ευρώ, μέρος του οποίου, ποσού 12.500 ευρώ, κατέβαλε ο πρώτος εναγόμενος ιατρός (ποσό που αφαιρείται από την αποκαταστατέα ζημία). Επιπλέον, παρέστη ανάγκη αγοράς μιας

ηλεκτροϋδραυλικής ράμπας (εργοστασίου κατασκευής Dhollandia) για την ευκολότερη επιβίβαση του συμπαραστατούμενου στο ειδικό αυτοκίνητο, καθώς και του απαραίτητου συστήματος πρόσδεσης AMF, που κόστισαν αντίστοιχα 3.900 ευρώ και 420 ευρώ, πλέον ΦΠΑ 13%, ήτοι συνολικώς 4.881,60 ευρώ. Τέλος, κατέστη αναγκαία η κατασκευή ράμπας στην είσοδο της οικίας του συμπαραστατούμενου, ώστε να διευκολύνονται οι μετακινήσεις του, με το αναπηρικό αμαξίδιο του, που κόστισε 1.000 ευρώ. Οι ανωτέρω δαπάνες επάγονται για τον συμπαραστατούμενο περιουσιακή (θετική) ζημία, αιτιωδώς προκληθείσα από την προπεριγραφείσα παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά των ως άνω ιατρών, προστηθέντων της δεύτερης εναγομένης, οπότε βάσιμα η δικαστική συμπαραστάτης του αξιώνει από αυτήν και τον υπαίτιο πρώτο εναγόμενο ιατρό ισόποση αποζημίωση, για την αποκατάσταση της, όπως ήδη αναφέρθηκε. Συνεπώς, για την επελθούσα περιουσιακή ζημία του συμπαραστατούμενου, οι εναγόμενοι οφείλουν να καταβάλουν στην ενάγουσα, που νόμιμα διεξάγει τη δίκη αυτή, ως νόμιμη αντιπρόσωπος του (αρ. 64 παρ. 1 ΚΠολΔ), εις ολόκληρον έκαστος, αποζημίωση συνολικού ποσού 309.512,42 ευρώ. Περαιτέρω αποδείχθηκε ότι η ανάγκη του συμπαραστατούμενου για φυσικοθεραπεία (ώστε να αποτραπεί η ατροφία των μυών) θα συνεχιστεί για τουλάχιστον άλλα τρία χρόνια μετά την άσκηση της αγωγής, οπότε, προς κάλυψη της ανάγκης του αυτής, θα δαπανά επιπλέον μηνιαίως το ποσό των 700 ευρώ, απορριπτομένου, πέραν αυτού, του σχετικού κονδυλίου ως υπερβολικού, λαμβανομένου υπόψη ότι το έτος 2011, η σχετική δαπάνη δεν υπερέβη τις 7.000 ευρώ και το επόμενο έτος κινήθηκε στις 8.000 περίπου. Επιπλέον, την ίδια χρονική περίοδο, θα υποχρεωθεί να υποβάλλεται σε λογοθεραπεία, με αποτέλεσμα την περαιτέρω αύξηση των μηνιαίων δαπανών του κατά 320 ευρώ και ετησίως κατά 3.840 ευρώ, περίπου δηλαδή όσο δαπάνησε και τα έτη 2010 και 2011 (οπότε η δαπάνη προσέγγισε τα 3.800 ευρώ). Επίσης, θα χρειαστεί να επισκέπτεται ανά δίμηνο ειδικό φυσίατρο ώστε να παρακολουθείται η κατάστασή του και βάσει των πορισμάτων που θα εξάγονται, να προγραμματίζονται οι ιατρικές ενέργειες που θα πρέπει να γίνουν ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές που θα επιβαρύνουν την υγεία του. Για την αιτία αυτή, οι διμηνιαίες δαπάνες του θα αυξηθούν κατά 80 ευρώ (και συνεπώς μηνιαίως κατά 40 ευρώ), που υπολογίζεται με βάση όσα ήδη έχουν καταβληθεί στον φυσίατρο Θ.Μ. που έχει αναλάβει την

παρακολούθηση του συμπαραστατούμενου. Επιπλέον, ένεκα της αδυναμίας του να αυτοεξυπηρετείται, θα συνεχίσει να υποβάλλεται σε δαπάνες αγοράς συσκευασιών με πάνες, υποσέντονα και πλαστικά γάντια μιας χρήσης και για τα επόμενα τρία χρόνια, με αποτέλεσμα τη αύξηση των μηνιαίων δαπανών του κατά 90 ευρώ. Επιπλέον, θα συνεχίσει να προμηθεύεται ειδικά σπρέι (Pulvo) για την αποφυγή κατακλίσεων, ειδικές αλοιφές για την επούλωση των πληγών του δέρματος και των συγκαμάτων (Kenacomb και Sudocream), γάζες για τον καθαρισμό των πληγών, υπόθετα, πρωτεϊνούχα συμπληρώματα και βιταμίνες για την ενδυνάμωση του οργανισμού του, διάφορα ορθοπεδικά είδη, όπως νάρθηκες καρπού, δέστρες, μπαλάκια φυσικοθεραπείας, και τέλος ειδικού σαπουνιού για την καθαριότητά του, για τους οποίους λόγους οι μηνιαίες δαπάνες του εκτιμάται ότι θα αυξηθούν κατά 100 ευρώ. Επίσης, καθόσον η κατάσταση της υγείας του συμπαραστατούμενου δεν αναμένεται να βελτιωθεί σημαντικά, κρίνεται ότι για τα επόμενα τρία χρόνια (από την άσκηση της αγωγής) θα έχει ανάγκη από τη φροντίδα άλλων, για τον οποίον λόγο, θα συνεχίσει να αποδέχεται τις υπηρεσίες των νοσοκόμων (Z.M. και M.M.) που μέχρι τώρα τον φρόντιζαν ή και άλλων, και έτσι θα καταβάλει μηνιαίως, για την αμοιβή τους, το ποσό των 850 ευρώ, που δαπανούσε και πριν την άσκηση της αγωγής. Επιπλέον της (μελλοντικής θετικής) αυτής ζημίας, κρίνεται ότι ο συμπαραστατούμενος θα απωλέσει εισοδήματα που με πιθανότητα, κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων, θα αποκέρδαινε από την εργασία που θα αποκτούσε, όταν ολοκλήρωνε τη φοίτησή του στη Σχολή Εφαρμοσμένων Μαθηματικών και Φυσικών Επιστημών του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου. Συγκεκριμένα, με πιθανότητα, ο συμπαραστατούμενος, έως τον Μάιο του 2013, θα είχε ολοκληρώσει τις σπουδές του (τουλάχιστον δύο έτη πριν) και θα εργαζόταν ως προγραμματιστής ηλεκτρονικών υπολογιστών και προγραμμάτων λογισμικού είτε και θα ασκούσε κάποιο άλλο, σχετικό με τις σπουδές του, επάγγελμα (όπως διδασκαλία μαθηματικών, φυσικής, χημείας, χειρισμού υπολογιστών κλπ), αποκερδαίνοντας μηνιαίως (είτε ως μισθό, στην πρώτη περίπτωση, είτε ως αμοιβή, στη δεύτερη), 900 ευρώ (βλ. ΑΠ 1582/2001 δημ. Νόμος). Απώλεσε δε τα εισοδήματα αυτά, καθώς η αναπηρία που πλέον αντιμετωπίζει (και υπερβαίνει σε ποσοστό το 80%) έχει καταστήσει αυτόν ανίκανο προς εργασία εφ' όρου ζωής. Σύμφωνα όμως με όσα ορίζει η διάταξη του άρθρου 929 εδ. α' ΑΚ, ο

συμπαραστατούμενος δικαιούται να αξιώσει από τους αντίδικούς του την καταβολή αποζημίωσης για την ανόρθωση της ως άνω (θετικής και αποθετικής) μελλοντικής ζημίας του, που, όπως εκ των προαναφερθέντων συνάγεται, οφείλεται αφενός στην αναγκαστική αύξηση των δαπανών του, αφετέρου στη αποστέρηση της ικανότητάς του προς εργασία, συνεπεία της βλάβης της υγείας του. Καθόσον αφορά στον ισχυρισμό του πρώτου εναγομένου ότι κατά τον προσδιορισμό της μελλοντικής ζημίας από την απώλεια εισοδήματος, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι ο αντίδικος του λαμβάνει επίδομα παραπληγίας, που συνιστά ένσταση (συνυπολογισμού ζημίας-οφέλους), ερειδόμενη στη διάταξη του άρθρου 300 ΑΚ (βλ. ΑΠ 1116/2009 δημ. Νόμος), δεν λαμβάνεται υπόψη, καθώς προβλήθηκε απαραδέκτως, με την προσθήκη των προτάσεων (άλλωστε και στην περίπτωση αυτή τυγχάνει εφαρμογής η διάταξη του άρθρου 930 παρ. 3 ΑΚ). Συνεπώς, όπως βάσιμα αξιώνεται από τη δικαστική συμπαραστάτη του, πρέπει να υποχρεωθούν οι εναγόμενοι, για το αιτούμενο χρονικό διάστημα (ήτοι από 1-6- 2013 έως 31-5-2016) να του καταβάλλουν μηνιαίως, δηλαδή σε χρηματική δόση κατά μήνα, όπως ορίζει η διάταξη του άρθρου 930 παρ. 1 ΑΚ, το ποσό των 3.000 ευρώ (δηλαδή συνολικώς, κατά τη συγκεκριμένη τριετία, 108.000 ευρώ), απορριπτομένου, πέραν του ποσού αυτού, του σχετικού κονδυλίου ως υπερβολικού. Εκτός όμως από την ανωτέρω περιουσιακή ζημία, ο συμπαραστατούμενος υπέστη και ηθική βλάβη, για τη χρηματική ικανοποίηση της οποίας το Δικαστήριο, λαμβάνοντας ιδίως υπόψη την ένταση της αμέλειας του πρώτου εναγομένου ιατρού (που ήταν ιδιαίτερα αυξημένη, καθώς υπέπεσε σε περισσότερα του ενός και σημαντικά ιατρικά σφάλματα ενώ μάλιστα διέθετε την εμπειρία και την εξειδίκευση ώστε να τα αποφύγει), το είδος της βλάβης της υγείας του συμπαραστατούμενου, την σημαντική αναπηρία που τούτη επάγεται, τον τρόπο ζωής που εξ αυτής του επιβλήθηκε για το υπόλοιπο της ζωής του, ενώ μάλιστα διήγε μόλις το 23 έτος της ηλικίας του, τα όσα εξ αιτίας αυτής, δεν θα μπορούσε να απολαύσει ή και θα αποστερηθεί στο μέλλον, το σωματικό άλγος και την ταλαιπωρία που έχει ήδη υποστεί αλλά και εκείνη που πρόκειται να υποστεί στο μέλλον, την απρόσμενη περιουσιακή του απώλεια, την διατάραξη της κοινωνικής, επαγγελματικής και προσωπικής του ζωής ένεκα της βλάβης της υγείας του, και τέλος την κοινωνική και οικονομική κατάσταση των διαδίκων (αποδεικνύεται ότι οι εναγόμενοι διαθέτουν

σημαντική περιουσία ενώ ο συμπαραστατούμενος έχει ως εισόδημα το επίδομα αναπηρίας που λαμβάνει), κρίνει ότι πρέπει να επιδικαστεί σε αυτόν το εύλογο ποσό των 350.000 ευρώ. Κατ' ακολουθίαν, η υπό κρίση αγωγή πρέπει να γίνει εν μέρει δεκτή, ως και κατ' ουσίαν βάσιμη, και να υποχρεωθούν οι εναγόμενοι να καταβάλουν στην ενάγουσα, για λογαριασμό του υπό τη δικαστική συμπαράστασή της υιού της, εις ολόκληρον έκαστος, το συνολικό ποσό των (309.512,42 + 350.000) 659.512,42 ευρώ, ως αποζημίωση για την αποκατάσταση της ζημίας και τη χρηματική ικανοποίηση της ηθικής βλάβης που υπέστη από την αδικοπραξία τους, με το νόμιμο τόκο από την επίδοση της αγωγής, και επιπλέον, ανά μήνα, χρηματική δόση 3.000 ευρώ, επίσης ως αποζημίωση, προς αποκατάσταση της μελλοντικής ζημίας του αντίδικού τους, αρχής γενομένης των καταβολών από 1 Ιουνίου 2013 και έως 31 Μάιου 2016, με το νόμιμο τόκο από την καθυστέρηση καταβολής εκάστης δόσης, που πρέπει να προκαταβάλλεται εντός του πρώτου πενθημέρου εκάστου μηνός, κατ' ανάλογη εφαρμογή του άρθρου 841 εδ. α' ΑΚ (βλ. και Αθ. Κρητικός, Αποζημίωση από Τροχαία Αυτοκινητικά Ατυχήματα, εκδ. 1998, σελ. 137). Δεκτό εν μέρει πρέπει να γίνει και το παρεπόμενο αίτημα για κήρυξη της παρούσας απόφασης προσωρινά εκτελεστής, διότι κρίνεται ότι συντρέχουν εξαιρετικοί λόγοι που το επιβάλλουν, ιδίως διότι έχουν παρέλθει πέντε και πλέον έτη αφότου έλαβε χώρα η ένδικη αδικοπραξία και οι εναγόμενοι δεν έχουν επιχειρήσει να άρουν τις συνέπειές της, κατά το μέτρο του δυνατού, με την ανάληψη, έστω κατά μέρος, των υπέρογκων δαπανών στις οποίες υποβάλλεται μηνιαίως ο συμπαραστατούμενος για την αντιμετώπιση των συνεπειών της βλάβης της υγείας του, και επιπλέον διότι η καθυστέρηση στην εκτέλεσή της, μπορεί να προκαλέσει σε αυτόν σημαντική ζημία (κατά την περίπτωση που οι γονείς του περιέλθουν σε οικονομική αδυναμία κάλυψης των αυξημένων αναγκών του) και τέλος συνιστά αποζημίωση από άδικη πράξη. Αντιθέτως, πρέπει να απορριφθεί το αίτημα για απαγγελία προσωπικής κράτησης σε βάρος του πρώτου εναγομένου ιατρού, διότι δεν αποδείχθηκε η συνδρομή περιστάσεων που θα δικαιολογούσαν την αποδοχή του συγκεκριμένου μέτρου έμμεσης εκτέλεσης. Τέλος, τα δικαστικά έξοδα στα οποία υποβλήθηκε η ενάγουσα για λογαριασμό του συμπαραστατούμενου, πρέπει να επιβληθούν εν μέρει σε βάρος των αντιδίκων της, κατά το λόγο της έκτασης της νίκης και της ήττας καθενός (αρ. 178 παρ. 1 ΚΠολΔ), κατά τα ειδικότερα οριζόμενα στο διατακτικό.

Επισημαίνεται δε, ότι το αίτημα πραγματογνωμοσύνης που (επικουρικώς) είχαν υποβάλλει οι εναγόμενοι, δεν γίνεται αποδεκτό διότι κρίθηκε αφενός ότι το αποδεικτικό υλικό που εισφέρθηκε ήταν επαρκές για να σχηματίσει το Δικαστήριο κρίση για όσα ζητήματα της δίκης απαιτούνταν ειδικές γνώσεις για να γίνουν αντιληπτά, αφετέρου ότι η πραγματογνωμοσύνη αναγκαστικά θα περιοριζόταν στη μελέτη των ιατρικών εγγράφων που προσκομίσθηκαν (και σχεδόν στο σύνολο τους είχαν συνταχθεί από τους εναγομένους), το οποίο όμως είχαν ήδη πράξει πρόσωπα με ειδικές γνώσεις δηλαδή ιατροί, που είτε κατέθεσαν ως μάρτυρες, είτε έδωσαν ένορκες

βεβαιώσεις οι απόψεις των οποίων, όπως θα συνέβαινε και με το πόρισμα της πραγματογνωμοσύνης, εκτιμήθηκαν ελεύθερα (και σε συνδυασμό πάντοτε με την προσκομισθείσα ιατρική βιβλιογραφία). Εξάλλου, καθόσον η κύρια αγωγή έγινε εν μέρει δεκτή, οι πρόσθετες παρεμβάσεις υπέρ του πρώτου εναγομένου, πρέπει να απορριφθούν, ως κατ' ουσίαν αβάσιμες, και τα δικαστικά έξοδα της αντιδίκου του υπέρ ου η παρέμβαση, που προκλήθηκαν από αυτές, να επιβληθούν εν μέρει (κατά την έκταση της νίκης της) σε βάρος των προσθέτως παρεμβαινόντων (αρ. 182 παρ. 1 και 2 ΚΠολΔ), κατά τα οριζόμενα στο διατακτικό. Περαιτέρω, καθόσον η υπό κρίση κύρια αγωγή έγινε μερικώς δεκτή, θα πρέπει, κατά τα προαναφερθέντα, να ερευνηθεί και η ουσιαστική βασιμότητα της συνεκδικαζόμενης παρεμπόμπουσας, αφού επήλθε πλήρωση της ενδοδιαδικαστικής αίρεσης υπό την οποία τελούσε. Εκ των ιδίων αποδεικτικών μέσων προέκυψε ότι τον Μάρτιο του 2008, πριν δηλαδή λάβουν χώρα τα ως άνω περιστατικά, ο πρώτος των εναγομένων - προσεπικαλών - παρεμπιπτόντως ενάγων είχε συνάψει εγγράφως με την προσεπικαλούμενη- παρεμπιπτόντως εναγομένη ασφαλιστική εταιρία με την επωνυμία «...» σύμβαση ασφάλισης, με την οποία εκείνη είχε αναλάβει την υποχρέωση ασφαλιστικής κάλυψης της αστικής ευθύνης του έναντι τρίτων από την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος του, μέχρι του ποσού των 600.000 ευρώ, για ένα έτος (δηλαδή έως 22-3-2009) αντί καταβολής συμφωνηθέντος ασφαλίστρου. Ειδικότερα, κατά τους γενικούς όρους της σύμβασης, που περιλήφθηκαν στο εκδοθέν σχετικώς υπ' αριθμ. ΑΤΕ-10436706 ασφαλιστήριο συμβόλαιο και στην υπ' αριθμ. 1517639 πρόσθετη πράξη της, η ασφαλιστική κάλυψη, μεταξύ άλλων, αφορούσε και κάθε απαίτηση τρίτου ένεκα σωματικής βλάβης του, που προκλήθηκε από οποιαδήποτε αμελή

πράξη του ασφαλισμένου ιατρού κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, εφόσον συνέβη κατά την ασφαλιστική περίοδο, όπως στην προκειμένη περίπτωση (δεδομένου ότι τα ιατρικά σφάλματα στα οποία, από αμέλεια, υπέπεσε ο εναγόμενος ιατρός έλαβαν χώρα εντός της ασφαλιστικής περιόδου). Υπό αυτά τα δεδομένα, συνάγεται ότι η ως άνω ασφαλιστική εταιρία τυγχάνει πράγματι δικονομικός εγγυητής του πρώτου εναγομένου ιατρού και υποχρεούται να καταβάλει σε αυτόν, ως ασφάλισμα, λόγω συνδρομής της ως άνω ασφαλιστικής περίπτωσης, μέρος της οφειλόμενης στην ενάγουσα αποζημίωσης, που αποτελεί απόρροια της αστικής ευθύνης του, για τις προαναφερθείσες (εξ αμελείας τελεσθείσες) πράξεις και παραλείψεις του, κατά την ενάσκηση του επαγγέλματος του, ήτοι ποσό 600.000 ευρώ, που αποτελεί το ασφαλιστικό όριο ευθύνης της. Περαιτέρω αποδείχθηκε, ότι κατά τον ίδιο χρόνο, δηλαδή τον Μάρτιο του 2008, ο πρώτος των εναγομένων - προσεπικαλών - παρεμπιπτόντως ενάγων συνήψε (εγγράφως) και δεύτερη σύμβαση ασφάλισης, ιδίου αντικειμένου, αυτήν την φορά με την προσεπικαλούμενη- παρεμπιπτόντως εναγομένη ασφαλιστική εταιρία με την επωνυμία «...», που έτσι ανέλαβε την υποχρέωση ασφαλιστικής κάλυψης της αστικής ευθύνης του έναντι τρίτων από την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος του, για ένα έτος (δηλαδή έως 20-3-2009), μέχρι του ποσού των 400.000 ευρώ. Ειδικότερα, κατά τους γενικούς όρους της σύμβασης αυτής, που περιλήφθηκαν στο εκδοθέν σχετικώς υπ' αριθμ. 50546/63466 ασφαλιστήριο συμβόλαιο, η ασφαλιστική κάλυψη, μεταξύ άλλων, αφορούσε και σε κάθε απαίτηση τρίτου ένεκα σωματικής βλάβης του, που προκλήθηκε από οποιαδήποτε αμελή πράξη (λάθη ή παραλείψεις) του ασφαλισμένου ιατρού κατά την άσκηση του επαγγέλματος του, εφόσον συνέβη κατά την ασφαλιστική περίοδο, όπως στην προκειμένη περίπτωση. Υπό αυτά τα δεδομένα, συνάγεται ότι η συγκεκριμένη ασφαλιστική εταιρία τυγχάνει δικονομικός εγγυητής του πρώτου εναγομένου ιατρού και υποχρεούται να καταβάλει σε αυτόν, ως ασφάλισμα, καθώς επήλθε ασφαλιστική περίπτωση, μέρος της οφειλόμενης στην ενάγουσα αποζημίωσης, που αποτελεί απόρροια της αστικής ευθύνης του, για τις προαναφερθείσες (εξ αμελείας τελεσθείσες) πράξεις και παραλείψεις του κατά την ενάσκηση του επαγγέλματος του, ήτοι ποσό 400.000 ευρώ, που αποτελεί το ασφαλιστικό (ανώτατο) όριο ευθύνης της. Σύμφωνα όμως με τη διάταξη του άρθρου 15 παρ. 4 του Ν. 2496/1997, με την εισαγωγή του οποίου

καταργήθηκε η διάταξη του άρθρου 199 ΕΝ, που απαγόρευε την πολλαπλή ασφάλιση, σε περίπτωση συνασφάλισης, που υφίσταται όταν οι περισσότερες ασφαλιστικές συμβάσεις έχουν συναφθεί με κοινή συμφωνία του λήπτη της ασφάλισης και των περισσότερων ασφαλιστών, σε περίπτωση πραγματοποίησης του ασφαλιστικού κινδύνου, ο κάθε ασφαλιστής ευθύνεται κατ' αναλογία του ασφαλισμένου σε αυτόν ποσοστού. Συνεπώς, στην προκειμένη υπόθεση, που συντρέχει τέτοια περίπτωση (συνασφάλισης), καθώς ρητώς τούτο αναφέρεται στα ασφαλιστήρια που εκδόθηκαν για τις ένδικες ασφαλιστικές συμβάσεις, κάθε ασφαλιστική εταιρία ευθύνεται ανάλογα στην καταβολή του ασφαλίματος που δικαιούται να λάβει, βάσει της αναλογίας του ασφαλισμένου σε αυτήν ποσοστού (ήτοι 3:2), και μέχρι του συμφωνηθέντος ανώτατου ορίου ευθύνης της (ασφαλιστικό ποσό). Δηλαδή, κάθε ασφαλιστική εταιρία οφείλει να καταβάλει στον λήπτη της ασφάλισης (πρώτο εναγόμενο ιατρό) μέρος του ποσού που ο τελευταίος θα καταβάλει στην ενάγουσα, ως νόμιμης εκπροσώπου του συμπαραστατούμενου, ποσό που θα προσδιορισθεί αναλογικά. Καθόσον όμως η απαίτηση αποζημίωσης του συμπαραστατούμενου είναι μικρότερη του συνολικού ασφαλιστικού ποσού (που ανέρχεται στο ποσό του 1.000.000 ευρώ), το ασφάλισμα που οφείλουν να καταβάλουν αθροιστικά οι παρεμπιπτόντως εναγόμενες στον παρεμπιπτόντως ενάγοντα πρέπει να καλύπτει το σύνολο της απαίτησης του συμπαραστατούμενου, ο προσδιορισμός δε του οφειλόμενου από την κάθε μια (ασφαλιστική εταιρία) ασφαλίματος, θα πρέπει να γίνει με βάση την προαναφερθείσα αναλογία. Μετά ταύτα, πρέπει η υπό κρίση προσεπίκληση με την ενωθείσα σε αυτήν παρεμπιπτούσα αγωγή να γίνουν δεκτές, ως και κατ' ουσίαν βάσιμες, και να υποχρεωθούν οι παρεμπιπτόντως εναγόμενες να καταβάλουν στον παρεμπιπτόντως ενάγοντα-πρώτο εναγόμενο όποιο χρηματικό ποσό καταβάλλει αυτός στην ενάγουσα, για την ικανοποίηση των αξιώσεων του υπό αυτήν εκπροσωπούμενου συμπαραστατούμενου, συμπεριλαμβανομένων των τόκων και δικαστικής δαπάνης, μέχρι του ανώτατου ορίου ευθύνης τους (ασφαλιστικό ποσό), που της πρώτης εξ αυτών ανέρχεται στο ποσό των 600.000 ευρώ, και της δεύτερης στο ποσό των 400.000 ευρώ. Επιπλέον, δεκτό πρέπει να γίνει και το αίτημα για κήρυξη της απόφασης επί της παρεμπιπτούσας αγωγής προσωρινά εκτελεστής διότι κρίνεται ότι συντρέχουν λόγοι που το επιβάλλουν, ιδίως διότι η καθυστέρηση στην

εκτέλεσή της μπορεί να προκαλέσει σημαντική βλάβη στον παρεμπιπτόντως ενάγοντα. Τέλος, τα δικαστικά έξοδα του τελευταίου, πρέπει να επιβληθούν εν όλω, σε βάρος των παρεμπιπτόντως εναγομένων, λόγω της ήττας τους, καθώς το μέρος της παρεμπίπτουσας αγωγής που απορρίφθηκε είναι ελάχιστο και δεν οδήγησε στην αύξησή τους (αρ. 176 και 178 παρ. 1 ΚΠολΔ), κατά τα οριζόμενα στο διατακτικό.

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΑΥΤΟΥΣ

Θεωρεί καταργηθείσα τη δίκη μεταξύ του πρώτου ενάγοντος,, και των εναγομένων καθώς και μεταξύ των τελευταίων και της δεύτερης ενάγουσας, ως προς τις ατομικές της αξιώσεις.

Συνεκδικάζει, αντιμωλία των λοιπών διαδίκων, την από 31-5-2013 αγωγή, την από 14-11-2013 προσεπίκληση-παρεμπίπτουσα αγωγή και τις 8-1- 2014 και 4-3-2014 πρόσθετες παρεμβάσεις.

Δέχεται εν μέρει την αγωγή.

Υποχρεώνει τους εναγόμενους να καταβάλλουν στην ενάγουσα υπό την ως άνω ιδιότητά της και για λογαριασμό του συμπαραστατούμενου, εις ολόκληρον έκαστος, α) το ποσό των εξακοσίων πενήντα εννέα χιλιάδων πεντακοσίων δώδεκα ευρώ και σαράντα δύο λεπτών (659.512,42 ευρώ), με το νόμιμο τόκο από την επίδοση της αγωγής και μέχρι την εξόφληση, και επιπλέον, β) μηνιαίως, από 1-6-2013 έως 31-5-2016, το ποσό των τριών χιλιάδων (3.000) ευρώ, με το νόμιμο τόκο από την καθυστέρηση καταβολής κάθε δόσης, που πρέπει να γίνεται εντός του πρώτου πενθημέρου κάθε μήνα, μέχρι την εξόφλησή της.

Κηρύσσει την απόφαση προσωρινά εκτελεστή κατά το ποσό των εκατό χιλιάδων (100.000) ευρώ.

Καταδικάζει τους εναγόμενους στην καταβολή μέρους της δικαστικής δαπάνης της ενάγουσας, ποσού τριάντα δύο χιλιάδων (32.000) ευρώ.

Δέχεται την προσεπίκληση και εν μέρει την ενωθείσα με αυτήν παρεμπίπτουσα αγωγή.

Υποχρεώνει τις παρεμπιπτόντως εναγόμενες να καταβάλουν στον παρεμπιπτόντως ενάγοντα, κατά την αναλογία του ασφαλισμένου σε κάθε μια

ποσοστού αστικής ευθύνης του, όποιο ποσό εκείνος υποχρεωθεί να καταβάλει στην ενάγουσα, υπό την ως άνω ιδιότητά της και για λογαριασμό του συμπαραστατούμενου υιού της, ως αποζημίωση, με βάση την από 31.5.2013 κύρια αγωγή του, πλέον τόκων και δικαστικών εξόδων, μέχρι του ανώτατου ορίου ευθύνης τους, που ανέρχεται της μεν πρώτης στο ποσό των εξακοσίων χιλιάδων (600.000) ευρώ, της δε δεύτερης στο ποσό των τετρακοσίων χιλιάδων (400.000) ευρώ, με το νόμιμο τόκο από την επομένη της καταβολής στην ενάγουσα.

Κηρύσσει την απόφαση, ως προς την αμέσως ανωτέρω διάταξή της, προσωρινά εκτελεστή.

Καταδικάζει τις παρεμπιπτόντως εναγόμενες στην καταβολή των δικαστικών εξόδων του παρεμπιπτόντως ενάγοντος, που ορίζει στο ποσό των δώδεκα χιλιάδων (12.000) ευρώ.

Απορρίπτει την από 8-1-2014 πρόσθετη παρέμβαση.

Καταδικάζει την προσθέτως παρεμβαίνουσα στην καταβολή μέρους της δικαστικής δαπάνης της καθής η πρόσθετη παρέμβαση, ποσού οκτακοσίων (800) ευρώ.

Απορρίπτει την από 4-3-2014 πρόσθετη παρέμβαση.

Καταδικάζει την προσθέτως παρεμβαίνουσα στην καταβολή μέρους της δικαστικής δαπάνης της καθής η πρόσθετη παρέμβαση, ποσού οκτακοσίων (800) ευρώ.

Κρίθηκε, αποφασίστηκε στην Αθήνα, την 8^η Ιανουαρίου 2015.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Υπογραφή

Υπογραφή

Δημοσιεύθηκε σε έκτακτη, δημόσια συνεδρίαση, στο ακροατήριο του, στην Αθήνα, υπό την αυτή σύνθεση, την 13 Φεβρουαρίου 2015, χωρίς την παρουσία των διαδίκων και των πληρεξουσίων δικηγόρων τους.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Υπογραφή

Υπογραφή