KARDİYOLOJİ HEKİMİNİN HUKUK REHBERİ

Editör:
Prof. Dr. H. Yekta Gürlertop

İstanbul
Tıp Kitabevleri

©İstanbul Medikal Yayıncılık BİLİMSEL ESERLER dizisi
Kardiyoloji Hekiminin Hukuk Rehberi

1. Baskı

ISBN - 978-605-7607-77-5

İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
34104, Çapa-İstanbul-Türkiye
www.istanbultip.com.tr
e-mail: info@istanbultip.com.tr

Yasalar uyarınca, bu yapıtın yayın hakları
İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.'ye aittir.
Yazılı izin alınmadan ve kaynak olarak gösterilmeden,
elektronik, mekanik ve diğer yöntemlerle kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ŞUBELERİMİZ

ÇAPA/MERKEZ	KADIKÖY	KONYA	EDİRNE
Turgut Özal Cad. No: 4/A Çapa-İST. Tel: 0212.584 20 58 (pbx)	Rasimpaşa Mah. Teyyareci Sami Sok. No: 13 Dükkan 11-12 Derya İş Merkezi Kadıköy-İST Tel: 0216.336 20 60	İhsaniye Mah. Tacülvezir Sk. No: 1/A Selçuklu-KONYA Tel: 0332.351 32 53	Kocasinan Mah. Şevki Arman Caddesi No:12/B Merkez Edirne Tel: 0284. 999 16 80

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan her ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

Yayına Hazırlayan: İstanbul Medikal Sağlık veYayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
Yayıncı Sertifika No: 12643
Yayın Koordinatörü: Seda Şahin
İmy Adına Grafiker: Seda Nur Akbaş
Baskı ve Cilt: İmak Ofset
Akçaburgaz Mah. 137. Sok. No: 12
Esenyurt 34522 / İSTANBUL
Tel: 444 62 18 Sertif ika: 45523

Bu kitap yönetim kurulunun 14/07/2017 tarihli kararı ile kabul edilen 2017/2 nolu "Adli Kardiyoloji Olgularının Araştırılması" başlıklı proje kapsamında **Türk Kardiyoloji Derneği** tarafından desteklenmiştir

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Tıp eğitimimiz esnasında hastalıklar tanı ve tedavi konusunda yoğun eğitim alıyoruz, ancak mesleği icra ederken hasta-hekim ilişkisinin diğer boyutu hukuksal ilişki konusunda eğitim almıyoruz. Hastanın hakları, hekimin hakları ve sorumlulukları, hasta-hekim- hastane- sağlık sistemi hepsi karmaşık bir ilişki içinde. Çoğu zaman da hastanın muhatabı tüm sistemin sorumlusu olarak gördüğü direkt hekim. Maalesef hekimlik mesleği uygulaması esnasında birçok meslektaşımız şiddete maruz kalabiliyor, hukuk davaları açılabiliyor. Kardiyoloji Hekiminin Hukuk Rehberi isimli kitap bu konulara ışık tutuyor, önce genel tıbbi müdahale hukuksal kısmı, hekim çalışma şartları, sorumlulukları hakkında bilgi veriyor, uyarılarda bulunuyor sonrasında da hukuka yansımış kardiyoloji ile ilgili gerçek mahkeme kararlarından örnekler ile bizi aydınlatıyor. Okuduğunuzda anlıyorsunuz ki ne kadar iyi tıbbi müdahale ederseniz ne kadar iyi tedavi ederseniz edin iş hukuka yansıdığında 'söz uçar yazı kalır' lafı geçerli, tüm uygulamaları harfiyen yazmalı hasta dosyasına kaydetmeliyiz, dosyada olmayan hiçbir şey yapılmış görünmüyor. Bilgilendirilmiş rıza formunun da ne denli önemli olduğunu unutmamalı. Komplikasyon-malpraktis ayrımında bizi kurtaracak yine dosya kayıtlarımız.

Prof. Dr. Hanefi Yekta Gürlertop editörlüğünde yazılan 'Kardiyoloji Hekiminin Hukuk Rehberi' kitabı bu alanda bir boşluğu dolduruyor, bir ihtiyaca cevap veriyor. Bu eserin ülkemizde sadece kardiyoloji uzmanlarına değil tüm tıp camiasına yararlı olacağını düşünüyor, yazarlarını tebrik ediyor, böyle güzel bir eseri ortaya çıkardıkları için tüm yazarlarına ve emeği geçenlere teşekkürlerimi sunuyorum.

Mesleğimizi hukuksal problem olmaksızın icra edebilmemiz dileği ile…

Nisan 2020

Prof. Dr. Mustafa Kemal EROL
Türk Kardiyoloji Derneği Başkanı

ÖNSÖZ

Hangi hekim mesleğini yaptığı için adli takibe uğramak ister. Kardiyologlar mesleklerinin doğası gereği sonu hastanın vefatı ile biten birçok sürecin içinde yer almak zorundalar. Ölüm çoğunda doğal bir süreç iken çok az bir oranda komplikasyon ya da hekimin hatası sonucu gerçekleşmekte.

Hiç istemediğimiz o durum gerçekleştiğinde, yani hakkımızda bir dava açıldığında acaba başımıza neler geleceği hakkında bir fikrimiz var mı? Tıp ve hukuk karşı karşıya iken neler yaşanmaktadır? Ağır bir eğitim almamıza rağmen hukuk konusundan bihaber olan meslektaşlarımıza yardımcı olmak çabamız bizi bu yola çıkardı. Fikir bana ait değil Anadolu'nun değişik yerlerinde hekimlik yapan üç değerli meslektaşımızın. Onlar akademisyenlerden daha çalışkanlar. Ağır hasta yüklerinin üstünde mesleğimizin adli tarafını da araştırmak istediler. Kendileri gibi değerli arkadaşları ile birlikte bu fikri elle tutulur bir kitap haline getirdiler. Dedim ya biz hukuktan bihaberiz sayın Berna ve Pınar hanımlar bize materyal verdi ve denetledi. Ben sadece onlara destek olmaya çalışan bir ağabeyleri olarak var oldum. Aşağıdaki satırlar ise bu kitabın gerçek kahramanlarının.

"Ülkemizde henüz bir malpraktis yasasının olmaması kardiyoloji gibi riskli alanlarda çalışan hekimlerin işini oldukça zora sokmaktadır. Bu, birçok hekim için bir endişe kaynağıdır. Kardiyoloji uzmanları hastalarını tedavi ederken kendilerini de korumaları için hem bir hukuk hem de bir klinik kitabına ihtiyaçları doğmuştur. İşte bu kitap kardiyoloji hekimlerinin bu ihtiyacını karşılamak için tasarlandı. Her ülkenin hukuk ve sağlık sistemi, ahlaki değerleri ve etik anlayışları farklıdır. Bu farklılıklar, bir ülkede suç olarak görülen bir yaklaşımı başka bir ülkede suç olmaktan çıkarabilmektedir. Bu nedenle biz bu kitabı hazırlarken Türkiye'de şu ana kadar kardiyoloji alanında görülmüş ve Yargıtay'a intikal etmiş davaları esas aldık ve o davalara bakarak güncel kılavuzlar eşliğinde bir kardiyoloji hekiminin günlük pratiğinde başına gelebilecek sorunlar karşısında nasıl bir yol izleyebileceğini inceledik.

Türk Kardiyoloji Derneği avukatı Berna Hanım ve onun iş ortağı Pınar Hanım'ın katılımları ile alanında ilk ve kapsamlı bir eser ortaya çıkardı. Başta kardiyoloji hekimleri olmak üzere bütün hekimlerin hukuk kılavuzu olacak nitelikteki bu kitabın okuyucularına faydalı olacağını ümit ediyoruz."

Prof. Dr H. Yekta GÜRLERTOP
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Edirne

ÖNSÖZ

Değerli Kardiyoloji Hekimlerimiz;
Hekim ve hasta ilişkisinde hekimin, meslek bilgisinden kaynaklanan, üstünlüğü vardır. Hasta fiziki ve ruhsal durumundan kaynaklı olarak ihtiyaç sahibidir. Taraflar arasındaki bu ilişki hukuk alanına giren sorunlar da doğurabilir.

Hekimini seçmiş olan hastanın karşısında iyi yetişmiş, her hastaya yeterli zaman ayırabilen, yeterli yardımcı personel, araç, gereç ve ekipmana sahip hekimler olması gerekir. Ayrıca çalışma ortamı düzgün, geçim şartları sağlanmış bir hekimin hata ihtimali neredeyse yoktur. Ancak ülkemizde ne eğitim imkanları ne de çalışma şartları olması gerektiği gibidir. Bu da hata ve/veya ihmale dayalı hastalık, sakatlık ve ölüm sayılarının artmasını getirmektedir. İlaç kullanımına ilişkin bir istatistiğe baktığımızda; doz hatalarının %7,9, bilinen alerjiye bağlı hataların %4, yanlış ilaç kullanımına ilişkin hataların %4, ilaçların veriliş şekline ilişkin hataların %2, ilaçların veriliş sıklığında yapılan hataların %6, atlanan doz hatalarının %7 olduğunu görmekteyiz (*). Bu sayılar tıbbi hizmetin yalnızca bir bölümü olan ilaç kullanımına ilişkin olmakla birlikte, hizmetin her aşamasında benzeri sorunlarla karşılaşılabileceği de açıktır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, Dünya Tabipler Birliğinin 44. Toplantısı Bildirgesi'nde vurgulandığı üzere, elde edilebilir, var olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır. Bu da hekimlere yönelik açılan davaların en önemli nedenlerinden birisidir. Öte yandan, hekimlik mesleki eğitiminde temel hukuk bilgilerine yer verilmemektedir, dolayısıyla sahada çalışan hekim hukuksal haklarını yeterince bilmemektedir. O nedenle de açılan davalar, uğranan kovuşturma süreçleri maddi ve manevi yönden hekimler için yıpratıcı olmaktadır. Tüm bunlarla birlikte hekimlerimizin tıp alanında karşılaşabildikleri sorunlarla, eğitim ve kaynak yetersizlikleri ile bağlantılı olarak hak ve yükümlülüklerini bilmesi önemlidir. Çünkü hukuk, teneffüs ettiğimiz hava gibi, hiç kimse onu bulandırmadığı ve ihlal etmediği sürece, görünmez ve tutulmaz bir şekilde etrafımızı kaplar. O, ancak sağlık gibi kaybettiğimiz zaman değerinin farkına vardığımız, sezilmez bir şeydir.

Bu kitabı, tıptaki uzmanlıkların kendine özgü yönleri olduğu için mesleğinizi uygularken karşılaşabileceğiniz temel hukuki konuları gözeterek, Sayın Prof. Dr. Yekta Gülertop'un öncülüğünde hazırladık, kendisine, bölüm yazarlarına, Türk Kardiyoloji Derneği yönetici ve çalışanlarına emekleri için teşekkür ederiz.

Aydınlatıcı ve yardımcı olması dileğimizle.

Av. Berna Özpınar Gümrükçüoğlu
Av. Pınar Aksoy Gülaslan

* Thomas etal. Inquiry 199

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1: Genel Konular 1

Bölüm 2: Kardiyoloji Hekiminin Hakları, Sorumlulukları ve Sigorta 20

Bölüm 3: Hastanın Bilgilendirmesi ve Dosya Kayıtları ile İlgili Davalar ... 52

Bölüm 4: Anamnez, Fizik Muayene, Tetkik Eksikliği ile İlgili Davalar 60

Bölüm 5: Konsültasyon ile İlgili Davalar 71

Bölüm 6: Girişimsel Kardiyoloji ile İlgili Davalar 75

Bölüm 7: Komplikasyon, İşlem Sonrası Takip ve
Kusur Komplikasyon Ayırımı ile İlgili Davalar 81

Bölüm 8: Yargı Kararları 91

GİRİŞ

Her insanın kendine has bir evren kabul edildiği, hekimlerin filozof, filozofların hekim olduğu çağlar çok geride kaldı. Artık hastalıkların hastalık değil sadece bir bozukluk olarak tanımlandığı, insanın ise bir makine gibi görüldüğü bir dönemde hekimlik yapmaya çalışıyoruz. Her insanın kendine has bir mikro evren olduğu, insanı tanımanın evreni tanımak kadar zor ve karmaşık olduğu, hastalık yoktur hasta vardır, her insanın da kendine has bir hastalığı ve kendine özgü bir tedavisi olması gerekir hakikati sadece tıp fakültesi hocaların ders notlarında kalmış olacak ki her hastalık için bir kılavuz yazıldığı ve kılavuzun dışına çıkmanın ise çoğu kez suç sayıldığı, tehlikeli görüldüğü bir sağlık ve ondan da karmaşık bir sağlık hukuku sistemi içindeyiz. Bu kadar karmaşık bir organizmanın hastalılarına karşı evrensel bir tanı ve tedavi yaklaşım çabası olan kılavuzların da bu nedenle tıbbi değil hukuki bir gerekçenin neticesi olduğunu düşünüyoruz. Hekimler arasında çokça zikredilmeye başlayan, kıdemli hekimlerin yeni başlayan meslektaşlarına Hipokratian bir aforizma gibi öğütlediği ve çağdaş hekimliğin mottosu haline gelen "önce zarar verme" değil, artık "önce kendini koru" ilkesi sağlık çalışanlarının mücadele etmesi gereken hukuki problemlerin, tıbbi problemlerinin önüne geçtiğinin yeterli bir göstergesidir. Bu konuda kardiyoloji hekimlerinin hastaya yardım ederken kendini de nasıl koruması gerektiğini yaşanmış gerçek olaylar ve bunların dava dosyaları ile incelemeye çalıştık. Kitap dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hukukçu gözünden temel hukuk bilgileri ve malpraktis, hukuki ve ceza sorumluluk konusu, hekimin başvuru yolları, ikinci bölüm yine hukukçu gözünden hekimlerin çalışma şekilleri ve sigorta, başvuru yolları konuları işlenmiştir. Üçüncü bölümde yargıya intikal etmiş kardiyoloji ya da kardiyoloji ile ilgili dava dosyalarının kardiyoloji uzmanı gözünden incelendiği bölüm ve son olarak da yargı kararları yer almaktadır. Kardiyoloji hekimlerinin yorum yazdıkları davaların tam metinlerine, metin içinde geçen dosya numaralarını kullanarak kitabın sonundaki yargı kararları bölümünden ulaşabilirsiniz.

Bölüm 1

GENEL KONULAR

A-GENEL OLARAK :

Tıbbın ve hukukun ortak koruduğu değer insandır. Tıp ilmi, insanın fiziki ve ruhi yapısındaki bozuklukları teşhis edip, tedaviyle acılarını azaltarak, yaşam kalitesini artırmayı amaç edinir. Hukuk ise insanla çevresi arasında kurulan tüm ilişkilerde bir düzeni sağlamaya çalışır.

Bilim ve teknikteki hızlı gelişmeler, buna paralel olarak tıp biliminin teşhis ve tedavi yöntemlerinin kazandığı çeşitlilik, kişilerin sağlık ve yaşam haklarını güçlendirirken, beraberinde sorunlar getirmektedir. Tıbbi uygulamalardan istenmeyen neticeler doğabilmektedir. Bu sebeple hekimin tıbbi müdahalelerinden doğan sorumluluğu günümüzde giderek önem kazanmıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, Dünya Tabipler Birliğinin 44. Toplantısı Bildirgesinde vurgulandığı üzere, elde edilebilir, var olan sağlık hizmetine ulaşma hakkı, garanti edilemeyen sağlıklı olma ve kalma hakkı ile karıştırılmaktadır. Bu da hekimlere yönelik dava açılması nedenlerinden birisidir.

Sağlık hizmeti esas olarak, hasta-hekim arasında güvene dayalı bir ilişkidir. Hastanın karşısında iyi yetişmiş, her hastaya yeterli zaman ayırabilen, yeterli yardımcı personel, araç, gereç ve ekipmana sahip, çalışma ortamı düzgün, geçim şartları sağlanmış bir doktorun, kasıt veya ihmal ile hastaya tıbbî kötü uygulama sonucu zarar vermesi beklenmez.

Ülkemizde, hekimlik mesleği uygulamaları, kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir; bu düzenlemeler başta Anayasa, İnsan Hakları Sözleşmesi, Biyotıp Sözleşmesi, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atların İcrasına Dair Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi düzenlemelerde yer almaktadır. Bunların yanında içerisinde sağlık çalışanlarına görevler veren, müeyyideler yükleyen düzenlemeler vardır, Türk Ceza Kanunu bunlardan biridir.

Hekim, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atların İcrasına Dair Kanuna göre "Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır." hükmü gereği öncelikle tıp fakültesi diplomasına sahip kişidir. Diploma sahibi olmadığı halde kendini hekim olarak tanıtarak hasta tedavi etmek suçtur. Ancak hekimlik mesleğini icra için diploma tek başına yeterli olmayıp, diplomanın muteber olması için, mecburi hizmet yükümlülüğünü de yerine getirmiş olmakla birlikte diplomanın Sağlık Bakanlığı tarafından tasdik ve tescil edilmiş olması da gereklidir.

Hasta hekim ilişkisi; hasta, hekim, sağlık personeli, sağlık kuruluşu, devlet ile karşılıklı ve çoklu bir ilişkidir. Bu ilişkilerin her boyutu hukuk yönünden ayrı bir bağ olarak farklı esasları ve sonuçları olan ayrı birer hukuksal ilişkidir; hasta-hekim, hasta-hastane, hekim-hastane, hastane-devlet, hekim-devlet gibi. Bunların bir kısmı özel hukuk dediğimiz, kişilerin serbest iradelerine dayalı ilişkilerin esas alındığı alandır. Diğeri ise devletin içerisinde bulunduğu, esas olarak idarenin yaptırım gücünün kullandığı kamu hukuku konularıdır. Hekimin yaptığı iş sebebiyle gelişen durum özel hukuk ve kamu hukuku yönünden farklı sonuçlara bağlanmıştır.

Tıbbî kötü uygulama olarak nitelendirilebilecek herhangi bir davranış, ister yanlış bir hareket ister ihmal şeklinde olsun, niteliğine göre bazen sözleşmeye aykırılık veya haksız fiil şeklinde hukukî bir kusur, bazen bir ceza kuralına aykırılık sonucu bir suç, bazen de mesleki davranış kurallarına aykırılık olarak bir disiplin suçu oluşturabilecektir. Aynı davranışın her üç aykırılığı birden oluşturması, yani aynı zamanda bir hukuk davasının, ceza davasının ve disiplin kovuşturmasının konusunu teşkil etmesi mümkündür. **Hasta bu halde uğradığı maddi ve manevi zararın giderilmesi amacıyla tazminat davası açabilir, aynı zamanda Cumhuriyet Savcılığı'na suç duyurusunda bulunabilir ve tabip odasına başvurarak disiplin cezası verilmesini talep edebilir.**

Halk arasında yaygın şekilde, Ahbattan nezaket, hekimden hazakat beklenir. Yani yaygın inanış hekimliğin bir maharet olduğudur. Ancak hukuki tablo karşısında hekimin sorumluluğunun ağır olduğunu belirtmeliyiz.

"Sorumluluk" kavramından, çok geniş anlamıyla, bir kişinin başkasına verdiği zararı giderilmesi yükümlülüğü anlaşılır. Kural olarak, bir kişi, başkasına verdiği zarardan hukuken sorumludur. Eğer o kişi, yasa kural-

larına karşı gelir ve topluma bir zarar verir ya da zarar tehlikesi yaratırsa, cezai sorumluluk altına girer. Her iki halde de kişiden, davranışının hesabını vermesi istenir. Fakat sorumluluğun dayandığı temeller farklıdır. Sorumluluk hukuku yönünden, kusurun ağırlığı, ödenecek tazminat tutarı açısından önemlidir, ceza hukukundaki şekilde anlaşılmaz.

Ceza sorumluluğu bakımından, tıbbî hata sonucu meydana gelebilecek ölüm veya bedensel zararlar Türk Ceza Kanunu'ndaki (TCK'nın 86 ve 89. Ve devamı maddelerindeki düzenlemeler kapsamında incelenecektir.

a) TIBBİ MÜDAHALE NEDİR

Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan teşhis, tedavi gibi hukuka uygun amaçlarla kişinin müdahaleden beklediği menfaate uygun tıbbın sınırları içerisinde kalan fiziki ve ruhi girişime "tıbbi müdahale" denir.

Tıbbi müdahaleler, kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik, bireyin sağlığına hizmet eden zorunlu, yararlı ancak bir yönüyle de riskler taşıyan uygulamalardır. Tıpta tanısı güç durumlarda, tanı yanlışlıkları ve endikasyon hataları mümkündür.

Hukuksal olarak hekim "izin verilen risk" kavramı çerçevesinde tıbbi müdahalede bulunur. Kişiye enjeksiyon yapılması, kişinin ameliyat edilmesi ya da ilaç tedavisi başlanması, terapi uygulanması gibi işlemlerin tamamında kişinin ya fiziki bütünlüğüne ya da ruhsal bütünlüğüne bazen her ikisine de müdahale söz konusudur. Bunların hekim tarafından yapılması tek başına hukuka uygunluk sebebi değildir.

Kural olarak bir kişinin hasta olması karşısındaki kişinin hekim olması, hekime doğrudan o kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne müdahale etme hakkı vermez. Bu sebeple de hukuka uygun bir tıbbi müdahale, birtakım şartların birlikte olmasını gerektirir.

b) TIBBİ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞUNUN ŞARTLARI

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olarak nitelendirilmesi için, her şeyden önce müdahalenin, ehil kişi tarafından gerçekleştirilmesi, doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, güzelleştirme gibi hukuken kabul edilebilir amaca yönelik olması, hastanın rızasının alınması ve tıbbi müdahalenin tıp biliminin objektif ve sübjektif sınırları içinde kalması gerekir.

Tıp zaten kendi içinde kaçınılmaz riskleri ihtiva eder. Kısaca her tıbbi müdahale bir risktir. Günlük hayatta, çok ağır cerrahi müdahaleler sonucu sağlığına kavuşan hastalar yanında, hayati tehlikesi olmadığı halde tıbbi müdahale bulunulmadığı ya da yanlış müdahalede bulunulduğu için hayatını kaybeden vakıalarda mevcuttur.

Tıbbi Müdahalenin Hukuk Uygunluğu için aşağıdaki şartların birlikte bulunması zorunludur:

1-Yetkili Sağlık Personeli

2- Endikasyon

3-Aydınlatma-Rıza

4-Tıbbi Standartlara Uygun Müdahale

Tıp mesleğinin uygulama alanının insan vücut ve ruh bütünlüğü olması ve çok değişik uygulamaları kapsaması sebebiyle ayrı boyutları vardır ve farklı yaklaşımı gerektirmektirir. Hekim ve ekibi bilgi ve becerisi ile karşısındaki hastasının vücuduna doğrudan ya da dolaylı müdahale ya da müdahaleler yapmaktadır. Bu durumda hastaya yapabildikleriyle, doğa dışında insan yapısına müdahale edebilen ikinci faktör konumu kazanmaktadır. Bu sebeple yetkili kişi tarafından yapılması zorunludur. Bu ekip olarak yapılan girişimlerde sorumluluğun belirlenmesinde görev ve yetki tanımları önem arz eder.

Tıbbi müdahalenin yetkili bir hekim tarafından yapılmalıdır denildiğinde, bu yetkili hekimi tanımlamak gereklidir. Şöyle ki, yukarıda da vurgulandığı üzere, 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna göre, Türkiye Cumhuriyetinde hekimlik yapmak ve hasta tedavi edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden diploma almak ve Türk olmak gereklidir. Türkiye dışından alınan tıp diplomalarına sahip Türk hekimlerin hekimlik yapabilmesi için bu diplomaların denkliğini onaylatmış olmaları gerekir (m.4). 1219 sayılı Kanuna göre, cerrahi ve alt dallarında uzmanlık belgesi bulunmayan hekimlerin cerrahi müdahale yapma hakları yoktur. Fakat küçük cerrahi operasyonları her hekim yapabilir (m.3). Kanun, ancak uzman hekim nezaretinde yapılabilecek büyük operasyonları "umumi veya mevzii iptali his ile" yani genel veya lokal anestezi ile yapılacak operasyonlar olarak tanımlamaktadır (m.23).

Hekimin tıbbi müdahalesi tıbbi bir gereklilikten kaynaklanmalıdır, yani endikasyon bulunmalıdır. Her türlü tıbbi müdahale kural olarak endikasyona dayanmalı, başka bir deyişle, belirli bir teşhis veya tedavi sürecinin uygulanabilmesi için, hekimin bu tedbirini haklı kılan bir neden bulunmalıdır.

Tıbbi gerekçe ya da tıbbi zorunluluk olarak da ifade edilen bu şart için tıbbi bir zorunluluk dar bir yorumla belirlenemez. Estetik ameliyatlarda olduğu gibi tıbben zorunlu, acil olmayan ancak psikolojik ve sosyal endikasyon varlığı durumlarında tedavi amacı dolaylı olup, asıl amaç, sosyal ya da psikolojik bir gerekliliğin karşılanmasıdır. Ancak, hastanın menfaatine ve hukuka uygun yararına dayalı olan, tıbbi, sosyal ve psikolojik endikasyona dayalı, tıbbi kural ve standartlar uygulanarak yapılan özenli bir müdahale hukuka uygundur.

Tıbben gerekli olmayan yani endikasyon şartı gerçekleşmeden yapılan bir tıbbi müdahale, diğer şartlar bulunsa bile yani, rıza alınmış olsa bile hukuka aykırı olacaktır.

Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan diğer unsur rıza/izindir. Çalışmamızın devamında üzerinde durulacağı üzere, tıbbi müdahaleye rızanın hukuken geçerli olabilmesi için, tıbbi müdahaleye rıza gösteren hastanın hekim tarafından aydınlatılması ve böylece yapılacak tıbbi müdahalenin riskleri ve sonuçları hakkında ayrıntılı şekilde bilgi sahibi olması gereklidir.

Tıbbi müdahaleden önce kişinin gerektiği şekilde rızasının alınmaması maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkının (Ana. Md.17 İHK md.8) ihlali anlamına gelir. Bu sebeple de hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur. Hasta, tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen veya durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya açıklanmalıdır.

Rızanın geçerliliğinin olmazsa olmazı ise aydınlatmadır. **Aydınlatma ve aydınlatmaya dayalı rıza, tıbbi müdahalenin ön koşuludur.**

Aydınlatma süreci, hastanın uygulanacak tıbbi müdahaleye onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için bilgilendirilmesi, değerlendirebilmesi, karar verme sürecidir. Uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, beklenen yararları, olası yan etkileri, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bunların özellikleri hastaya anlatılmalıdır. Hastanın anlayabileceği bir dilde açıklanmalı, hastanın istekli olması ve rıza verme yeterliğinin olması gerekir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası mad. 17'de ; " Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel deneylere tabi tutulamaz.» Hekimin hastaya müdahalesini hukuka uygunluğunu belirleyen ön koşul, hastanın müdahaleye rızasının bulunmasıdır.

Geçerli bir aydınlatma sonucu verilen rıza, hukuka uygun bir rızadır.

Yargıtay'ın pek çok kararında, hastanın açık ve/veya zımni rızasının geçerli olabilmesi için yapılacak müdahaleyi ve etkileri ile sonuçlarını bütün ayrıntıları ile bilmesi koşulu aramıştır.

Hasta, uygulanacak tedavi ile ilgili hususlarda bilgilendirilmeli akabinde rızası alınarak tıbbi müdahalede bulunulmalıdır. 1982 Anayasası 17. maddesinde ile Türk Medeni Kanun'un 23.maddesi kapsamında; hastanın karar verme hürriyeti, hayat sağlık ve vücut bütünlüğü üzerindeki haklar olmak üzere iki ilke teminat altına alınmıştır. Bu kapsamda ülkemizde kabul edilmiş uluslararası sözleşmeler ve bunlara uygun olarak düzenlenmiş iç hukuk kurallarında da tıbbi müdahale öncesinde hastanın aydınlatılması ve rızasının alınması gerektiği düzenlenmiştir.

Avrupa Biyotıp Sözleşmesi, 09.12.2003 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu sözleşmenin "Amaç" başlıklı 1. maddesinde; "Bu sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almakla yükümlüdürler".

Sözleşmenin 4. maddesinde ise, "Meslek Kurallarına Uyma" başlığı altında; "Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir" denilmektedir.

Sözleşmesinin 5.maddesine göre; sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilecektir.

Lizbon Bildirgesinin (1981) 3.maddesine göre; hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.

1219 sayılı Tababet ve Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun madde 70'te; "Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastasının, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır" düzenlemesi yer almaktadır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi md. 14' e göre; "Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın

hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

Tabip ve diş tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur.

Meş'um bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihdas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir pronostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tayin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir".

Hasta Hakları Yönetmeliğinin bilgilendirmenin kapsamı başlıklı 15. maddesinde **; h**astaya; hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri ,kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri ,gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilmesi gerektiği kabul edilmiştir.

Aydınlatmanın ne şekilde olacağı ise Hekim Etiği Kuralları'nın 26.maddesinde düzenleme yapılmış ve "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır " şeklindedir.

Aydınlatmanın Kapsamı:

- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Muhtemel komplikasyonları,
- Hastanın tedaviyi reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

Aydınlatmakla yükümlü olan tıbbi müdahaleye yetkili olan hekimdir. Hekim, kural olarak hastayı aydınlatacaktır. İstisna durumlarında, örneğin hasta çocuksa ya da kanunen yetkilendirilmiş bir kişi, vasisi varsa, o yetkilendirilmiş kişi aydınlatılacak ve kişiye karar vermesi için makul bir süre tanınacaktır.

1219 sayılı Tababet Kanununun yukarıda yer verdiğimiz düzenlemesi (m.70) rıza ehliyetini şu şekilde açıklamaktadır: Tabipler, yapacakları her tür tedavi (ameliye) için hastanın, hasta küçük veya kısıtlı ise veli veya vasisinin öncelikle muvafakatini (rızasını) alırlar. Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.

Acil ve hastanın hayati tehlikesi olan durumlar ya da hastanın bilgi almak istemediğini açıkça beyan edip, bu hakkında feragat ettiği durumlarda aydınlatma zorunluluğu bulunmamaktadır. Burada önem arz eden, hukukta kuralın geniş, istisnanın dar yorumlanması gerektiğidir. Yani, her tıbbi müdahale için hukuka uygunluk aydınlatmaya dayalı hastanın rızasıyla mümkündür.

Geçerli bir rızadan bahsedebilmenin zorunlu koşulu, hastanın o konuda yeterince aydınlatılmasıdır. Bu konuda neyin saklanabileceği tartışmalı olmakla birlikte, hakim görüş her şeyin hastaya söylenmesidir.

Hasta Hakları Yönetmeliği, "mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında" rızanın şekle bağlı olmadığı ilkesini belirlemiştir. O halde rıza çeşitli şekillerde açıklanabilir. Herkesin anlayabileceği bir açıklıkta ve çerçevede olması gibi, yorum yoluyla anlaşılabilecek örtülü (zımni) bir üslup için-

de de bildirilmesi mümkündür. Sadece ispat kolaylığı bakımından en azından yazılı olması tavsiye edilir.

Hastanın sağlığı ve beden bütünlüğü üzerindeki tasarruf hakkı, mutlak ve sınırsız değildir. Kişinin rızasına dayansa bile kişilik hakkından tümüyle vazgeçme veya başkasına devretme ya da aşırı sınırlandırma sonucu doğuracak nitelikte kişilik haklarına açıkça aykırı hukuki işlemler yapması durumunda, bu işlemlerin hukuka aykırı olacağı açıktır.

Özetle; hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Tıbbi müdahalenin son hukuka uygunluk şartı müdahalenin özenle ve tıp kuralları içinde yapılmasıdır. Endikasyon bulunmasına, hastanın aydınlatılması ve rızasının alınmasına, müdahalenin yetkili bir hekim tarafından yapılmasına rağmen, müdahale özensiz, dikkatsiz, tıp biliminin kurallarına aykırı yapılmışsa, hekim faaliyeti hukuka aykırıdır.

Hekim tıp biliminin kural ve tedbirlerine uymak ve bu sınırlar içinde hareket etmek zorundadır. Hastanın rızası ya da zaruret hali dahi, hekimin tabi olduğu tıbbi özen yükümünden ayrılmasını gerektirmez. İnsan yaşamı gibi yüksek özen gösterilmesi gereken bir alanda görev yapan hekimler, müdahalelerinin her aşamasında, tıbbi kural ve standartlardan sapmadan, tedavinin gerektirdiği tüm etik ve tıbbi kurallara uydukları takdirde, doğacak bir zarardan sorumlu tutulamazlar.

B- HUKUKİ SORUMLULUK

Ülkemizde "hekim hatası", "doktor hatası", tıbbi hata", "tıbbın kötü uygulanması" gibi kavramlarla karşılaşmaktayız. Tıbbi hata, doktorun tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik veya kurallara uymama sonucu, tedavi ve bakım standartlarına uymayan davranışları ile hastasına zarar vermesi anlaşılır.

***Tıbbi Yanlış Uygulama Dünya Tabipler Birliğinin 44.Genel Kurulunda*;** Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmıştır. Bunları gruplamak gerekirse;

- İletişim eksiklikleri ve kayıt hataları,
- Yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyon,
- Aydınlatma ve onam,
- Tanı hataları,
- Hatalı karar,

- Girişim hataları ve teknik hatalar,
- Terk,
- Özen eksikliği.

"Sorumluluk" kavramından, çok geniş anlamıyla, bir kişinin başkasına verdiği zararı giderilmesi yükümlülüğü anlaşılır. Kural olarak, bir kişi, başkasına verdiği zarardan hukuken sorumludur. Eğer o kişi, yasa kurallarına karşı gelir ve topluma bir zarar verir ya da zarar tehlikesi yaratırsa, cezai sorumluluk altına girer. Her iki halde de kişiden, davranışının hesabını vermesi istenir. Fakat sorumluluğun dayandığı temeller farklıdır. Sorumluluk hukuku yönünden, kusurun ağırlığı, ödenecek tazminat tutarı açısından önemlidir, ceza hukukundaki şekilde anlaşılmaz.

Genel olarak, tıp doktorunun, mesleğini, toplumda mesleğin ortalama basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucunda hizmetten yararlanan kişiye zarar vermesi malpraktis olarak tanımlanmaktadır. Kısaca malpraktis mesleki hata demektir.

Hekimlerin hasta tedavisi ile ilgili faaliyetleri çok kapsamlıdır. Genellikle hastayla anlaşarak, onu tedavi ettiğine göre ortada sözleşme ilişkisi mevcuttur. Hukukta sorumluluk esas itibarıyla kusura dayanır. Ancak yasaların kusura dayanmayan sorumluluğu düzenlediği hallerde kusur yoksa da sorumluluk vardır.

Tıbbi Müdahale sebebiyle ortaya çıkabilecek sorumluluk, kusura dayanan bir sorumluluktur. Her somut olayda hukuka aykırılık şartları ayrıca araştırılacaktır. Kural olarak, üçüncü kişilerin cismani varlığına, vücut bütünlüğüne, hayatına, sıhhatine yönelik her tecavüz hukuka aykırıdır. Burada üçüncü kişinin hekim olması hukuka uygunluk sebebi değildir. Haklı neden, yukarıda açıkladığımız üzere endikasyon, hastanın rızası, hastanın menfaatine hareket etme, hukuka uygun bir kamu gücünün kullanılmasıdır.

Hastanın rızası her zaman hukuka uygunluk nedeni değildir. örneğin meslekte acemiliğe rağmen rıza var diye ameliyat yapılması hukuka uygunluk değildir. Doktoru gerekli müdahaleye zorlayan düzenleme ceza kanunda vardır, ancak mevcut durumda resmi hekimin davet halinde gelmesi mecbur iken serbest hekimler için hayati tehlike halinde uyacaklardır, aksi durumda savcılığa suç duyurusunda bulunulabilecektir.

Sorumluluk için zarar ile fiil arasında illiyet bağının varlığı gereklidir. Ancak tıbbi olarak bu bağı kurmak her zaman kolay değildir. Uygun illiyeti

davacının, yani hastanın, ispatlaması gerekir. Basit bir ihmal yeterli sebep olarak görülemez. Doktorun tedavi ve müdahalesindeki kusurlu tutumu, hayattaki genel davranışlara ve olayın tabii akışına göre, hastadaki zararı meydana getirmeye elverişli ise illiyet bağı var kabul edilir. Bu durum için hekim kendi fiilinden kaynaklanmadığını, iddiasını, ispatlamalıdır.

Sorumluluğun doğması için hastanın zarar görmesi bir şarttır; zarar, hastanın doktorun tedavisi sonucu maddi(cismani) veya manevi zararı söz konusu olabilir.

Üzerinde önemle durulması gereken kusur konusudur. Türk Hukukunda hekimlerin kusuru özel bir değerlendirmeye tabi tutulmayıp, her türlü kusurları ile verdikleri zarardan sorumlu olmaları kabul edilmiştir. Hekim en ağır kusur niteliği taşıyan kastı yanında, ihmal, tedbirsizlik meslek ve sanatta acemilik kusurlu sayılmaktadır.

Bir ekip tarafından gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerde, ekipteki kişilerin kusur oranları ne olursa olsun ortak zarar nedeniyle tümünden müteselsilen sorumlu olacaklardır. Keza konsültasyon sonucu alınan ortak kararla uygulanan tedavi için de durum aynıdır.

Doktorun acil durumlar dışındaki sorumluluğu yukarıda da belirtiğimiz gibi esasen bir sözleşmeye dayanır. Yani hasta ile karşılıklı hekimlik sözleşmesi kurmuşlardır. Sözleşme sorumluluğunda hukuka aykırılık sözleşmeye aykırılık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sözleşmeden sorumlu olmak demek yine kusur varsa, hasta zarar görmüşse ve eylemle zarar arasında illiyet bağı varsa mümkündür. Buna göre de hekim anlaştığı hastasını bizzat kendisi tedavi edecek, bu işi başkasına bırakmayacak ve özenli davranacaktır. Diğer yandan, hekim düzenlediği rapordan sorumludur. Ayrık durumlar (savaş, salgın) hariç hastanın sırlarının saklanması doktorun görevidir.

Hekimlerin bu sorumluluklarına uymamaları öncelikle tazminat yükümlülüğü doğurmaktadır. Sorumluluğunun saptanmasında, davada, bilirkişi incelemesi kaçınılmazdır.

Hasta maddi ve manevi zararlarını talep edebilir. Maddi zararlarda zararın azami haddi maruz kalınan tüm zararlardır, ancak hakimin indirim yapması mümkündür. Örneğin, hasta kendisine verilen ilacı almaması zararın artmasına bizzat kendisi sebep olduğu durumda, bu anlamda indireme sebep olabilecektir.

Hekimin tedavisi veya ameliyatı sonunda ölüm olayı ortaya çıkmışsa hekim de kusurlu ise ölenin desteğinden yoksun kalanların destekten yoksun kalma tazminatı talep etmek hakları bulunmaktadır.

Günümüzde doktorun hukuki sorumluluğunda en çok manevi tazminat talepleriyle karşılaşılmaktadır.

Hekime karşı açılacak davalarda hekimin kamu çalışanı olması ve özel sağlık kuruluşlarında çalışması durumunda farklılık bulunmaktadır.

Anayasa'nın 129/5 maddesi gereğince memurların ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken meydana gelen zararlara ilişkin iddialarla açılan davaların idare aleyhine açılması gereklidir. Diğer yandan,657 sayılı Devlet memurları Yasasının "Kişilerin uğradıkları zararlar" başlıklı 13. Maddesinde ise, kişilerin kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil ilgili kurum aleyhine dava açılabileceği hüküm altına alınmıştır.

Anayasa'nın bu hükümleri ile amaçlanan, memur ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken kusurlu davrandıklarından bahisle haklı ya da haksız olarak yargı mercileri önüne çıkarılmasını önlemek, kamu hizmetinin sekteye uğratılmadan yürütülmesini sağlamak ve aynı zamanda zarara uğrayan kişi yönünden de memur veya diğer kamu görevlisine oranla ödeme gücü daha yüksek olan devlet bir sorumluyu muhatap kılarak kamu düzenini korumaktır.

Özetle; kamu personelinin verdiği zarar için kendisine doğrudan tazminat davası da açılamaz. Dava, ancak idare (Sağlık Bakanlığı, Üniversite) aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazminat kararı verilmesi halinde mümkündür. Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından hak sahibine ödendikten sonra, yine idare tarafından sorumlu personele rücu edilir.

Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler için böyle bir Anayasal koruma yoktur. Hasta doğrudan hekim aleyhine dava açabileceği gibi sağlık kuruluşu ve hekime birlikte de dava yöneltebilmektedir.

Kısaca ***Hukuki Sorumluluk = Tazminat*** sorumluluğudur. Zarar, hastanın hekimin tedavisi sonucu maddi (cismani) veya manevi zararı olabilir.

Maddi zarar:

1-Teşhis ve tedavi masrafları,
2-Hastane,
3-Ulaşım giderleri,
4-Çalışma gücü sebebiyle ekonomik kayıplar,

5-Bunların geçici veya sürekli olması durumunda uğranan kayıplar,
6-Ölüm halinde maddi zararlar, hak sahiplerinin destekten yoksun kalma zararlarıdır.

Manevi Zarar: Amacı zarar görenin uğramış olduğu zararın, acı ve üzüntünün dindirilmesidir. Gerçek anlamda tazminat ya da ceza değildir. Her somut olaya göre belirlenir.

c) CEZA SORUMLULUĞU

Ceza hukukunda kanunun yasakladığı eylemler suç olarak kabul edilir. Ceza hukukunda kusursuz suç olmaz ilkesi kabul edilmiştir. Kusur, iki şekilde karşımıza çıkar; kast ve ihmal olarak.

Kasıtlı suçlarda, kişi, eyleminden doğacak sonucu öngörerek, tahmin ederek ve sonucu isteyerek suçu işler. Örneğin bir kimsenin pusu kurduğu bir kişiyi, silahla öldürmesinde, suç adam öldürme kastıyla işlenmiştir.

Kişinin eyleminden doğacak sonucu öngörmekle birlikte, sonucu istemediği ama gerekli önlemleri almadığı suçlar ise taksirle işlenen suçlardır. Tıbbi müdahale sonucu eylemin suç teşkil etmesi daha temel olarak taksire, yani özen yükümlülüğüne, aykırılıktan doğmaktadır.

Tıbbi girişim esnasında, neden oldukları yaralamaya ve ölüme sebebiyet durumlarında, hekim hakkında özel müeyyide öngören bir kanun yoktur. Yani ceza hukukunda esasen hekime özgü suç yoktur. Esasen herkesin işleyebileceği fiiller, hekim tarafından işlenmesi durumunda bu ağırlaştırıcı bir sebep olarak gösterilmiştir.

Tedbirsizlik, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılıktır. Tedbirsizlikte alınması gereken ancak alınmayan tedbir, her olayın hal ve şartlarında ayrı ayrı değerlendirilecektir. Tam teşekküllü bir hastane koşulları ile imkanların olmadığı bir sağlık ocağı hekiminden beklenen tedbirler farklılık arz edecektir. Yine hekimin tecrübe ve uzmanlığı da dikkate alınacaktır.

Hekimin mesleği ile uzmanlığı ile ilgili temel ve klasik bilgilere uyması gerekir. Her tıbbi girişim bir riski ihtiva eder, "izin verilen risk" olarak ifade edilen, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde hareketleri dolayısıyla kötü sonuç meydan gelse bile hekime sorumluluk yüklenmeyecektir.

Ceza sorumluluğu bakımından, tıbbî hata sonucu meydana gelebilecek ölüm veya bedensel zararlar Türk Ceza Kanunu'ndaki (TCK'nın 86

ve 89. Ve devamı maddelerindeki düzenlemeler uyarınca suç olarak düzenlenmiştir. Ancak, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiil, memur olan personel tarafından işlenmişse; bu durumda savcı doğrudan ceza davası açamaz. Önce Memurin Muhakematı Hakkında Kanunun hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya Cumhuriyet Başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır. Burada da kamu çalışanlarının ceza sorumluluğu yönünden de bir hukuki koruma söz konusudur. Serbest çalışan ya da özel sağlık kuruluşunda çalışan hekim yönünden şikayet yapıldığında konu Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından doğrudan kovuşturulacaktır.

D-HEKİMİN HAKLARI VE HAK ARAMA YOLLARI

Hekimlik gibi büyük mesleki sorumluluk ve zorlukların bulunduğu mesleğin sadece zorluklar ve yükümlülüklerden oluştuğunu düşünülmemelidir. Hekimin kanundan gelen mesleğini icra etmesi bir hak olup temel insan hakları arasındaki çalışma hürriyetidir.

Öte yandan hekim, hastanın taleplerini yerine getiren ona tabi durumda asla değildir. Hekim, uygun görmediği tedaviyi uygulamama hakkına sahiptir. Hekimin, hastasını muayene ederken uygun şartların sağlanmasını talep etme hakkı vardır. Hekim, uygun gördüğü ilacı reçete etme, tıbbi malzeme seçme ve rapor verme hakkına sahiptir. Bu hak kısıtlanamaz.

Evrensel etik ilkeler çerçevesinde acil olan hastayı kabul edip değerlendirme durumunda olan hekim, hastanın "acil" olup olmadığına karar verme hakkına sahiptir.

Hastanın zarar görmesi sadece hekimin fiili ile gerçekleşmez, hekim çalıştığı kurumun imkanlarıyla da çevrilidir. Ancak hekim, çalıştığı kurumun altyapı eksikliğinin sorumluluğunu yüklenmek zorunda değildir. Bu durumda oluşacak zararlardan sorumlu olmaması için alet edevat eksikliğini idareye yazılı olarak bildirmelidir.

Şiddete maruz kalan, hakkında kötü tıbbi uygulama iddiası nedeni ile soruşturma başlatılan hekim, çalıştığı kurumdan ücretsiz hukuki yardım alma hakkına sahiptir.

a.Sağlıkta Şiddet

Şiddet; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması olayı olarak ele alınmaktadır.

Avrupa Komisyonunun tanımına göre işyerinde şiddet, çalışanın işiyle ilgili durumlarda, açıkça veya üstü kapalı şekilde güvenliğini, iyilik durumunu ya da sağlığını hedef alan istismar, korkutma, tehdit ya da saldırı olayları şeklinde tanımlanmaktadır.

Şiddet riskinin yüksek olduğu alanlardan biri olan çalışma ortamında iş görenler, çalışma arkadaşları, astları-üstleri ve hizmet verdikleri kişilerle (müşteriler, hastalar vb.) sürekli bir etkileşim içinde bulunmaktadır. Bu yoğun etkileşim ve iletişim işyerinde şiddet gibi istenmeyen durumlara neden olabilmektedir. Araştırmacılar, şiddetin toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, işyeri şiddetinin ve saldırganlığının günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmektedir.

İşyerinde şiddet, şiddetin kaynağına ve oluş şekline göre farklı şekillerde ele alınmaktadır. Şiddetin oluş şekline göre, şiddet fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir:

- **Fiziksel Şiddet:** Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarara neden olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasını içermektedir. Fiziksel şiddet çeşitleri vurma, tekme atma, itme, çekme, ısırma, ağzını kapama, yaralama, zarar vermeye yönelik fiziksel temas, cinsel içerikli fiziksel saldırı, tehdit ve taciz yoluyla fiziksel zarar verme, tükürme, sıkma, sıkıştırma, kesici alet ve silah kullanma, cinayete teşebbüs gibi ölüme neden olabilecek davranışları içermektedir.
- **Psikolojik Şiddet (Duygusal Şiddet):** Fiziksel güç kullanılabileceğini hissettirerek korkutmak (tehdit) dahil, bir kişi veya grup üzerinde onların fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki veya sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde kasıtlı baskı oluşturmak şeklinde ele alınmaktadır. Bu şiddet türü; sözel şiddet, mobbing/ yıldırma, cinsel taciz ve tehdit şeklinde sınıflandırılmaktadır.
- **Sözel Şiddet:** Bireyi küçük düşüren, aşağılayan veya bireyin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren hakaret, sövme, azarlama, aşağılama, tehdit gibi sözlü ifadeleri kapsamaktadır.

Hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde bu üç şiddet tipi ile karşılaşmak mümkündür. Bunlar arasında "sağlıkta şiddet" ise sağlık kurumlarındaki şiddet, "hasta, hasta yakınları ya da diğer bireyler tarafından uygulanan, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmaktadır

Şiddete karşı alınacak önlemlere ilişkin birincil korunmada, öncelikle şiddetin hoş görülmediği bir ortamın oluşturulması, işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının, şiddet türüne bakılmaksızın suç sayılması, bunun için gerekli yasal altyapının oluşturulması gereklidir. Sağlık personeline şiddeti önlemeye yönelik yapılan çalışmalar hekimlik meslek örgütlerinin girişim ve çabaları devam etmektedir.

Bu anlamda iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili, 30.06.2012 tarihi ve 28339 sayılı düzenleme Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası kapsamındaki bazı düzenlemeler çalışanı ve çalışan sağlığını koruyucu önlemleri içermektedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2013). İş sağlığı ve güvenliği kapsamında ayrıca, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 14.05.2012 tarihli ve 6665 sayılı "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması" konulu genelge yayınlanmıştır. Bu genelgenin amacı, ''sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması" şeklinde belirlenmiş ve genelge kapsamında sağlık çalışanına şiddeti önlemek amacıyla birtakım önlemler alınması istenmiştir. Ayrıca, 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde şiddete maruz kalan sağlık personellerine hukuki yardım yapılması kararlaştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Beyaz kod uygulaması, hastane hizmet kalite standartlarında belirlenmiş olası bir kavga, taciz ve sağlık personeline yönelik bir tehdit olduğu zaman, olay yerine en yakın olan güvenlik görevlilerinin gelip, olayı çözümlemesi ve kayıt altına alması şeklinde kullanılmaktadır .Yapılan çalışmalardan bir diğeri, 19 Mart 2011 tarih ve 27879 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan "İşyerlerinde Psikolojik Tacizin Önlenmesi (Mobbing)" konusundaki Başbakanlık Genelgesi kapsamında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Alo 170 hattının uygulamaya konmasıdır.

17 Nisan 2020 tarihli Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 7243 sayılı kanunun 28. Maddesiyle 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 12'nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir. Kamuoyunda Sağlıkta Şiddet Yasası olarak adlandırılan bu olumlu gelişmenin, madde metni aynen şöyledir:

"Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında;

a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır.

b) Türk Ceza Kanunu'nun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz."

Bu son düzenleme ile şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir, şeklindedir.

Böylece, sağlık çalışanına yönelik şiddet suçları ağırlaştırılmış olup kamu ve özel sağlık kurum ile kuruluşlarında görev yapan sağlık personeliyle yardımcı sağlık personeline karşı, görevleri sebebiyle işlenen, Türk Ceza Kanunu'nda yer alan 'kasten yaralama', 'tehdit', 'hakaret' ve 'görevi yaptırmamak için direnme' suçlarında, ilgili kanunlara göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılacak. Söz konusu suçlarda, Türk Ceza Kanunu'nda yer alan hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmayacaktır. Cezaların ağırlaştırılmasının sağlıkta şiddeti önlemesi/azaltması yönünde caydırıcı olması beklenmektedir. Ancak bunun tek başına önleyici olmayacağı düşüncesindeyiz. Çünkü; sağlık hizmetleri sunumunda sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet olayları son yıllarda artış ve sağlık çalışanlarının birçok nedenle şiddete maruz kalmasıyla birlikte şiddetten etkilenme durumları ve boyutları da farklılaşmıştır. Dolayısıyla sadece cezalardaki artış tek başına yeterli olmayacağı için şiddet nedenlerini önleyici ve ortadan kaldırıcı tedbirlerin alınması ayrıca gereklidir.

b.Tazminat Hakkı

Fiziksel ve sözel şiddete maruz kalan sağlık çalışanının buna sebep olan kişilerin cezalandırılmasını istemesi yanında, bu eylemler sebebiyle uğradığı maddi ve manevi zararın giderilmesini talep etme hakkı ayrıca vardır.

Bir yanda; tehdit, hakaret, iftira, yaralama ve ölüm kanunda suç olarak tanımlandığı için bunları yapanlar Türk Ceza Kanunu hükümlerince cezalandırılacaklardır. Burada hekime karşı işlenmesi sebebiyle şikayet aranmaksızın kovuşturma başlayacak, bu eylemler sebebiyle yukarıda belirttiğimiz şekilde cezalar artırılacak ve neticede ertelenmeyecektir. Bunun dışında hekim uğradığı fiziksel/sözel şiddet durumunda çalışamaz duruma gelebilir, saygınlığı, itibarı zarar görür. Tüm bu durumlarda uğranılan maddi ve manevi kayıpların tazmini talep edilebilir. Burada belirtmemiz gerekirse; ceza ve tazminat hukuk esasları, sonuçları ve ispat araçları birbirinden farklıdır.

Diğer yandan, sağlık çalışanlarının da sağlık hakkı olduğu tartışmasızdır. Mesleğin yerine getirilmesinde en son COVİD-19 Pandemisinde görüldüğü üzere birçok risk söz konusudur. Bu durumlarda hekimin sağlık hakkının korunması gereklidir. Nitekim, bulaşıcı bir hastalığa yakalanmış bir hastanın tedavi sürecinde aynı hastalık kendisine bulaşan bir hekim için **mesleki risk gerçekleşmiş** olur. Bu halde çalıştığı kurumun hizmetin kuruluş ve işleyişinden dolayı sorumluluğu söz konusudur. Bir hastalığa, tedavi ettiği sırada görevinin sebebi ve etkisiyle yakalanan hekimin hastalığın tedavi sürecinde ve sonrasında manevi olarak zarar gördüğü ve bunun mesleki risk ilkeleri çerçevesinde tazmininin gerektiği yargı kararına yansımış ve vurgulanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Aydın AKGÜL, İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazmin Sorumluluğu, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2016
2. Battal YILMAZ, Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Ankara 2010
3. Berna ÖZPINAR, Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamanın Hukuku Sonuçları, Ankara Barosu, 2007.
4. Cemal ÖZTÜRKLER, Hukuk uygulamasında Tıbbı Sorumluluk Teşhis, Tedavi ve Tıbbı Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları.

5. Çetin AŞÇIOĞLU, Tıbbi Yardım ve Elatmalardan Doğan Sorumluluklar, Ankara 1993,
6. Hakan HAKERİ, Tıp Hukuku
7. Halide SAVAŞ, Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Zararların Tazmini
8. Haluk TANDOĞAN, Türk Mesuliyet Hukuku, Ankara 1961.
9. Mehmet AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara 1991.
10. Mehmet Ali Zengin, Hekimin Hukuk Rehberi, Adalet, 2016
11. Yahya DERYAL, Tıbbi Müdahalenin Hukuk Uygunluk Şartı Olarak Hastanın Rızası

Av. Pınar Aksoy Gülaslan

Bölüm 2

Kardiyolji Hekiminin Hakları, Sorumlulukları ve Sigorta

I-KARDİYOLOJİ HEKİMİNİN ÇALIŞMA TÜRLERİ

A-ÖZEL KURUM VE KURULUŞLARDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN ÇALIŞMA ŞEKLİ, FAZLA ÇALIŞMA , DİNLENME HAKKI , İŞ AKDİNİN FESHİ ŞARTLARI

1- Özel Sağlık Kuruluşunda Hekimin Çalışma Şekilleri

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler 4857 sayılı İş Kanuna göre işçi statüsündedirler . Çalışma şekilleri ve diğer özlük hakları bu konuna göre belirlenmektedir.

a- Tam zamanlı - Yarı zamanlı Çalışma

İş Kanunu'nun 63. maddesi uyarınca iş akdine dayalı olarak görev yapan hekimler için haftalık çalışma süresi 45 saattir. Taraflar iş sözleşmesi ile haftalık 45 saatlik çalışma süresinin altında bir çalışma süresi kararlaştırabilirler. Bu tarz çalışma şekli yarı zamanlı çalışma şekli olarak adlandırılmaktadır. 63. maddenin devamında bu sürenin, sözleşme ile aksi kararlaştırılmadıkça haftanın çalışılan günlerine eşit ölçüde bölünerek uygulanacağı düzenlenmiştir.Taraflarca günlük çalışma süresi farklı şekilde bölünerek belirlenebilir.Ancak günlük çalışma süresi hiçbir biçimde 11 saati aşamaz.

b- Şirket Kurma Yöntemi İle Çalışma

İş Kanunu'nda belirtilen iş ilişkisi ve iş sözleşmesi tanımları birlikte değerlendirildiğinde; özel sağlık kuruluşu bünyesinde çalışan her hekimin İş Kanunu'na tabi olduğu açıktır.Hekim , İş Kanundan doğan tüm haklara sahiptir.

Özel sağlık kuruluşlarında hekimler şirket kurmaya ve/veya bizzat özel sağlık kuruluşu tarafından kurdurulacak yan şirketlere küçük ortak olmaları teklif edilmektedir. Bu çalışma biçimi ile ücretler şirket faturası ile şirkete ödenmekte, dolayısıyla sabit ücret ödenmemektedir. Bu şekilde çalışan hekimler; sigortalı çalışamamakta ve kendileri vergi yükümlülüğü altına girmektedirler. Hekimlerin şirket kurarak bir özel sağlık kuruluşu bünyesinde çalışmasının başlangıçta daha yüksek ücret alacakları gibi bir avantajı varmış gibi görünse de aslında hiç bir avantajı bulunmamaktadır. Hekim vergi yükümlülüğü altına girmekte , tüm sorumluluğun kendisine ait olması gibi dezavantajlı durumlara söz konusu olmaktadır.

2- Fazla Çalışma

İş Kanunu'nda "fazla çalışma", haftalık 45 saati aşan çalışma olarak belirlenmiştir. Haftalık çalışma süresi sözleşme ile 45 saatin altında belirlenmiş ise bu durumda haftalık çalışma süresini aşan ancak 45 saate kadar olan çalışma ise "fazla sürelerle çalışma" olarak tanımlanmıştır. Fazla süre çalışma için işçinin onayının alınması gerekir.

Örnek vermek gerekirse bir hekim yaptığı iş sözleşmesi ile hastanede haftada 30 saat çalışmak üzere anlaşmış ve o hafta toplam 45 saat çalışmış ise, 30 saat ile 45 saat arasında kalan 15 saatlik süre fazla sürelerle çalışma sayılmaktadır. Ancak hekim 45 saat çalışmak üzere anlaşmış ve o hafta toplam 50 saat çalışmış ise, 45 saat ile 50 saat arasında kalan 5 saatlik süre fazla sürelerle çalışma sayılmaktadır.

Kanun uyarınca fazla çalışma veya fazla sürelerle çalışma yapan hekim isterse, bu çalışmalar karşılığı zamlı ücret alabilecektir. Ancak hekim zamlı ücret yerine, fazla çalıştığı her saat karşılığında 1 saat 30 dakika, fazla sürelerle çalıştığı her saat karşılığında ise 1 saat 15 dakikayı serbest zaman yani izin olarak kullanabilecektir.

Gebe, yeni doğum yapmış ve çocuk emziren hekimlere fazla çalışma yaptırılamaz.

3- Ulusal Bayram Ve Genel Tatil Günlerinde Çalışma

İş Kanunu'nun 44'üncü Maddesine göre, ulusal bayram ve genel tatil günlerinde işyerlerinde çalışılıp çalışılmayacağı toplu iş sözleşmesi veya iş sözleşmeleriyle kararlaştırılabilir. Bunlarda hüküm bulunmaması halinde, söz konusu günlerde çalışılması için çalışanın onayı gerekmektedir.

İş Kanunu'nun 47'inci Maddesi uyarınca ulusal bayram ve genel tatil günü olarak kabul edilen günlerde tatil yapmayarak çalışırlarsa ayrıca çalışılan her gün için 1 günlük ücreti ödenir. Yüzde usulünün uygulandığı işyerlerinde işçilerin ulusal bayram ve genel tatil ücretleri işverence işçiye ödenir.

4-Yıllık İzin Hakkı

Bir hekimin yıllık ücretli izne hak kazanabilmesi için, işyerinde işe başladığı günden itibaren, deneme süresi de dâhil olmak üzere, en az 1 yıl çalışmış olması gereklidir.

Yıllık ücretli izin süresi;

a) Hizmet süresi 1 yıldan 5 yıla kadar (5 yıl dâhil) olanlara 14 günden,

b) Hizmet süresi 5 yıldan fazla 15 yıldan az olanlara 20 günden,

c) Hizmet süresi 15 yıl (dâhil) ve daha fazla olanlara 26 günden az olamaz. Ancak 18 ve daha küçük yaştaki [işçilerle] elli ve daha yukarı yaştaki [işçilere] verilecek yıllık ücretli izin süresi 20 günden az olamaz.

Yıllık izin süreleri iş sözleşmeleri ve toplu iş sözleşmeleri ile artırılabilir. Hekim, yıllık izin hakkından vazgeçemez.

İşveren tarafından yıl içinde verilmiş bulunan diğer ücretli ve ücretsiz izinler veya dinlenme ve hastalık izinleri yıllık izne mahsup edilemez.

Yıllık ücretli izin günlerine rastlayan ulusal bayram, hafta tatili ve genel tatil günleri izin süresinden sayılmaz

İş akdinin herhangi bir nedenle sona ermesi halinde hekimin hak kazanıp da kullanamadığı yıllık izin süresine ait ücret, fesih tarihindeki ücreti üzerinden kendisine ödenir.

5-Hafta Tatili

Özel sağlık kurumunda çalışan hekim 63 üncü maddeye göre belirlenen iş günlerinde çalışmış olmaları koşulu ile yedi günlük bir zaman dilimi içinde kesintisiz en az yirmidört saat dinlenme (hafta tatili) verilir. Çalışılmayan hafta tatili günü için işveren tarafından bir iş karşılığı olmaksızın o günün ücreti tam olarak ödenir.

Hafta tatilinde çalışılması halinde o günün ücreti zamlı ödenir.

6-Dinlenme Hakkı

Günlük çalışma süresinin ortalama bir zamanında o yerin gelenekleri ve işin gereğine göre ayarlanmak suretiyle hekime;

a) Dört saat veya daha kısa süreli işlerde onbeş dakika,

b) Dört saatten fazla ve yedibuçuk saate kadar (yedibuçuk saat dahil) süreli işlerde yarım saat,

c) Yedibuçuk saatten fazla süreli işlerde bir saat, Ara dinlenmesi verilir.

Bu dinlenme süreleri en az olup aralıksız verilir. Ancak bu süreler, iklim, mevsim, o yerdeki gelenekler ve işin niteliği göz önünde tutularak sözleşmeler ile aralı olarak kullandırılabilir. Dinlenmeler bir işyerinde işçilere aynı veya değişik saatlerde kullandırılabilir. Ara dinlenmeleri çalışma süresinden sayılmaz.

7-İşveren Tarafından Haklı Nedenle Hekimin İş Akdinin Feshi

İş Kanunu'nun 25'inci Maddesinde işverenin haklı nedenle derhal fesih hakkı hükme bağlanmıştır.

I- Sağlık sebepleri

a) [İşçinin][1] kendi kastından veya derli toplu olmayan yaşayışından yahut içkiye düşkünlüğünden doğacak bir hastalığa yakalanması veya engelli hâle gelmesi durumunda, bu sebeple doğacak devamsızlığın ardı ardına 3 iş günü veya 1 ayda 5 iş gününden fazla sürmesi.

b) [İşçinin] tutulduğu hastalığın tedavi edilemeyecek nitelikte olduğu ve işyerinde çalışmasında sakınca bulunduğunun Sağlık Kurulunca saptanması durumunda.

(a) alt bendinde sayılan sebepler dışında [işçinin] hastalık, kaza, doğum ve gebelik gibi hallerde işveren için iş sözleşmesini bildirimsiz fesih hakkı; belirtilen hallerin [işçinin] işyerindeki çalışma süresine göre 17'nci Maddedeki bildirim sürelerini 6 hafta aşmasından sonra doğar. Doğum ve gebelik hallerinde bu süre 74'üncü Maddedeki sürenin bitiminde başlar. Ancak [işçinin] iş sözleşmesinin askıda kalması nedeniyle işine gidemediği süreler için ücret işlemez.

1 Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler 4857 sayılı İş Kanunu'na tabi olmaları nedeniyle ilgili maddelerde kullanılan "işçi" , "hekim" statüsüne karşılık gelmektedir.

II- Ahlak ve iyi niyet kurallarına uymayan haller ve benzerleri

a) İş sözleşmesi yapıldığı sırada bu sözleşmenin esaslı noktalarından biri için gerekli vasıflar veya şartlar kendisinde bulunmadığı halde bunların kendisinde bulunduğunu ileri sürerek yahut gerçeğe uygun olmayan bilgiler veya sözler söyleyerek [işçinin] işvereni yanıltması.

b) [işçinin], işveren yahut bunların aile üyelerinden birinin şeref ve namusuna dokunacak sözler sarf etmesi veya davranışlarda bulunması yahut işveren hakkında şeref ve haysiyet kırıcı asılsız ihbar ve isnatlarda bulunması.

c) [İşçinin] işverenin başka bir işçisine cinsel tacizde bulunması.

d) [İşçinin] işverene yahut onun ailesi üyelerinden birine yahut işverenin başka [işçisine] sataşması, işyerine sarhoş yahut uyuşturucu madde almış olarak gelmesi ya da işyerinde bu maddeleri kullanması.

e) [İşçinin], işverenin güvenini kötüye kullanmak, hırsızlık yapmak, işverenin meslek sırlarını ortaya atmak gibi doğruluk ve bağlılığa uymayan davranışlarda bulunması.

f) [İşçinin], işyerinde 7 günden fazla hapisle cezalandırılan ve cezası ertelenmeyen bir suç işlemesi.

g) [İşçinin] işverenden izin almaksızın veya haklı bir sebebe dayanmaksızın ardı ardına 2 işgünü veya 1 ay içinde 2 defa herhangi bir tatil gününden sonraki iş günü yahut 1 ayda 3 işgünü işine devam etmemesi.

h) [İşçinin] yapmakla ödevli bulunduğu görevleri kendisine hatırlatıldığı halde yapmamakta ısrar etmesi.

ı) [İşçinin] kendi isteği veya savsaması yüzünden işin güvenliğini tehlikeye düşürmesi, işyerinin malı olan veya malı olmayıp da eli altında bulunan makineleri, tesisatı veya başka eşya ve maddeleri 30 günlük ücretinin tutarıyla ödeyemeyecek derecede hasara ve kayba uğratması.

III- Zorlayıcı sebepler

[İşçiyi] işyerinde 1 haftadan fazla süre ile çalışmaktan alıkoyan zorlayıcı bir sebebin ortaya çıkması.

IV- [İşçinin] gözaltına alınması veya tutuklanması halinde devamsızlığın 17'nci Maddedeki bildirim süresini aşması

İşveren yukarıda sayılan hallerin varlığında hekimin iş akdini sürenin bitiminden önce ve bildirim süresini beklemeksizin derhal feshedebilir.

8.İş Akdinin Haksız Olarak Fesh Edildiği Durumlarda Hekimin Hakları

İşveren, 4857 sayılı İş Kanunu md. 25 haller (yukarda sayılmıştır.)dışında hekimin iş akdini derhal feshettiği takdirde; hekime ihbar ve kıdem tazminatı ödemek zorundadır. Bununla birlikte iş akdi haklı nedene dayanmadan derhal feshedilen hekimin işe iade davası açma hakkı bulunmaktadır.

9. Hekimin İş Akdini Haklı Nedenle Derhal Fesh Etme Hakkı

İş Kanunu'nun 24'üncü Maddesinde [işçinin] haklı nedenle derhal fesih hakkı hükme bağlanmıştır;

I. Sağlık sebepleri:

a) İş sözleşmesinin konusu olan işin yapılması işin niteliğinden doğan bir sebeple [işçinin] sağlığı veya yaşayışı için tehlikeli olursa.
b) [İşçinin] sürekli olarak yakından ve doğrudan buluşup görüştüğü işveren yahut başka bir işçi bulaşıcı veya işçinin işi ile bağdaşmayan bir hastalığa tutulursa.

II. Ahlak ve iyi niyet kurallarına uymayan haller ve benzerleri:

a) İşveren iş sözleşmesi yapıldığı sırada bu sözleşmenin esaslı noktalarından biri hakkında yanlış vasıflar veya şartlar göstermek yahut gerçeğe uygun olmayan bilgiler vermek veya sözler söylemek suretiyle işçiyi yanıltırsa.
b) İşveren işçinin veya ailesi üyelerinden birinin şeref ve namusuna dokunacak şekilde sözler söyler, davranışlarda bulunursa veya işçiye cinsel tacizde bulunursa.
c) İşveren işçiye veya ailesi üyelerinden birine karşı sataşmada bulunur veya gözdağı verirse, yahut işçiyi veya ailesi üyelerinden birini kanuna karşı davranışa özendirir, kışkırtır, sürükler, yahut işçiye ve ailesi üyelerinden birine karşı hapsi gerektiren bir suç işlerse yahut işçi hakkında şeref ve haysiyet kırıcı asılsız ağır isnad veya ithamlarda bulunursa.
d) İşçinin diğer bir işçi veya üçüncü kişiler tarafından işyerinde cinsel tacize uğraması ve bu durumu işverene bildirmesine rağmen gerekli önlemler alınmazsa.

e) İşveren tarafından işçinin ücreti kanun hükümleri veya sözleşme şartlarına uygun olarak hesap edilmez veya ödenmezse,
f) Ücretin parça başına veya iş tutarı üzerinden ödenmesi kararlaştırılıp da işveren tarafından işçiye yapabileceği sayı ve tutardan az iş verildiği hallerde, aradaki ücret farkı zaman esasına göre ödenerek işçinin eksik aldığı ücret karşılanmazsa, yahut çalışma şartları uygulanmazsa.

III. Zorlayıcı sebepler:
İşçinin çalıştığı işyerinde bir haftadan fazla süre ile işin durmasını gerektirecek zorlayıcı sebepler ortaya çıkarsa iş akdini haklı nedenle derhal fesh edilebilir.

10. Haklı Nedenle İş Akdini Fesheden Hekimin Hakları

Hekimin, aşağıda sayılan haller nedeniyle iş akdini derhal feshettiği takdirde, işverenden ihbar ve kıdem tazminatı talep etme hakkı vardır.

İş sözleşmesi feshedilen işçi, fesih bildiriminde sebep gösterilmediği veya gösterilen sebebin geçerli bir sebep olmadığı iddiası ile fesih bildiriminin tebliği tarihinden itibaren bir ay içinde işe iade talebiyle, İş Mahkemeleri Kanunu hükümleri uyarınca arabulucuya başvurmak zorundadır. Arabuluculuk faaliyeti sonunda anlaşmaya varılamaması hâlinde, son tutanağın düzenlendiği tarihten itibaren, iki hafta içinde iş mahkemesinde dava açılabilir. Taraflar anlaşırlarsa uyuşmazlık aynı sürede iş mahkemesi yerine özel hakeme de götürülebilir. Arabulucuya başvurmaksızın doğrudan dava açılması sebebiyle davanın usulden reddi hâlinde ret kararı taraflara resen tebliğ edilir. Kesinleşen ret kararının da resen tebliğinden itibaren iki hafta içinde arabulucuya başvurulabilir.

11. Derhal Fesih Hakkını Kullanma Süresi

İş Kanunu'nun 24'üncü ve 25'inci Maddelerinde gösterilen ahlak ve iyi niyet kurallarına uymayan hallere dayanarak [işçi] veya işveren için tanınmış olan iş akdini fesih yetkisi, iki taraftan birinin bu çeşit davranışlarda bulunduğunu diğer tarafın öğrendiği günden başlayarak 6 iş günü geçtikten ve her halde fiilin gerçekleşmesinden itibaren 1 yıl sonra kullanılamaz. Ancak [işçinin] olayda maddi çıkar sağlaması halinde 1 yıllık süre uygulanmaz.

12.Hekimin Herhangi Bir Haklı Nedene Dayanmadan Kendi İsteğiyle İş Akdini Feshetmesi

Hekim yukarıda sayılan haklı fesih halleri dışında iş akdini feshetmek istediği takdirde, sözleşmede ayrıca bir bildirim süresi belirlenmediyse, İş Kanunu'nun 17'inci Maddesinde sayılan bildirim sürelerine uymakla yükümlüdür.

Hekimin bildirim süresine uymadan iş akdini sona erdirmesi halinde, işverenin bildirim süresine ilişkin ücret tutarında ihbar tazminatı talep etme hakkı vardır.

13. İhbar Süresi (Bildirim Süresi)

İş akdini her hangi bir haklı nedene dayanmadan feshetmek isteyen tarafın fesih bildirimini önceden bildirmesi gerekir.İş Kanunu'nun 17'inci Maddesi uyarınca bildirim süreleri şunlardır:

İş sözleşmeleri;

a) İşi altı aydan az sürmüş olan işçi için, bildirimin diğer tarafa yapılmasından başlayarak iki hafta sonra,
b) İşi altı aydan birbuçuk yıla kadar sürmüş olan işçi için, bildirimin diğer tarafa yapılmasından başlayarak dört hafta sonra,
c) İşi birbuçuk yıldan üç yıla kadar sürmüş olan işçi için, bildirimin diğer tarafa yapılmasından başlayarak altı hafta sonra,
d) İşi üç yıldan fazla sürmüş işçi için, bildirim yapılmasından başlayarak sekiz hafta sonra, feshedilmiş sayılır.

Bu süreler asgari olup sözleşmeler ile artırılabilir. Bildirim şartına uymayan taraf, bildirim süresine ilişkin ücret tutarında tazminat ödemek zorundadır.

14. Hekimin Ücretinin Ve/Veya Primlerinin Ödenmemesi Ve/Veya Eksik Ödenmesi

İş sözleşmesinin en önemli unsurlarından biri ücrettir. Sözleşmede ücret anlaşmasının ne şekilde olduğu ve ödeme günü açık bir şekilde belirtilmelidir. Özel sağlık kurumlarında çalışan hekimler uygulamada sıkça net ücret yanında ayrıca performasına bağlı olarak prim ve/veya hakediş karşılığı ücret tutarlarının belirlemektedirler. Primin veya hakedişin nasıl hesaplanacağı sözleşmede açıkça yer almalıdır.

Ücret ödeme günü taraflarca açıkça sözleşmede belirtilmelidir. Ödeme gününden itibaren 20 gün içinde mücbir bir neden dışında ödenmeyen [işçi], iş görme borcunu yerine getirmekten kaçınabilir. Ücretini veya primini alamayan veya eksik alan hekiminin, faiziyle birlikte ücretini talep etme, iş akdini haklı nedenle feshederek kıdem ve sair tazminat taleplerinde bulunma hakkı vardır.

II-KAMUDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN ÇALIŞMA SÜRESİ VE NÖBET ESASLARI

1- ÇALIŞMA SÜRESİ

Kamuda çalışan hekimler 657 sayılı Devlet Memurları Kanuna Tabidirler. 657 sayılı Kanun madde 99 'a göre Memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir. Bu süre Cumartesi ve Pazar günleri tatil olmak üzere düzenlenir.

Maddenin devamında özel kanunlarla yahut bu kanuna veya özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma sürelerinin belirlenebileceği düzenlenmiştir.

Kamu görevlisi hekimlerin günlük çalışma sürelerine yönelik bir üst sınır belirtilmemiştir. Haftalık ya da günlük normal çalışma sürelerinin dışında, fazla çalışma sürelerinin üst sınırını belirleyen bir düzenleme de yoktur.

2- NÖBET GENEL ESASLARI

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 42. maddesinde, nöbet hizmetleri evde nöbet, normal, acil, branş nöbeti olarak dört şekilde yürütüleceği ifade edilmiştir.

Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder.

A.nöbet Türleri

a. İcapçı (Ev) Nöbeti:

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 42. maddesinin 1. fıkrasının (A) bendine göre;

Uzman adedi nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutarlar. Bunun için aylık ev nöbet listeleri hazırlanır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerinden sorumludur. Ev nöbetçisi akşam vizitlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur.

Birden fazla uzmanın bulunduğu, ancak tutulacak nöbet miktarı karşısında uzman sayısının yetersiz kaldığı sağlık kuruluşunda uygulanır.

Baştabip dahil iki veya üç uzman bulunan kurumlarda sadece bu nöbeti tutulur.

b. Normal Nöbet:

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 42. maddesinin 1. fıkrasının (B) bendine göre;

Mesai saatleri dışında personelin mesai başlangıç saatini değiştirerek veya vardiye sistemi ile gördürülemeyen veyahut bunların dışında kalan hizmetlerin yürütülmesi için düzenlenen nöbet şeklidir. Bundan amaç; ilgili hizmetin mesai saati dışındaki devamını sürdürerek idari ve tıbbi hizmetlerde süreklilik sağlamaktadır. Bu nedenle, bu nöbete kalan görevliler mensub olduğu hizmet bölümü amirinin yetki ve sorumlulukları ile mesleğinin yetki ve sorumluluklarını haizdirler. Bu nöbetin tutulduğu kurumlarda, acil vak'alar için ayrıca nöbet veya hizmet birimi bulunmadığı takdirde acil vak'a muayenesini ve gerekli ilk yardım ve tedaviyi nöbetçi tabib yapar. Vak'a kendi branşıyle ilgili değilse süratle ilgili dal uzmanını ve acil vak'a için gerekli görülen diğer personeli de davet eder.

Bu nöbetle birlikte acil veya branş nöbeti tutulan kurumlarda normal nöbeti tutan tabib, baştabib yetkilerini haiz olarak sadece idari amir sorumluluğunu yüklenir. Eğitim hastaneleri dışında uzman baştabib yardımcısı ile birlikte uzman tabib adedi normal nöbet tutmaya müsait kurumlarda baştabib yardımcıları da normal nöbete girerler

c. Acil Nöbeti:
Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 42. maddesinin 1. fıkrasının (C) bendine göre;

Uzman durumu müsait olan kurumlarda lüzum görülen branşlar için normal nöbete ilave olarak ayrıca acil nöbeti konulabilir. Bu takdirde acil nöbetine iştirak edecek diğer sağlık ve yardımcı sağlık personelinin kimler olacağını ve bunların miktarını baştabib tesbit eder.

Acil nöbeti tutanlar bir başka nöbete dahil edilmezler.

Acil nöbeti tutan uzmanın talebi üzerine yapılacak, çağrıya ilgili dal uzmanı ve diğer personel uymaya zorunludur.

d. Branş Nöbeti
Birden fazla genel cerrahi, iç hastalıkları klinikleri ve kadın hastalıkları ve doğum kliniği bulunan yataklı tedavi kurumlarında uzman ve klinik adedi gözönüne alınarak acil hizmeti çin kliniklere bütün personeliyle birlikte branş nöbeti tutturulabilir.

Gerek görülürse ve uzman adedi yeterli bulunduğu takdirde acil vak'ası bulunan dallardan birer uzman, yoksa kıdemli uzmanlık eğitimi görenler de bu ekibe eklenebilir, veya davet edilebilir.

Branş nöbetini üstlenen klinikler, gece nöbetini ifa edecek tabib ve personel ekiplerini düzenleyerek gereği yapılmak üzere baştabibliğe verirler. Bu kliniklere gereğinde başka hizmetlerden personel takviyesi yapılabilir.

Branş nöbetlerini üstlenen klinikler o dalın acillerinin yatarak tedavi hizmetlerini de ifa ederler ve bu klinik personeline başkaca nöbet hizmetleri verilmez.

B- Tabib nöbetleri:

A) Tek tabib bulunan kurumlarda, kurumda yatan hasta varsa, tabip arandığında bulunabileceği yeri bildirmekle ve akşam vizitlerini yapmakla görevlidir.
B) Baştabib dahil iki veya üç uzman bulunan kurumlarda sadece ev nöbeti tutulur.
C) Baştabib dahil dört ve daha yukarı tabib bulunan kurum

Mad. 42 ve 43 gereği görev yaptığı sağlık kurumunda dalında tek uzman hekim olması durumunda, , icap nöbeti tutturulabilmesine imkân

bulunmamaktadır.Ancak uzman adedi aynı branşta birden fazla ise sırasıyla nöbet tutulacaktır.

3. NÖBET SONRASI DİNLENME-İZİN HAKKI/NÖBET-FAZLA ÇALIŞMA ÜCRETİ

Gece nöbeti tutanlara ertesi gün görev verilemez.

Geceyi yoğun mesai ile uykusuz geçiren personele, kurumun personel durumu ve imkânları müsait olmak, hizmeti aksatmamak kaydıyla evinde veya kurum içerisinde lüzum görüldüğü sürece dinlenmesi için baştabip izin verebilir.

657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun Ek 33. Maddesinde;

Yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere), nöbet ücreti ödenir. Bu ücret yoğun bakım, acil servis ve 112 acil sağlık hizmetlerinde tutulan söz konusu nöbetler için yüzde elli oranında artırımlı ödenir. Ancak hiçbir şekilde 130 saatten fazlası için ödeme yapılmaz. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

Bu madde hükmü, üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan asistanlar için de uygulanmaktadır.

II- TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASI

GİRİŞ

Sorumluluk, kişinin hukuka aykırı eylemiyle başkasına verdiği zararı tazmin etme yükümlülüğüdür[2]. Sigortacılık sektöründe hukuksal koruma olarak bilinen mesleki sorumluluk sigortaları dünya ülkelerinde uzun yıllardır uygulanan bir sigorta dalıdır. Bu sigorta dalı ülkemizde yeni uygulama alanı bulmaktadır. Sorumluluk sigortalarının temelinde,

*Sağlık Hukuk Avukatlık Bürosu,Kurucu Ortak,www.saglikhukuk.net,Ankara

2 Tandoğan, Haluk: Türk Mesuliyet Hukuku, Ankara 1961.

üçüncü kişilere verilen zarar sebebiyle sigortalının karşılaşabileceği tazminat taleplerinin karşılanması yatmaktadır.

Genel ve yaygın olan uygulamada sigorta sözleşmeleri iradi yapılmaktadır. Ancak bazen yasal bir düzenleme ile kişilerin sigorta yaptırmaları zorunlu kılınabilir. Bu tip sigortalara zorunlu sigorta denmektedir. Ülkemizde mevcut zorunlu sigortalara örnek olarak; zorunlu trafik sigortası, otobüs zorunlu koltuk kaza sigortası vs. gösterilebilir.

Hekimlik mesleği insan ve toplum sağlığı açısından çok önemlidir. Türk hukuk siteminde hekimin hukuki sorumluluğu ile ilgili çalışmalar son on yılda hızla ilerlemiştir. Hekime karşı açılan tazminat dava sayılarının artması da bu alanın genişlemesini etkilemiştir.

Ülkemizde 16.03.2006 tarih 26110 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarına bağlı olarak hazırlanan Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu'na göre hekimlerin mesleki faaliyetleri için sorumluluk sigortası yaptırmaları ihtiyari idi. 21.01.2010 tarihli 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılamasına Dair Kanunun çıkarılmasıyla tıbbı kötü uygulamaya ilişkin sorumluluk sigortası zorunlu hale gelmiştir[3]. Buna göre serbest ya da özel veya kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar,poliçe kapsamındaki mesleki faaliyetini ifa ederken mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlara bağlı olarak kendilerinden talep edilebilecek tazminatlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rücularа karşı sigorta yaptırmak zorundadır.

Bu düzenlemeye paralel olarak 21.07.2010 tarihinde yayınlanan Resmi Gazete ile "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatnamesi ile Genel Şartları" yayınlanmıştır[4]. 19 Temmuz 2011 tarihinde ise " Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ ile Yayımlanan Tarife ve Talimat İle Genel Şartlar'da Değişiklik Yapılmasına İlişkin Teblig" yayınlanmıştır[5].

3 30.1.2010-27478 sy.R.G 5947 s.K. m.8 y.y:30.07.2010.

4 Ek-1.

5 Ek-2.

I-Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Bir kimsenin hukuka aykırı olarak başkasına zarar veren davranışı, ahlaki ve hukuki açıdan kınanabiliyorsa yani kusurlu ise zarar veren söz konusu zarardan sorumludur[6].Dolayısıyla sorumluluğun gerçekleşmesi, kural olarak, borçlunun kusurlu olmasına bağlıdır. Hukukumuzda en eski bu sorumluluk türüne kusur sorumluluğu denmektedir.

Hekim, mesleğinin ifasında kusurlu olarak meslek kurallarına aykırı hareketinden doğan zarardan sorumludur[7]. Hekimin tıbbi faaliyetinden doğan sorumluluğu kural olarak kusur sorumluluğuna dayanır[8]. Tıp mesleğini icraya yetkili hekim tarafından mesleki faaliyeti kapsamında gerçekleştirilen her türlü faaliyet tıbbi müdahale kavramını ifade eder. Tıbbi müdahale, hekimin tedavi amacına yönelik etkinliklerdir[9]. Hekimin hukuki sorumluluğunun kurucu unsuru kural olarak kusur olduğundan, hekimin tıbbı müdahalesi sonucu meydana gelen zararlardan ancak; kusurlu olduğu takdirde sorumlu olur, kusuru bulunmadığı takdirde sorumlu tutulmaz[10].

Hekimin hukuki sorumluluğun nedeni akit olabileceği gibi akit dışı sorumluluğu da söz konusu olabilmektedir. Hekimle hasta arasında önceden sarih veya zımni olarak kurulmuş bir tedavi akdi var ise hekimin hukuki sorumluğunun nedeni akdi sorumluluktur[11]. Kural olarak hekim ile hasta arasındaki ilişki bir akde dayanır. Hekimle hasta arasındaki sözleşme Türk Borçlar Kanununda ayrıca düzenlenmemiştir. Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin genelde vekâlet sözleşmesi olduğu kabul görmektedir[12].

---

6 **Yılmaz,**Battal: Hekimin Hukuki Sorumluluğu ,Adalet Y.,2.Bası , Ankara 2010,s.13.

7 Aşçıoğlu, Çetin: Tıbbi Yardım ve Elatmalardan Doğan Sorumluluklar, Ankara 1993, s.3. vd

8 Yılmaz,a.g.e,s.13.

9 Ayan, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara 1991, s.5.

10 Öztürkler, Cemal: Hukuk uygulamasında Tıbbı Sorumluluk Teşhis, Tedavi ve Tıbbı Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları,s.21.

11 Yılmaz,a.g.e,s.15

12 Ayan, a.g.e,s.63, Şenocak, s.59.

Hekim ve hasta arasında az önce de ifade ettiğimiz gibi bir sözleşme ilişkisi var ise hekimin sorumluluğu buna göre belirlenir. Hekim ve hasta arasında daha önceden sarih veya zımni olarak kurulmuş bir akit bulunmadığı hallerde ise sorumluluğun kaynağını kural olarak bir haksız fiil teşkil eder[13]. Hekimin haksız fiil ilişkisinden doğan bir sorumluluğundan bahsedebilmek için; hukuka aykırılık, kusur, zarar ve uygun illiyet bağı gerekir[14].

II- Hekimin Hukuki Sorumlulugu ve Sigorta

Ülkemizde 16.03.2006 tarih 26110 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarına bağlı olarak hazırlanan Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu'na göre hekimlerin mesleki faaliyetleri için sorumluluk sigortası yaptırmaları ihtiyari idi. Başka bir ifade ile sigorta hekimin isteğine bağlı olarak yapılmaktaydı. 21.01.2010 tarihli 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun çıkarılmasıyla tıbbı kötü uygulamaya ilişkin sorumluluk sigortası zorunlu hale gelmiştir[15].

Iıı-Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Yaptırması Gereken Kişiler

Sigorta sözleşmesinin taraflarından birisi sigortacı karşı tarafı da sigorta ettirendir. Sigorta sözleşmesinde menfaati korunan kişi ise sigortalıdır.

1219 sayılı Tababet ve Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek 12 nci maddesi çerçevesinde,

a- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar,
b- Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar,
c- Mesleğini serbest olarak icra eden tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, bu sigortayı yaptırmak zorundadır.

13 Yılmaz,a.g.e,s.15.

14 Ayan, a.g.e,116-122.

15 30.1.2010-27478 sy.R.G 5947 s.K. m.8 y.y:30.07.2010.

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için, sigorta ettiren sıfatıyla kendileri tarafından yapılmaktadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların her biri için ayrı ayrı, sigorta ettiren sıfatıyla çalıştıkları kurumları tarafından yapılmaktadır. Burada sigorta sözleşmesinde menfaati korunun hekim, sözleşmeyi yapan/sigorta ettiren ise hekimin çalıştığı özel ve/veya kamu sağlık kurum ve/veya kuruluşudur.

Mesleklerini serbest olarak icra eden tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile sözleşmeli aile hekimleri ise sigorta ettiren sıfatıyla sözleşmelerini kendileri yaptırmaktadırlar. Sigorta ettiren ve sigortalı kavramı burada aynı kişide birleşmiştir.

(a), (b) ve (c) bentleri kapsamındaki mesleki faaliyetlerin beraber yürütülmesi durumunda tüm faaliyetler için düzenlenecek poliçede sigorta ettiren sıfatı, tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara aittir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşları için, sigortalının kurumlar arasında iş değişikliği yapması durumunda, önceki kurum tarafından yaptırılan sigorta sözleşmesinin teminatı devam ediyorsa, yeni kurumun sözleşme süresi sonuna kadar sigorta yaptırma sorumluluğu kalkar.

Iv- Prim ve Ödeme Yükümlülüğü

Prim ödeme borcu sigorta sözleşmesinin ana unsurlarından biridir. Sigorta primi para olarak ödenir.Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortasında primler peşin olarak ödenecektir [16].

Prim miktarı hekimin çalıştığı branşa göre farklı belirlenmektedir. Örneğin bir cerrahın yaptıracağı zorunlu sigortada ödeyeceği prim miktarı yüksek iken bir aile hekiminin ödeyeceği prim miktarının daha düşüktür. TKUZMSS Tarife A.1'de prim tutarları tespit edilirken risk grupları oluşturulduğu, risk guruplarının da uzmanlık alanlarına göre belirlendiği anlaşılmaktadır.[17] Zarar riskinin yüksek olduğu branşlarda, prim miktarı diğer branşlara göre yüksektir.Bu prim tutarlarına, acente komisyon bedeli ve üretim giderleri dâhildir.

Prim indirimi ve prim artırımı aşağıdaki tabloda yer alan basamak esasına göre uygulanır.

16 Bkz. Ek.1

17 Bkz. Ek.1.

Basamak	İndirimli Prim	Zamlı Prim
7	% 20	
6	% 15	
5	% 10	
4	-	-
3		% 15
2		% 30
1		% 50

Tarifede hasarsızlık indirimi de belirlenmiştir .Bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde herhangi bir ihbar ya da tazminat ödemesi yapılmaması durumunda, sonraki sigorta sözleşmesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamağa göre belirlenir. Eğer bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde tazminat ödenmişse, sonraki sözleşme süresi içinde tazminat ödeme sayısı kadar aşağı basamak tarife uygulanır. Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için azami zamlı prim % 50, üç ya da daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda azami indirim % 20'dir. Sigorta süresinin bir yıldan kısa olduğu sigorta sözleşmelerinde prim indirimi uygulanmaz.

Düzenlenen poliçelerde prim hesaplanmasında ödenen hasar dikkate alınır. Ancak, muallak hasarların prim basamak hesabında dikkate alınması halinde, bu şekilde tespit edilen prim ve prim basamağı ilgili muallak verisinin nihai durumuna göre ilgili sigorta şirketince kendiliğinden düzeltilecektir. Bu çerçevede kişi lehine doğan prim farkı nihai durumun belli olmasından itibaren 3 iş günü içinde sigorta ettirene iade edilecektir.

İlgili mevzuata göre izinli sayılması nedeniyle mesleklerini ifa edemeyen tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların yeniden mesleki faaliyete başlamaları durumunda izinli sayıldıkları anda mevcut poliçelerindeki basamak esas alınır.

Kamu sağlık kurum ve kuruluşunda görev yapan sigortalının özel sağlık kurum ve kuruluşunda ve/veya mesleğini serbest olarak icra etmesi halinde bu husus poliçe başlangıcında biliniyor ise poliçe kişinin tüm mesleki faaliyetini kapsayacak şekilde düzenlenir. Bu durumda poliçe primi Tarife ve Talimat ile belirlenen prime %35'ten fazla olmamak üzere eklenen tutara göre belirlenir.

Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sigortalının poliçe yürürlükteyken ilgili mevzuata göre özel sağlık kurum ve kuruluşunda ve/veya mesleğini serbest olarak icra etmesi halinde tüm meslek faaliyetini içerecek şekilde tek zeyilname düzenlenir. Bu durumda nihai poliçe primi, bu Tarife ve Talimat ile belirlenen prime %35 tutarında kalan gün esasına göre ilave edilmek suretiyle belirlenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışan sigortalılar ile mesleğini serbest icra eden sigortalıların, anılan faaliyetleri beraber yürütmesi veya anılan faaliyetlerin birden fazla özel sağlık kuruluşunda yürütülmesi halinde de poliçe kişinin tüm mesleki faaliyetini kapsayacak şekilde düzenlenir. Bu durumda poliçe primi Tarife ve Talimat ile belirlenen prime %35'ten fazla olmamak üzere eklenen tutara göre belirlenir.

V- TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASININ KAPSAMI

1-Sigortanın Konusu

Sigorta sözleşmelerinde, sigorta konusu menfaatin ne olduğu ve hangi rizikolara karşı teminat altına alındığı gösterilmelidir[18].

1219 sayılı Kanunun Ek 12 nci maddesi çerçevesinde, serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların poliçe kapsamındaki mesleki faaliyeti ifa ederken, sözleşme tarihinden önceki on yıllık dönemdeki veya sözleşme süresi içinde mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlara bağlı olarak sözleşme süresi içinde kendisine yapılan tazminat taleplerine, bu taleple bağlantılı yargılama giderleri ile hükmolunacak faize ve sigortalı aleyhine ileri sürülen tazminat talebine ilişkin makul giderlere karşı poliçede belirlenen limitler dahilinde teminat sağlar.

23.05.2020, Cumartesi Tarih'li Resmi Gazete'de; "Tıbbi Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ'de Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ" yayınlanmıştır. Kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşların bağlı, ilgili veya ilişkili birimlerinde pandemi sebebiyle yapılan görevlendirmeler kapsamındaki tüm iş ve işlemler III. Risk Grubu kapsamında değerlendirileceği düzenlenmiştir.

Sorumluluk sigortası sözleşmenin yapıldığı tarihten geriye doğru on yıllık geçmişe etkili bir koruma sağlamaktadır. On yıllık dönemin başlangıcı 30 Temmuz 2009'u geçemeyecektir. Sigorta sözleşmesinden ön-

18 Çeker, Mustafa: Yargıtay Kararları Işığında Sigorta Hukuku, Adana 2004,s.53.

ceki on yıllık dönemde, sigortalının mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlara bağlı talepler, sigorta sözleşmesi süresi içinde yapılmak kaydıyla sigorta teminatı kapsamındadır. Bir aydan fazla sigortasız kalınan dönemlerde meydana gelen olaylara bağlı olarak sigortalı dönemde yapılan ihbarlar içinse sigorta koruması yoktur. Sigortalı hekimin mesleki faaliyetine son vermesi halinde son sigorta sözleşmesindeki mesleki faaliyetinden dolayı sözleşmenin bitiş tarihinden iki yıl sonrasına kadar ortaya çıkabilecek talepler de teminat dâhiline alınmıştır.

Örneğin,

01.01.2009

30.07.2009 01.01.2018 01.01.2019 ⇔ 01.01.2020
sigorta süresi

Sigorta sözleşmesinin 01.01.2019 tarihinde yapıldığı ve 01.01.2020'de sona erdiğini farz edelim . 01.01.2018 tarihinde yapılan bir tıbbi müdahaledeki zarara bağlı talepler sigorta sözleşmesi içinde (01.01.2019-01.01.2020) yapılması halinde sigorta teminatı kapsamında olacaktır. Ancak olay tarihi 01.01.2009 ise talep sözleşme süresi içinde bulunsa bile sigorta sözleşmesi koruma sağlamayacaktır.

Sigorta sözleşmesi sigortalının tüm mesleki faaliyetini kapsar. Poliçede mesleki faaliyetin yerinin belirtilmemesi veya eksik belirtilmiş olması poliçe kapsamını etkilemez. Örneğin, hekimin muayenesinde gelen hasta , binadan dışarı çıkarken merdivenlerden düşerek zarar görürse buna ilişkin talepler sigorta kapsamı dışındadır.

Kamu sağlık kurum ve kuruluşları 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa ekli cetveller kapsamındaki idare, kurum ve kuruluşlar nezdindeki sağlık kuruluşlarını kapsar. Kamu sağlık kurum ve kuruluşları için tümünü kapsayacak tek poliçe düzenlenir. Bu kuruluşlar bünyesinde görevli sigortalının naklen atama, geçici görevlendirme ve sair sebeplerle anılan kuruluşlar içinde mesleğini yürütmesi halinde ilave sözleşme düzenlenmez veya prim talep edilmez.

Kamu sağlık kurum ve kuruluşunda çalışan sigortalının kendi görev yeri ve branşı dışında da olsa ilgili mevzuat çerçevesinde görevlendirildiği yer ve branşlardaki faaliyetlerini de ilave sözleşme düzenlenmeksizin veya prim tahsil edilmeksizin kapsar. Kamuda çalışan hekimlerin en büyük sorunu genel şartlardaki bu hükümle hekim lehine düzenlenmiştir.

Sigorta , sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ifa ettiği mesleki faaliyetleri için geçerlidir. Yurt dışında yapılan mesleki faaliyet teminat kapsamında değildir. Ancak Türk Silahlı Kuvvetlerinin kadrosunda görev yapan sigortalının yurt dışındaki mesleki faaliyetleri teminat kapsamındadır.

Sağlık Bakanlığı'nın Covid 19 pandemesine karşı alınan önlemler kapsamında ; *salgın sürecinde tüm hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının ve diğer kurum çalışanlarının branşı ve çalıştığı birim fark etmeksizin, ilgili hastaların görüldüğü birimlere gerekli desteğin sağlanması konusunda kurum yöneticilerinin uygun planlamaları yapması gerektiği* belirtilmiştir. Yine 21.3.2020 tarihinde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle de öğrencilerin hekimlik görevini yürütmek üzere farklı kurumlarda görevlendirilebileceği düzenlenmiştir. Bu kapsamda kamu-özel sağlık kuruluşu ya da serbest çalışan statüsü, uzmanlık dalı ayrımı olmaksızın bütün hekimlerin COVİD-19 hastalarının tanı ve tedavi süreçlerinde görevlendirilme durumu ortaya çıkmıştır.

Tebliğin Genel Şartlar Bölümünün A.1 maddesinde kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli sigortalıların ***kendi görev yeri ve branşı dışında bile olsa naklen atama, geçici görevlendirme ve sair sebeplerle anılan kuruluşlar içinde mesleğini yürütmesi halinde*** de faaliyetlerinin sigorta kapsamında olacağı, bu hallerde ayrıca sözleşme yapılmayacağı ve ayrıca prim tahsil edilmeyeceği ifade edilmiştir. Ayrıca Tebliğin "Teminat Dışında Kalan Haller başlığı altında" A.3/b maddesinde, hekimin hukuk veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyetleri ile insani görevin yerine getirilmesinden kaynaklanan faaliyetlerinin sigorta kapsamında olduğu belirlenmiştir.Bu sebeple hekimlerin Covid-19 kapsamındaki mesleki faaliyetleri de sigorta kapsamında koruma altındadır.

2-**Sigorta Teminatı**

Sigorta, mevcut bir malvarlığı durumunu veya bir şahsı, sigorta edilen rizikonun gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkacak aleyhte değişiklik hali için himaye etmektedir. Türk Ticaret Kanunu md.1409'da, sigortacı sözleşmede öngörülen rizikonun gerçekleşmesinden doğan zarardan ve bedelden sorumlu olduğu kabul edilmiştir. Dolayısıyla sigortacı, sigorta sözleşmesinde yazılı hasarlardan sorumlu olacaktır.

Sigorta, sözleşme süresi içinde kendisine yapılan tazminat taleplerine, bu taleple bağlantılı yargılama giderleri ile hükmolunacak faize ve sigortalı aleyhine ileri sürülen tazminat talebine ilişkin makul giderlere

karşı poliçede belirlenen limitler dahilinde teminat sağlar. Sözleşmede öngörülen rizikolardan herhangi birinin veya bazılarının sigorta teminatı dışında kaldığını ispat yükü sigortacıya aittir.

Mahkeme tarafından sigortalı aleyhine hükmedilecek yargılama giderleri ve sigortalı aleyhine tazminata bağlı olarak hükmedilen faiz de sigorta teminatı kapsamında sigortacı tarafından karşılanacaktır. Mahkeme kararının yerine getirilmesine kadar işleyecek faiz de kanaatimce sigortacı tarafından karşılanmalıdır.

Her bir olay için uygulanacak azami teminat limiti tutarları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Risk Grubu	Azami Teminat Tutarı (TL)
I. Grup	200.000
II. Grup	400.000
III. Grup	600.000
IV. Grup	800.000

Her durumda sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarı 1.800.000 TL'yi aşamaz.Teminat tutarı maddi, manevi tazminat ve yargılama giderleri için geçerlidir.

3-Sigorta Teminatı Dışında Kalan Haller

Rizikoda olduğu gibi sigorta edilen ilişki bakımından da bazı muafiyetler mevcuttur.Sigorta, sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ifa ettiği mesleki faaliyetlerini koruma altına almaktadır.

Aşağıdaki hâller teminat kapsamı dışındadır:

a) Sigortalının, poliçe kapsamında yer alan ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri.

b) İnsani görevin yerine getirilmesi hariç, sigortalının, poliçe kapsamındaki kuruluşların sorumluluk alanı dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri.

c) İdarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar.

ç) İlgili mevzuatla belirlenen çerçevede tıbbi mesleki faaliyet gereği yapılanlar hariç her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri. Sigorta teminatı dışında tutulmuştur.

VI-TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASININ TARAFLARIN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

1-Rizikoya İlişkin Olarak Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Yükümlülükleri

Sigorta ettirenin, sigorta sözleşmesi ile sağlanan sigorta himayesinden yararlanabilmesi için bazı yükümlülükleri yerine getirmesi gerekmektedir. Sigorta ettiren veya sigortalı bu yükümlülüklerini yerine getirmez ise sigorta himayesinden yararlanma hakkını kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalabilecektir.

1.a- Rizikoyu Bildirme Yükümlülüğü

Sigorta sözleşmenin önemli bir unsuru olan riziko, genel tabir ile tehlike zarar verici özellikleri olan olayların gerçekleşmesi ihtimali olarak tanımlanmaktadır[19]. Rizikonun gerçekleştiği anın, tazminat ödenmesine kadar geçen zaman aralığı içerisindeki yerinin belirlenmesi, sigorta himayesinin zaman yönünden sınırının tespiti ve sigortacının garanti yükümünün kapsamının belli olması açısından önem arz eder[20].

Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortası genel şartlar B.1'de, sigorta sözleşmesinin konusuna ilişkin olarak sigortalının kendisine tazminat talebinde bulunulduğunu öğrendiği ya da zarar görenin doğrudan doğruya sigortacıya başvurduğu anda riziko gerçekleşmiş sayılır.

Sigortalı veya sigorta ettiren haberdar olduğu andan itibaren rizikonun gerçekleştiğini sigortacıya derhal bildirmekle yükümlüdür. Rizikonun gerçekleşmesi sigortalı hekimin veya sigorta ettirenin bildirim yükümlülüğünü başlattığından, öğrenmenin yapılan bir tebligatla ya da hukuki takibe bağlı kılınmaması uygulamada belirsizliklere neden olabilecektir. Bildirimin yapılmaması veya geç yapılması sigortacı tarafından ödenecek tutarın artmasına sebep olmuşsa, kusurun ağırlığına göre indirim uygulanacaktır. Sigortalı hekim bildirime müteakip tazminat talebine ve cezai kovuşturmaya ilişkin olarak aldığı ihbarname, davetiye ve benzeri tüm belgeleri gecikmeksizin sigortacıya da vermelidir.

---

19 **Ulaş** ,Işıl: Uygulamalı Sigorta Hukuku Mal ve Sorumluluk Sigortaları, Ankara 2005,4.Bası, s. 32.

20 Şenocak ,Kemal: Mesleki Sorumluluk Sigortası,1.Bası, s.78.

1.b-Zararı Önlemeye veya Azaltmaya Yönelik Önlemleri Alma Yükümlülüğü
Sigortalı ve sigorta ettiren sigorta sözleşmesi yokmuş gibi gerekli her türlü önlemi almak ve bu amaçla sigortacı tarafından verilecek mesleki faaliyet dışındaki sigortacılıkla ilgili makul talimatlara uymakla yükümlüdür. Sigorta ettiren mümkün olan ve kendisinden beklenebilecek tedbirleri almakla yükümlüdür.

Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun ortaya çıkmasına engel olmak gibi bir imkâna sahipse ve buna rağmen sonucun ortaya çıkmasına engel olmak için bir çaba içerisinde değilse ya da bu çabayı göstermemesinin nedeni içinde bulunduğu ekonomik koşullar, yeterli zaman gibi faktörlerse bu durumda ihmali söz konusudur[21].

1.c- Bilgi Verme Yükümlülüğü
Sigorta ettiren/sigortalı, sigortacının talebi üzerine, olayın ve zararın nedeni, hangi hal ve şartlar altında gerçekleştiğini ve sonuçlarının tespitine; tazminat yükümlülüğü ve miktarı ile rücu hakkının kullanılmasına yarayacak, elde edilmesi mümkün bilgi ve belgeleri makul sürede vermekle yükümlüdür. Bilgi verme yükümlülüğü, somut olayın aydınlatılmasına ilişkin her şeyi kapsar[22]. Zararı doğuran olayın münferit unsurlarını sigortacıya bildirmek ve kendisine yönelik soruları cevaplamakla yükümlüdür.

Ayrıca sigorta konusu ile ilgili başka sigorta sözleşmesi varsa bunları sigortacıya bildirmekle yükümlüdür.

2-Rizikoya İlişkin Olarak Sigortacının Hak, Borç ve Yükümlülükleri
Sorumluluk sigortasında ve dolayısıyla mesleki sorumluluk sigortasında, sigorta ettiren ve sigortalı, sigortacı karşısında üçüncü kişinin ileri sürdüğü haklı ve haksız tazminat taleplerinden kurtulmaya yönelik birleşik bir talep hakkına sahiptir[23]. Sigorta ettiren üçüncü kişinin ileri sürdüğü tazminat talebinden kurtarılmaya yönelik talebini sigortacıya iletir. Burada sigorta ettirenin talebinin kurtarılma talebi olduğu doktrinde kabul edilmektedir[24]. Sigortacının üçüncü kişilerin tazminat taleplerinin kabulü ya da bertaraf edilmesi yönünde hareket edip etmeyeceği, sigortacının takdirindedir.

---

21 **Mahmutoğulları**, a. g.e,s.103

22 **Gülaslan Aksoy,** Pınar: Sağlık Çalışanı –Hasta İlişkisinde Güncel Konular ,"Mesleki Malı Sorumluluk Sigortası",s.105,

23 Şenocak, a. g. e,s.142.

24 Şenocak, a. g. e,s.142.

Sigortacı, zararı önleme, azaltma, artmasına engel olma ve rücu haklarının korunmasına yönelik sigortalının yaptığı makul giderleri, bunlar faydasız kalmış olsalar bile, sigorta tazminatından ayrı olarak tazmin eder.

Sigortacı, sigorta ettirenin istemi üzerine giderlerin karşılanması amacıyla gerekli tutarı avans olarak ödemek zorundadır.Sigortacı, sigortalının talebi üzerine, tazminat talebine ilişkin giderler için avans vermek zorundadır.

Sigortacı, zararı önleme, azaltma, artmasına engel olma ve rücu haklarının korunmasına yönelik sigortalının yaptığı makul giderleri, bunlar faydasız kalmış olsalar bile, sigorta tazminatından ayrı olarak tazmin eder. Sigorta ettirenin istemi üzerine giderlerin karşılanması ve amacıyla gerekli tutarı avans olarak ödemelidir. Burada giderler ve ödenecek avans ile ilgili herhangi bir sınırlamaya yer verilmemiş ise de giderler sigorta bedeline dâhildir. Zarar görene tazminat olarak ödenmesi gereken tutar ile makul giderler toplamı olay başına uygulanacak limiti aşsa dahi, sigortacı bu toplamı ödemekle yükümlü olacaktır[25].

VII- TIBBİ KÖTÜ UYGULAMAYA İLİŞKİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASINDA TAZMİNATIN ÖDENMESİ

Tıbbı kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortasında, hekimin mesleki faaliyeti sebebiyle zarar gören üçüncü kişilerin tazminat talepleri, bu taleplerle bağlı yargılama giderleri ve hükmolunacak faiz, tazminata talebine ilişkin makul giderler, sigorta bedeli sınırları içinde sigorta tazminatı olarak sigortacı tarafından sigorta sözleşmesine uygun olarak ödenir.

Sigorta tazminatı, rizikonun gerçekleşmesi müteakip ve rizikoyla ilgili belgelerin sigortacıya verilmesinden sonra sigorta edimine ilişkin araştırmalar bitince ve her halde rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirimin yapılmasından kırkbeş gün sonra muaccel olur. Sigorta poliçesi ekinde hangi bilgi ve belgelerin isteneceği açık olarak ifade edilecektir. Ancak özellikli durumlarda sigortacı tarafından başkaca bilgi ve belge de istenebilir.

Araştırmalar, rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirimin yapılmasından ya da zarar görenin doğrudan sigortacıya başvurmasından başlayarak üç ay içinde tamamlanamamışsa; sigortacı, tazminattan mahsup

25 Ünan,a.g.e,s.36.

edilmek üzere, tarafların mutabakatı veya anlaşmazlık halinde mahkemece yaptırılacak ön ekspertiz sonucuna göre süratle tespit edilecek hasar miktarının en az yüzde ellisini avans olarak öder. Sigortacıyı temerrüt faizinden kurtaracak sözleşme hükümleri geçersizdir.

Hekim mesleki sorumluk sigortasında sigortalının, sigortacının onayını almadan yaptığı sulh sözleşmesine sigorta şirketi tarafından on beş gün içinde onay verilmemişse sigortacıya karşı geçersizdir. Sigortacı haklı olmayan sebeplerle sulhe onay vermekten kaçınamaz.

Sigortacı sigorta sözleşmesi kapsamında ödediği tazminat tutarınca hukuken sigortalı yerine geçer. Sigorta ettiren kimsenin vaki zarardan dolayı üçüncü şahıslara karşı dava hakkı varsa bu hak tazmin ettiği bedel nispetinde sigortacıya geçer. Bu durum gereğince de sigortalı tarafından açılabilecek rücu davalarını da ikame etme hak ve yetkisine sahip olacaktır.

VIII- TEBLİĞ VE İHBARLAR

Sigortalının ve sigorta ettirenin bildirimleri, sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesi yapan ya da yapılmasına aracılık eden acenteye yapılır.

Sigortacının bildirimleri de sigortalıya karşı yapılacaksa sigortalının, sigorta ettirene karşı yapılacaksa sigorta ettirenin son bildirilen adresine noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapılır.

Taraflara imza karşılığı elden verilen mektup veya telgrafla yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

Güvenli elektronik imza kullanılarak elektronik ortamda yapılan ve sigortacıya, sigortalıya ve sigorta ettirene ulaştığı kanıtlanabilen bildirimler de geçerli sayılır.

SONUÇ

Hekim mesleki sorumluluk sigortası bir yandan hukukun konusu teşkil ederek bir yandan da aslında bir sağlık politikasıdır. Sağlık hizmetlerinin yönetimini ve toplumun sağlık düzeyini etkilemektedir. Tıbbi kötü uygulama kavramı üzerine kurulu bir sigorta olduğundan sağlık sistemi, hekimlerin çalışma şartları, kamu sağlık kuruluşlarının çalışma şekilleri göz ardı edilmiştir. Sağlık sistemindeki teknik aksaklıklar, personel yetersizliği gibi ciddi sıkıntılar dikkate alınmalıdır.

Sigorta Hasar Takip ve Gözetim Merkezinin 2012 yılı istatistiklerine, hekim mesleki sorumluluk sigortası poliçe adedi 131.938 toplanan prim tutarı ise 51.71.057 TL'dir. Hasar dosya adedi 725,toplam muallâk tutarıysa 59.102.002 TL, ödenen tazminat tutarı ise 3.182 TL 'dir[26]. 01.01.2013-31.12.2013 tarihleri arasındaki toplam poliçe tutarı ise 131.413 'tür[27]. Toplanan prim tutarı büyüklüğü ayrı tartışma konusudur.

Hekimler, dava riskleri sebebiyle daha çekingen ve savunmaya dayalı tıp uygulamalarında bulunabilirler. Bu da tanı giderlerini artırmasına ve sağlık harcamaların çoğalmasına neden olabilir. Bu sebeple, sağlık sektörünün bir bütün olarak ele alınması ve genel şartlarda bu mantıkla düzenlemelerin yapılmasının gerektiği kanaatindeyiz. Aksi halde sadece sektörler arası para trafiği ve ulusal kaynaktan uluslararası ortama kaynak aktarma sonucunu doğuracaktır.

EK 1

RİSK GRUPLARI TABLOSU

B-		**RİSK GRUBU**			
Kod	**Uzmanlık Dalları**	**1. Grup**	**2. Grup**	**3. Grup**	**4. Grup**
1	Acil Tıp (İlk ve acil yardım)				x
2	Adli Tıp	x			
3	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi			x	
4	Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi				x
5	Aile Hekimliği		x		
6	Algoloji			x	
7	Anatomi	x			
8	Anesteziyoloji ve Reanimasyon				x

26 www.hatmer.org.tr.- e.t: 05.03.2013.

27 www.hatmer.org.tr.- e.t: 23.11.2014.

9	Askeri Psikiyatri		x		
10	Askeri Sağlık Hizmetleri (Askeri Sahra Hekimliği) (Askeri sahra sağlık hizmetleri hekimliği)	x			
11	Beyin ve Sinir Cerrahisi (Nöroşirurji)				x
12	Cerrahi Onkoloji (Onkolojik cerrahi)				x
13	Çevre Sağlığı	x			
14	Çocuk Acil				x
15	Çocuk Cerrahisi			x	
16	Çocuk Endokrinolojisi (Çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları)		x		
17	Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları			x	
18	Çocuk Gastroenterolojisi (Çocuk Gastro. Hepatoloji ve Beslenme)			x	
19	Çocuk Genetik Hastalıkları		x		
20	Çocuk Göğüs Hastalıkları			x	
21	Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi (Çocuk Hematolojisi) (Çocuk Onkolojisi)			x	
22	Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları (ÇocukİmmünolojisiI) (Çocuk Alerjisi) (Çocuk allerjisi)		x		
23	Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi				x
24	Çocuk Kardiyolojisi			x	

25	Çocuk Metabolizma Hastalıkları (Çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları)		x		
26	Çocuk Nefrolojisi			x	
27	Çocuk Nörolojisi			x	
28	Çocuk Radyolojisi		x		
29	Çocuk Romatolojisi		x		
30	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları			x	
31	Çocuk Ürolojisi			x	
32	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Psikiyatrisi) (Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları)			x	
33	Çocuk Yoğun Bakımı				x
34	Deri ve Zührevi Hastalıkları (Dermatoloji)		x		
35	El Cerrahisi				x
36	Endodonti			x	
37	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları		x		
38	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji (Enfeksiyon Hastalıkları) (Bakteriyoloji ve infeksiyon hastalıkları)			x	
39	Epidemiyoloji	x			
40	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (Fizik tedavi ve rehabilitasyon)		x		
41	Fizyoloji	x			
42	Gastroenteroloji			x	
43	Gastroenteroloji Cerrahisi				x
44	Genel Cerrahi (Genel şirürji)				x

45	Geriatri (Geriyatri)		x		
46	Göğüs Cerrahisi (Göğüs kalp ve damar şirürjisi)				x
47	Göğüs Hastalıkları (Göğüs hastalıkları ve tüberküloz)			x	
48	Göz Hastalıkları			x	
49	Halk Sağlığı	x			
50	Harp Cerrahisi			x	
51	Hava ve Uzay Hekimliği (Hava hekimliği)		x		
52	Hematoloji			x	
53	Histoloji ve Embriyoloji (Embriyoloji ve histoloji) (Tıbbi histoloji ve embriyoloji) (Histoloji ve ambriyoloji)	x			
54	İç Hastalıkları			x	
55	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları (İmmünoloji) (Alerjik Göğüs Hastalıkları) (Alerji Hastalıkları) (Allerjik hastalıklar)		x		
56	İş ve Meslek Hastalıkları (İşçi sağlığı ve iş güvenliği)		x		
57	Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi				x
58	Kadın Hastalıkları ve Doğum				x
59	Kalp ve Damar Cerrahisi (Göğüs kalp ve damar şirürjisi)				x
60	Kardiyoloji			x	
61	Klinik Nörofizyoloji		x		
62	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları			x	
63	Nefroloji			x	

64	Neonatoloji				x
65	Nöroloji			x	
66	Nükleer Tıp		x		
67	Ortodonti			x	
68	Ortopedi ve Travmatoloji				x
69	**(Değişik:RG-19/7/2011-27999)** (1) Çocuk Diş Hekimliği		x		
70	Periferik Damar Cerrahisi				x
71	Perinatoloji				x
72	Periodontoloji		x		
73	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi				x
74	Protetik Diş Tedavisi			x	
75	Radyasyon Onkolojisi		x		
76	Radyoloji (Radyodiyagnostik)			x	
77	Romatoloji (Rumatoloji)		x		
78	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (Psikiyatri)			x	
79	**(Değişik:RG-19/7/2011-27999)** (1) Sitopatoloji (Sitoloji)	x			
80	Spor Hekimliği		x		
81	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp (Deniz ve sualtı hekimliği) (Deniz hekimliği)		x		
82	Temel İmmünoloji (İmmünoloji)	x			
83	Tıbbi Biyokimya (Biyokimya ve klinik biyokimya)	x			

84	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji (Hidroklimatoloji)	x			
85	Tıbbi Farmakoloji	x			
86	Tıbbi Genetik		x		
87	Tıbbi Mikoloji (Mikoloji)	x			
88	Tıbbi Mikrobiyoloji (Mikrobiyoloji ve klinik mikrobiyoloji) (Mikrobiyoloji)	x			
89	Tıbbi Onkoloji			x	
90	**(Değişik:RG-19/7/2011-27999)** (1) Tıbbi Parazitoloji (Parazitoloji)	x			
91	Tıbbi Patoloji (Patoloji)	x			
92	Tıbbi Viroloji (Viroloji)	x			
93	Üroloji			x	
94	Yoğun Bakım				x
95	Diş Tabibi		x		
96	**(Ek:RG-19/7/2011-27999)** (1) Restoratif Diş Tedavisi			x	
97	**(Ek:RG-19/7/2011-27999)** (1) Ağız Diş ve Çene Radyolojisi		x		
98	**(Ek:RG-19/7/2011-27999)** (1) Gelişimsel Pediatri		x		

* Uzmanlık öğrencileri (asistanlar) devam ettikleri uzmanlık eğitimleri süresince, eğitimlerini bitirdiklerinde elde edecekleri uzmanlık dalı unvanına göre risk grubuna dahil edileceklerdir. Örneğin Acil Tıp uzmanlık öğrencisi, uzmanlık eğitimine başladığı andan itibaren "risk grubu 4" olarak değerlendirilecektir.

(Ek:RG-26/7/2014-29072) (Değişik:RG-23/5/2015-29364) ** İlgili mevzuat uyarınca, il ve ilçe sağlık müdürlüğü, 112 acil sağlık hizmetleri başhekimliği ve bağlı istasyonları, halk sağlığı müdürlüğü, toplum sağlığı merkezleri ve kamu hastaneleri genel sekreterliklerinde görev yapan hekimler dahil olmak üzere acil sağlık hizmeti sunmak üzere hastanelerde görevlendirilenlerin (uzmanlık dalı acil tıp olanlar hariç) poliçeleri yukarıdaki tabloda düzenlenen kendi risk gruplarına göre tanzim edilir.

(Ek:RG-23/5/2015-29364) *** Birinci risk grubunda yer alan ve kurum hekimi veya işyeri hekimi olarak hizmet verenlerin poliçeleri 2. risk grubu üzerinden düzenlenir, diğer risk gruplarına dahil olanların poliçeleri yukarıdaki tabloda düzenlenen kendi risk gruplarına göre tanzim edilir.

KAYNAKLAR

1. Battal YILMAZ, Hekimin Hukuki Sorumluluğu ,Adalet Y.,2.Bası , Ankara 2010,
2. Çetin AŞÇIOĞLU, Tıbbi Yardım ve Elatmalardan Doğan Sorumluluklar, Ankara 1993,
3. Cemal ÖZTÜRKLER, Hukuk uygulamasında Tıbbı Sorumluluk Teşhis,Tedavi ve Tıbbı Müdahaleden Doğan Tazminat DavalarI.
4. Haluk TANDOĞAN, Türk Mesuliyet Hukuku, Ankara 1961.
5. Kemal ŞENOCAK, Mesleki Sorumluluk Sigortası, Ankara 2000,1.Bası
6. Kemal ŞENOCAK, Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayı, 1-3 Kasım 2007- Ankara.
7. Mehmet AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara 1991.
8. Mustafa ÇEKER, Yargıtay Kararları Işığında Sigorta Hukuku, Adana 2004
9. Pınar AKSOY GÜLASLAN, Sağlık Çalışanı –Hasta İlişkisinde Güncel Konular, "Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası ",Kardelen Yayınları, Konya 2012.
10. Rayegan KENDER, Türkiye'de Hususi Sigorta Hukuku I,Beta Yayınları, İstanbul 2001.
11. Samim ÜNAN, Zorunlu Hekim Sorumluğu Sigortası Genel Şartlar Şerhi, Sigorta Hukuku Türk Derneği, İstanbul 2012
12. Işıl ULAŞ, Uygulamalı Sigorta Hukuku Mal ve Sorumluluk Sigortaları, Ankara 2005,4.Bası. www.hatmer.org.tr

Dr. Fatih Aydın

Bölüm 3

HASTANIN BİLGİLENDİRMESİ VE DOSYA KAYITLARI İLE İLGİLİ DAVALAR

Kardiyoloji Pratiği Açısından Örnek Davaların İncelenmesi

Kardiyoloji ile ilgili adli vakalar incelediğinde mahkemeye aksetmiş hadiselerin büyük bir kısmı doğrudan ya da dolaylı olarak doğru aydınlatılmış onam verilmemesinden ya da hasta dosyalarının eksik ve hatalı doldurulmasından kaynaklandığını görmekteyiz. Hekim tanıyı doğru koymuş ve doğru tedavi seçeneklerini uygulamış olsa bile bunu dosyaya yazmamış olması ya da oluşabilecek komplikasyonları hasta ve hasta yakınlarına anlatmamış olması nedeniyle tedavi, kötü tıbbi uygulama olarak algılanmıştır. Bunun sonucunda gereksiz açılan davalar hekim için strese, maddi ve manevi kayıplara yol açmıştır. Maalesef Türkiye'de hekimlerin uzun mesai saatleri ve bu saatler içinde çok fazla sayıda hasta bakmak zorunda olmaları nedeniyle dosyaların özensiz doldurulmasına, hasta ile iletişime geçilmemesine ve aydınlatılmış onamların çoğu kez sadece dosya üzerinden imza alınması şeklinde olmasına neden olmaktadır. Oysa aydınlatılmış onam bilgilendirme formlarına atılmış imzayla sınırlı anlık bir olay değil bir iletişim sürecidir ve kendine özgü öğeleri vardır. Bu bölümde örnek davalar üzerinden kardiyoloji uzmanlık alanında aydınlatılmış onam tartışılacaktır.

İyi hekimlik uygulaması önkoşullarından biri olan aydınlatılmış onam, tıp etiğinin de özerklik ilkesine dayanmaktadır. Özerklik ilkesi kişinin hiçbir baskı altında kalmadan kendisi ile ilgili kararları verebilme hakkıdır. Aydınlatılmış onam ile hasta hastalığı hakkında, kendisine uygulanacak tedavi yöntemleri ve seçenekleri, tedavi sırasında oluşabi-

lecek riskler, istenmeyen durumlar, tedavinin beklenen sonuçları hakkında bilgi sahibi olması beklenir. Bu beklentinin karşılanabilmesi için hastaya aydınlatılmış onamı uygulayacak hekimin bunu hastanın anlayabileceği bir dille anlatması gerekir. Hastanın da bunu anlayabilecek yeterlilikte olması ve bu konuda gönüllü olması şartı aranır. Tüm bunların sonucunda hastanın tedaviyi kabul etme ya da ret etme hakkı vardır.

Aydınlatılmış onam yasal düzenlemelerle uygulamaya koyulmuştur. Bu düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

1. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanunu (1928) (Madde 70- Değişik: 5728 s. K. - 8.2.2008-26781)
2. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki (1998) Madde 15; "Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı"na yönelik olarak hastanın uygulanacak tıbbi işlem ve müdahale yöntemleri, hastalığın seyri ve sonuçları hakkındaki sözlü ve yazılı bilgi isteme hakkını; kendisinin buna yeterliği yoksa bir başkasını yetkilendirmeyi tanımlamaktadır.

Madde 18: Bilgi Vermenin Usulü; Madde 22; Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama, Madde 24; Hastanın Rızası ve İzni, Madde 25; hastanın Tedaviyi Reddetme ve Durdurması, Madde 26; Küçüğün veya Mahcurun (kısıtlının) Tıbbi Müdahaleye katılımı ve Madde 31; Rızanın Kapsamı ile ilgilidir.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları,

Madde 26: Aydınlatılmış onam:

"Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.

Yapılacak aydınlatma hastanın toplumsal ve ruhsal durumuna uygun olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilecek biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alı-

nır. Hekim, temsilcinin onay ya da ret kararının kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir".

Gerek örnek davaları incelediğimizde gerekse de günlük pratiğimizde aydınlatışmış onam ile ilgili en büyük sorunun iletişim yetersizliğinden ya da yanlışlığından kaynaklandığını görmekteyiz. Bu iletişim hataları hem ülkemizde hem de dünyada hasta ve hasta yakınları tarafından hekime açılan davaların en önemli nedenidir. Davalar okunduğunda karşımıza çıkan diğer bir sorunun ise başta aydınlatılmış onam formu olmak üzere hasta ile ilgili kayıtların doğru ve yeterli bir şekilde kayıt altına alınmamasından kaynaklandığı görülecektir. Türkiye'deki bir cerrahi klinikte yapılan araştırmada hastaların yarısından aydınlatışmış onam için imza dahi alınmadığı görülmüştür. Aydınlatışmış onam üzerine mesai harcanması gereken bir süreçtir çünkü yaptığınız tıbbi müdahale doğru bile olsa ve bunu en iyi şekilde tatbik etseniz bile kötü yapılmış ya da hiç yapılmamış bir aydınlatılmış onam nedeniyle hasta ya da hasta yakını tedavinin olağan bir komplikasyonu kusur olarak algılayacak ve dava açacaktır. Hekim bunun bir komplikasyon olduğunu ispatlasa dahi hastaya daha önce bu mevzu anlatmamış olmasından kaynaklanan bir güven sorunu oluşacak ve bu belki de üstelik haklı olarak yeni bir dava konusu olacaktır. Çünkü hasta olması kabul görmüş bir komplikasyon sonucunda zarar görmüşse bile böyle bir riskin olduğunu bilseydim bu işlemi yapmazdım, tedaviden çekilme hakkım eksik bilgilendirme sonucu elimden alınmıştır diyebilecektir.

Hastadan onam alırken hastanın yeterliliği değerlendirilmeli ve sizi doğru anladığını kendi el yazsıyla ve bir şahidin de imzası alınarak kayıt altına alınmalıdır. Onam süresince hastanın yararına dahi olsa hastaya yanlış bilgi verilmemeli, hasta baskı altında tutulmamalı ve hasta yönlendirilmemelidir. Aydınlatılmış onamın asıl amacı bir sözleşme imzalamak değil hastaya hastalığı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermek adından da anlaşıldığı üzere hastayı aydınlatmak ve aydınlattıktan sonra onamını almaktır. Aydınlatılmadan alınmış bir onam etik olarak da hu-

kuki olarak da geçerli değildir. İyi bir aydınlatılmış onam iyi bir tedavinin de ilk şartıdır. Çünkü hekim ile hasta arasında güven bu aşamada sağlanır. Zaten aydınlatılmış onamın koruyuculuğu da atılan imzalardan ziyade bu yazılı olmayan güven tasdiknamesine dayanır.

Örnek davaları incelediğimizde, T.C Yargıtay 12. Ceza dairesi E. 2013/25308 K. 2014/25181 T.10.12.2014 (birinci bölüm 11. Dava) sayılı davada davacı taraf koroner anjiyografi öncesi hekimin hastaya koroner anjiyografi işlemi için hiçbir risk olmadığı denildi iddiasındadırlar. Yapılan tıbbı işlemden bağımsız olarak verilen bilginin yanlışlığı nedeniyle dava açılmıştır. Hekim ölüm dâhil birçok komplikasyonları olan böyle bir işlem için hiçbir risk yoktur demişse elbette hastaya yanlış bilgi verdiği için hatalıdır. Fakat hastaya bütün riskler anlatışmışsa bile hekimden, hastanın bu riskleri anladığını ve bu işleme gönüllü olduğunu, bunu kabul ettiğini kayıt altına almış olması beklenir. Böyle bir onam sadece hukuki açıdan hekimi korumakla kalmaz ayrıca hekimle hasta ve hasta yakınları arasında bir güven köprüsü kurarak ölüm gibi kabul edilmesi zor bir komplikasyona bile hasta yakınlarının toleransını artırarak yaşanacak acıyı azaltacaktır.

T.C Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E. 2014/23144 K.2015714595 T.7.5.2015 (ikinci bölüm 3 dava) davada ise coumadin kullanan bir hasta coumadin dozu düzenlenirken INR'si 4.04 olarak ölçülmüş ve bu nedenle coumadin dozu azaltılması gerekirken hasta tarafından ilacın dozunun artırılması şeklinde anlaşılmış ve bu nedenle hasta beyin kanaması geçirip hayatını kaybetmiştir. Bu davada iki önemli nokta vardır: Birincisi, doktor hastanın tedavisi ile ilgili yeterli bilgi vermişse bile hastanın bunu anlayıp anlamadığı sorgulanmamıştır. Doktor bunu yapmışsa bile, yani aydınlatılmış onamın bütün basamakları uygulanmış olsa dahi bu hastanın dosyasında kayıt altına alınmadığı için doktor zor durumda kalmıştır. Bu davadan anlaşılan diğer önemli bir nokta ise aydınlatılmış onamın sadece girişimsel ve cerrahi işlemler için değil verilen medikal tedaviler açısından da önemli olduğudur. Ülkemizde ilaçlar ve diğer medikal uygulamalar hakkında yeterli bilgilendirme broşürleri ve onam belgeleri yoktur. Bu konu ile ilgili hem kardiyoloji uygulamalarında hem de tababetin diğer alanlarında hekimler birtakım sıkıntılarla baş başa kalmaktadır ve bazen olay adliyeye taşınmaktadır. Her ne kadar hastanın aldığı her ilacın içinde ilacın tüm etki ve yan etkilerini, dikkat etmesi gereken konuları anlatan bir prospektüs bulunmaktaysa da ilacın yan etkilerinden kaynaklanacak zararlardan dolayı hasta yeterli bilgi almamışsa bun-

dan hekim sorumlu tutulabilmektedir. Bu konuda özellikle coumadin gibi yan etkisi fazla olan ve kullanımı özellik gösteren ilaçlar hakkında hasta bilgilendirilmeli ve bu konuda bilgilendirildiği kayıt altına alınmalıdır. Bu gibi ilaçlara başlanırken hastanın bu konuda bilgilendirildiğine dair bir ibare hastanın reçetesindeki açıklamalar bölümüne ya da epikrizine yazmakta fayda vardır.

Örnek davalara bakıldığında hekimlerin başına ağrıtacak başka bir meselenin de hastaya yapılan işlemlerin hasta dosyasına zamanında yazılmaması ya da eksik, yanlış veya çelişkili kaydedilmesidir. Dosyalar üzerinde sonradan yapılan değişiklikler hemşire ve hekim kayıtları arasında ya da farklı merkezler arasından bulgu ve kayıtlardaki farklılıklar hekim hakkında şüphe uyandırmış ve dava konusu olmuştur.

T.C Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E.2014/43980 K.2015/36163 T.10.12.2015 (İkinci bölümün ikinci davası) sayılı dava dosyası incelendiğinde penisilin alerjisi nedeniyle %90 kusurlu kalan bir hasta hakkında hekime dava açılmıştır. Hastanın avukatı iki noktaya itiraz etmiştir. Birincisi penisilin için aydınlatılmış onam olmaması ve konuda hastanın olası riskler açısından bilgilendirilmediğidir. İkinci nokta ise davacı taraf, hekim ve hemşirenin kayıtları arasındaki çelişkilere dikkat çekerek doktoru özensizlikle itham etmiştir. Gerek bu davada gerekse de başka bölümlerle ilgili davalarda evraklar arasındaki tutarsızlık, hasta zarar gördükten ya da öldükten sonra hastanın hekimi tarafından dosya üzerinde değişikler yapılması hekimi haklı iken haksız duruma düşürmüş ayrıca resmi evrakta sahtecilik adı altında yeni bir suçlama ile karşı karşıya getirmiş. Herkesin üzerinde kamera taşıdığı, evrakların birçok merkez tarafından kayıt altına alındığı bir yüzyılda yaşıyoruz. Ayrıca kriminal incelemelerde mürekkep farklılıkları, yazının yazıldığı tarihler ve kronolojik sıra anlaşılabilmektedir. Hekimler çoğu kez yoğunluk ve aşırı evrak yükü nedeniyle dosyalara gerekli verileri zamanında yazamamaktadırlar. Bu eksik dosyalar çoğu kez bir komplikasyon geliştikten sonra hatta hasta hakkında bir şikâyet geldikten, dava açıldıktan sonra alelacele ve dikkatsizce doldurulmaktadır. Tabiî olarak sonradan ve hızlıca doldurulmuş bir dosya eksik kalacaktır. Sonradan eksikleri tamamlanmaya gayret edilmiş bir dosya ise henüz hekimin haberi olmadan temin edilmiş ve mahkemede fotokopisi alınmış ilk hali ile karşılaştırılıp hekimi hatalı ve hilekâr duruma düşürecektir.

T.C Yargıtay 23. Ceza Dairesi E.2016/8306 K.2016/8205 T.20.9.2016 (birinci bölümün üçüncü davası) sayılı dava incelediğimizde yapılma-

mış işlemlerin yapılmış gibi gösterildiği ve sahte istirahat raporları ile ilgili bir davanın açıldığını görüyoruz. Bu davadan anlaşılacağı üzere bazen hekimlerin hastanelerini kurtarmak için imzaladıkları raporlar ya da birine yardımcı olmak maksadıyla düzenledikleri usulüne uygun olarak düzenlenmemiş istirahat raporları etik olmadığı gibi adli bir suçtur.

T.C Danıştay 15.daire E.2013/4472 K.2016/2826 T.25.4.2016 (üçüncü bölüm üçüncü davası) sayılı dava incelendiğinde bir hastanın ekokardiyografi raporları arasında hastanelerin farklı şekilde sonuçlar vermesi nedeniyle hekimlerin zor durumda kaldığını görmekteyiz X üniversitesi hastanesindeki ekokardiyografi raporunda ileri mitral yetersizliği, orta aort yetersizliği saptanırken Y hastanesinde normal ekokardiyografik bulgular şeklinde rapor edilmiştir. Ekokardiyografi işlemi yapan kişiye bağlı değişiklikler gösteren bir tetkiktir. Ayrıca hastanın o an ki durumu, pozisyonu, cihaz kalitesi sonucu ciddi manada etkiler. Yine de iki rapor arasında ki bu denli bir farklılık bilirkişinin aklına ekokardiyografiyi yapan hekim işini özensiz mi yaptı sorusunu getirmiştir. Bu davada Z Üniversitesinden de gelen raporlar hastanın ekokardiyografisinin normal olmadığı yönünde olması nedeniyle Y hastanesindeki ekokardiyografi raporu ile ilgili şüpheleri iyice artırmıştır. Bu davadan tutulan kayıtların ve raporların ne kadar önemli olduğu bir kere daha anlaşılmaktadır. Aldığımız notlar ve verdiğimiz raporlar kendi ekibimizle ya da başka bir hastanedeki raporla çatıştığında bize duyulan güven azalacaktır. İşi ne kadar itina göstererek yapmış olduğumuz belgelerle desteklenmiyorsa haklılığımızı ispatlamamız zora düşecektir.

T.C Yargıtay 21. Hukuk Dairesi E.2013/13764 K.2014/25170 T.25.11.2014 (ikinci bölümün beşinci davası) sayılı davada SUT ve kılavuzlar arasındaki uyuşmazlıklardan kaynaklanmaktadır. Hekimin hasta için uygun gördüğü ilaç kaplı stent SGK tarafından karşılanmadığı için hasta stent parasını kendisi ödemiş daha sonra da mahkemeye başvurmuştur. Bazı ilaçlar ve tıbbi malzemeler hasta için tıbben elzem olduğu halde hastanın sosyal güvencesi bunu karşılamadığı için sorunlar yaşanmaktadır. Hekimin bu durumda sorumluluk almaması ve gerçekten bu tedavi gerekli ise hastanın sosyal güvencesi önerilen tedaviyi karşılamıyor olsa bile hastaya önermesi gerekir. Bu öneride bulunurken hastayı tedaviye para harcaması için de baskı uygulamaması ya da yönlendirmemesi istenir. Hastanın bu konuda doğru bilgilendirildiği ve bunu anladığı kayıt altına alınmalıdır. Davadan da anlaşılacağı gibi geri ödemesinde sıkıntı yaşanan malzemelerin kullanılması gerekiyorsa satın alma

süreci hasta ve hekim arasında değil hastane aracılığıyla ve izniyle olması hekimi ileride doğacak adli sıkıntılara karşı koruyacaktır.

Sonuç olarak davaları incelediğimizde doğrudan ve dolaylı olarak hekim aleyhinde açılmış davaların çoğunda iletişim eksikliği olduğunu görmekteyiz. Hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında hastanın, hekimi tarafından yeterli bilgi verilmesi hasta ile hekim arasında kurulacak iyi hekim-hasta ilişkisinin ve güvenin temelidir. Hasta komplikasyon, malpraktis ayırımını daha en başından kavrayacak, sorumluluğu hekimle birlikte omuzladıklarının idrakine varacak, bir kayıp yaşanacaksa bile bunun izahı daha anlaşılır olacak, böylelikle hekime açılacak gereksiz davaların önüne geçilecektir. Bu süreç doğru yönetildiği takdirde hastanın acı çekmesi azaltılacak, birçok kaygısı giderilecektir. Aydınlatılmış onamın eksik kalmasında, onamın alınıp aydınlatılmanın yapılmamasında ya da onam formunun bile imzalatılmamasında başlıca etkenler: Hastanın primer hekiminin çoğu kez buna yeteri kadar zaman ayıramaması, aydınlatılmış onamım diğer sağlık çalışanları ya da başka bir hekim tarafından alınması, bilgilendirmenin hastanın anlayacağı şekilde aktarılmamasıdır. Yapılan bir araştırmada klinikte çalışan birinci yıl asistanları bile hekim oldukları ve ilgili branşta ve ilgili uzmanla çalıştıkları halde eksik bilgi verebildikleri görülmüştür. Doğrusu hastaya bir zat hekimi tarafından bilgi vermesi, hastanın anlatılanları doğru anladığı teyit edilip kayıt altına alınması ve hasta ile birlikte bir görüşme odasında bulunan bir şahidin imzasının alınmasıdır.

Ülkemizde sıklıkla yaşanan aydınlatılmış onam karşısında bir ironi şeklinde varlığını sürdüren başka bir sorun ise özellikle kanser, kalp krizi gibi ölümcül hastalıklar söz konusu olduğunda hastanın kendisine hastalığını söylenmesinin yanlış olduğu kanısıdır. Bu çoğu kez hasta yakınlarının isteği sonucu olmakla birlikte böyle düşünen hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sayısı da az değildir. Oysa tıbbi tanısının ne olduğunu ve tedavi sürecinin nasıl olacağını, yaşam beklentisinin ne kadar olacağını bilip bilmeme sadece hastanın kendisinin vereceği bir karardır. Bu özerklik hakkının ihlalinde hasta yakınlarının desteği olduğu için çoğu kez adliyeye taşınmamakta bu nedenle daha rahatlıkla göz ardı edilmektedir. Dolayısı ile hasta ile eksik iletişim güven eksiliğine yol açmakta, kaygıları artırmaktadır. Türkiye'de yapılan bir araştırmada hastaların hastalılarının tedavisi olmayan ileri dönem bir kanser hastalığı dahi olsa %85'i hastalığının ne olduğunun kendilerine söylenmesini istemektedir-

ler. Hasta bilgi almak istemeyebilir ve bunun için başka birini görevlendirebilir. Bu durumda hastanın istediği yasal temsilcisine bilgi verilir ve onun onayı alınır. Aydınlatılmış onam şartının aranmadığı tek gerçek durum ise hastanın onam verecek ya da bilgi alacak durumda olmadığı acil girişimlerdir. Bu durumda hastanın onay verdiği kabul edilir.

Kaynaklar:

1. Türk Tabipler Birliği Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, 19 Kasım 2013, www.ttb.org.tr
2. Aydın R, Özcan Şenses M, Akpınar A ve ark. Ortopedide Aydınlatılmış Onama Ait Etik Sorunlar: Kocaeli'den Bir Örnek Örneği Turkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(2) 455-63
3. Balseven Odabaşı A, Örnek Büken N. Aydınlatılmış Onam ve Yaşamın Sonunda Alınan Etik Kararlar-Hacettepe Örneği Turkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(5):1041-5
4. Ertem a, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2013;21(2):378-391
5. Makay Ö, Samancılar Ö,Terek MC. İlk yıl asistanı aydınlatılmış onam alabilir mi? Ege Journal of Medicine 46(3) : 123 -127, 2007
6. Turla A, Köprülü H, Şirin Karaaslan E ve ark. Aydınlatılmış Onam, Ondokuz Mayis Univ Dis Hekim Fak Derg 2006; 7 (2): 157–163
7. Nermin E, Özcan Şenses M, Aydın ER R, Acil tıp'ta aydınlatılmış onam, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16 (1):1-8

Dr. Özge Turgay Yıldırım

Bölüm 4

ANAMNEZ, FİZİK MUAYENE, TETKİK EKSİKLİĞİ İLE İLGİLİ DAVALAR

Kardiyoloji Pratiği Açısından Örnek Davaların İncelenmesi

Hasta hekime başvurduğunda tanı koymanın ilk ve en önemli aşaması iyi bir anamnez alma ve fizik muayenedir. Milattan önce 100 yılında yaşamış olan Refus'un deyimiyle "Ben hastaya önce soru sorarım. Böylece hem onun hastalığını tanımam kolaylaşır, hem de onun fikri durumu ile ilgili fikir sahibi olurum.". Günümüzde de durum değişmemiştir. İleri tetkik ve tedavi yöntemleri gelişmiş ve gelişmeye devam etse de anamnez ve fizik muayenenin önemi tanı koyma aşamasında tartışılmazdır. Yargıtay ve Danıştay'a intikal etmiş kardiyoloji bölümünü ilgilendiren davaları incelediğimizde anamnez, fizik muayene ve tetkik eksikliklerine bağlı hususlar gözümüze çarpmaktadır.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2015/14398 Karar no.2016/12604 ve 10/11/2016 tarihli davayı (1. Kısım 1. dava) incelediğimizde; hastanın 02.35'te kollarının ve göğsünün ağrıması şikayeti ile acil servise kardeşi tarafından getirildiği, hastaya muayene sonrası panik atak, göğüs ağrısı, bronşit ve myalji teşhisi konduğu, tansiyon ölçümünün 110/80 mmHg olduğu ve bu aşamalar sonrası Dekort ve Novalgin ampul tedavisi uygulandığı, taburcu edildiği ve taburculuk sonrası hastanın 30-45 dakika sonra ex duhul olarak hastaneye getirildiği görülmektedir. Bu davada acil hekimi şikayetleri ile uyumlu tetkiklerin yapılmaması, müşahedeye alınıp takip edilmemesi, dahiliye veya kardiyoloji konsultasyonlarını istememesi nedenli suçlanmaktadır. Bu vakada hekimin anamnez ve fizik muayenesini uygun yapmasına rağmen tetkik ve konsultasyon iste-

memesi eksiklik olarak değerlendirilmiştir. Yüksek Sağlık Şurası tetkik ve tahlil eksikliğini doğrulamıştır. Tetkikler yapılsa dahi kardiyomyopatinin temel tetkiklerle tespitinin zor olduğu, tek başına kalp damarlarındaki darlığın ölüme neden olmayacağı, mevcut kardiyomyopatinin ölümde payı olduğu, sanığın eylemlerinde eksiklik ve kusur bulunduğu ancak bu kusur ile ölüm arasında illiyet bağının olmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Sonuçta yerel mahkemece hekimin beraatine karar verilmiş sonrasında davacının temyiz istemesi sonrası Yargıtay'ca karar bozulmuştur. Bunun nedeni ise hastanın adli tıp raporunda belirtildiği üzere hekimin eksik ve kusurlu eyleminin TCK 257/2. Maddesindeki ihmal suretiyle görevi kötü kullanma kapsamında değerlendirilmesidir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2015/5663 Karar no.2016/6577 ve 18/04/2016 tarihli davayı (1. Kısım 5. dava) incelediğimizde; hekimin yerel mahkemede alınan beraat kararının birimler arasında tanımlanan hasta şikayetinin uyumsuzluğu dolayısıyla bozulduğunu görmekteyiz. İlgili davada hasta göğüs ağrısı ve yüksek tansiyon nedenli Acil Servise 112 tarafından 04.03 sıralarında getirilmiştir. Burada acil hekimi muayenesini yapmış tansiyon düşürmek için tedavi uygulamıştır. Sabah 08.00'da hastanın sabah ekibine devredilmesi sonrası hastanın EKG'si çekilmiş, subakut anterior myokard infarktüsü tespit edilmiştir. Sonrasında hasta gerektiği gibi konsulte edilmiş, yoğun bakım yeri olmaması nedenli sevk edilmiş, hastaya verilmesi gereken antiaggregan ve antikoagulan tedavi uygulanmış, sonrasında serebral hemoraji gelişmiş ve hasta ölmüştür. Bu davada başvuru sırasında ilk değerlendirmeyi yapan hekim yargılanmaktadır. 112 kayıtlarında hastanın şikayetleri "hipertansiyon" ve "göğüs ağrısı" iken, acil hekiminin ifadesinde hastanın göğüs ağrısı olmadığı, sadece tansiyon yüksekliği olduğu belirtilmiştir. Bu çelişki hekimin ayrıntılı anamnez almadığı şeklinde değerlendirilmiş bu nedenle EKG çekilmediği ve teşhis koymanın geciktiği vurgulanmıştır. Bu davda hastanın ayrıntılı anamnezinin tekrar tekrar alınması gerektiğinin önemi görülmektedir. Tabi hastanın ambulansta iken göğüs ağrısı olmuş, sonrasında acil servis değerlendirmesinde göğüs ağrısı devam etmiyor olması ihtimali mevcuttur. Yine de 112 notları veya daha önce değerlendirme yapan hekimlerin de notlarının tekrar değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu ve benzeri davalarda hasta taksirle adam öldürme suçundan beraat etmektedir. Çünkü myokard infarktüsü, kalp yetersizliği gibi hastalıklarda erken teşhis konulsa bile hastanın kaybedilme ihtimali vardır. Bu durum hukuki açıdan gözardı edilmemektedir.

Bu tip davalarda hekime ihmal suretiyle görevi kötü kullanma suçundan hüküm verilmesi daha muhtemeldir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2014/18413 Karar no.2015/8620 ve 21/05/2015 tarihli davayı (1. Kısım 9. dava) incelediğimizde; hekimin EKG değerlendirmesinin yeterli bulunmayarak suçlandığını görmekteyiz. Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon ve geçirilmiş felç hikayesi olan hasta midede yanma, ekşime ve ağız kuruluğu şikâyetleriyle dahiliye polikliniğine başvurmuş, buradan koroner arter hastalığı şüphesiyle kardiyoloji bölümüne sevk edilmiştir. Çekilen EKG'de ventriküler ekstrasistol, voltaj artışı saptanmış, ekokardiyografide sol ventrikül hipertrofisi ve diyastolik disfonksyon tespit edilmiştir. 2 gün sonra rahatsızlanan hastanın çekilen EKG'sinde ise anterior myokard infarktüsü saptanmış, takip ve tedavi sürerken 1 gün sonra hasta hayatını kaybetmiştir. Sonradan yapılan inceleme sonrası düzenlenen raporda çekilen EKG'nin V5-6 derivasyonlarında çökmenin hekimce tespit edilemediği, bu hata nedenli hastanın kardiyak enzimlerine bakılması ve yatarak tedavi edilmesi gerektiği ama edilmemesi nedeniyle hekimin eksik eyleminin olduğu dava dosyasında belirtilmiştir. Bir diğer bilirkişi raporunda ise sanık kusurlu bulunmamıştır. Bu davada bilirkişilerin farklı kararlar verebileceğini görmekteyiz. ST segment çökmesi her zaman iskemi göstergesi olmayabilir. Hastanın yakınmaları daha çok hekimi mide rahatsızlıklarına yönlendirmektedir. Ekokardiyografide sol ventrikül duvar hareket kusuru saptanmamış, sol ventikül hipertrofisi saptanmıştır. Sadece EKG'deki iki derivasyon çökmesine bakarak hekimin EKG değerlendirmesinin eksik bulunması doğru değildir. Altta yatan birçok nedenin bu çökmelere neden olabileceği bir gerçektir. Muhtemel bu nedenli adli raporlar arasında çelişki mevcuttur. Bu çelişki nedenli yerel mahkemece verilen karar bozulmuştur. Bilirkişi raporu hazırlanırken ne yazık ki bilirkişiye yol gösterecek bir kılavuz yoktur ve bilirkişinin subjektif takdirine göre kararlar değişebilmektedir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2014/9886 Karar no.2015/5850 ve 06/04/2015 tarihli davayı (1. Kısım 10. dava) incelediğimizde; hekimin acil serviste daha önce kalp ameliyatı olan hastaya operasyonun geç dönem komplikasyonlarının araştırılması amaçlı ekokardiyografi istememesi nedenli suçlandığını görmekteyiz. Hasta operasyondan 50 gün sonra acil servise başvurmuş, çekilen EKG'de düşük voltaj saptanmış ve bu kalp yetersizliği bulgusu olarak değerlendirilmiştir. Bu tanıyı destekler şekilde akciğer grafisinde plevral efüzyon, hiler dolgunluk ve

kardiyomegali saptanmıştır. Ameliyat eden doktor telefonla aranmış ve diüretik tedavi önerilmiştir, hasta tedavi sonrası rahatlamış ve taburcu edilmiş, bir gün sonra bilinç kapalı şekilde başka bir merkeze başvuran hasta kaybedilmiştir. Bu vakada düşük voltaj ve kardiyomegali perkardiyal efüzyon olarak değerlendirilmemiş ve yazılı kardiyoloji konsultasyonu veya ekokardiyografi istenmemiştir. Bilirkişi raporunda kalp kapak protez ameliyatlarının geç dönem komplikasyonlarını ve özellikle protez kapak fonksiyonlarında bozulma olup olmadığının ve perikardiyal efüzyon varlığının tespiti elzem görülmüştür. Bu davada da taksirle öldürme suçundan değil görevi kötüye kullanma suçundan hasta yerel mahkemece suçlu bulunmuştur. Yargıtay'a itiraz sonrasında hekimin özel hastane çalışanı olması, bu nedenle kamu görevlisi olmayan hekimin görevi kötüye kullanma suçunu oluşturamaması nedenli yerel mahkemenin kararı bozulmuştur. Hekim eğer kamuda çalışıyor olsaydı bilirkişi raporuna göre ceza alması olası idi. Kardiyolojiyi ilgilendiren davalarda EKG ve ekokardiyografi tetkiklerinin ön plana çıktığını görmekteyiz. Hekimin olası ön tanıların tümünü ekarte etmesi beklenmekte ve bununla ilgili tetkiklerin istenmesini beklemektedir. Örneğin ekokardiyografi rutin bir acil tetkiki olmamasına rağmen bu vakada bilirkişinin belirttiği eksiklik ekokardiyografidir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2013/21321 Karar no.2014/16980 ve 10/07/2014 tarihli davayı (1. Kısım 16. dava) incelediğimizde; göğüs ağrısı ile başvuran hastanın aort diseksiyonu tanısının atlanması ve taburcu edilmesi sonrası hastanın öldüğü, bu nedenle dava açıldığı görülmektedir. Hekimler olarak göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda öncelikle koroner arter hastalığı düşünmekte, diğer tanıları ikinci plana bırakabilmekteyiz. Halbuki göğüs ağrısının ayırıcı tanısı da aort diseksiyonu, pnömotoraks, pulmoner emboli, özofagus rüptürü gibi hayatı tehdit edici başka tanıların da öncelikli araştırılması gerekir. Bu tanılar ekarte edilmeden hastanın taburcu edilmemesi, hastanın müşahede altına alınması gereklidir. Bu hastada acil hekiminin hastayı kardiyoloji hekimine konsulte ettiği, hastada kardiyak patoloji saptanmadığı yönünde görüş alınması sonrası poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildiği görülmektedir. Hastanın yine göğüs ağrısı nedenli evde kötüleşmesi sonrası başka bir merkeze getirildiği, ölümün ilk hastaneden taburculuktan 3 saat sonra gerçekleştiği, yapılan otopside hastanın aort diseksiyonuna bağlı perikardiyal tamponad nedenli öldüğü saptanmıştır. Hekim fizik

muayenesinin eksik yapıldığı ve müşahede edilmediği için suçlanmıştır. Bu vakada aort diseksiyonuna özel bulguların fizik muayenede kontrol edilmediği, kontrol edildiyse de hasta dosyasına not edilmediğini görmekteyiz. Bu vakada fizik muayene üzerinde durulmuştur. Fizik muayenede ilgili bulguların olmadığı belirtilseydi bile hastaya ekokardiyografi veya bilgisayarlı tomografi istenmediğinden dolayı suçlama yapılabilirdi fakat bilirkişi fizik muayenenin tam yapıldığını değerlendirecek ve hekim lehine karar bildirmesi ihtimali artacaktır. Aslında çoğu ayırıcı tanı sadece fizik muayene ile ekarte edilebilmektedir. Fazla tetkik istemek tabi ki maliyet etkili olmayacaktır bu yüzden fizik muayenede şüpheye düştüğümüzde tetkik istemek daha mantıklı olacaktır.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2013/11750 Karar no.2014/5182 ve 03/03/2014 tarihli davayı (1. Kısım 19. dava) incelediğimizde; hekimin acil serviste hastayı yeterli süre müşahedede tutmaması ve hastanın kardiyak enzimlerinin yükselmesine rağmen kardiyoloji konsultasyonu istenmemesi nedenli dava açıldığı görülmektedir. Bu vakada acil hekimi sol kol ağrısı ve parmaklarda uyuşma şikayeti olan hastadan gerektiği şekilde EKG ve kardiyak enzim istediği, kardiyak enzimlerin anlamlı bir şekilde yüksek olmasına rağmen hastanın taburcu edildiği ve hastanın taburculuktan kısa bir süre sonrası öldüğü belirtilmektedir. Hekim benzer davalarda olduğu gibi taksirle öldürme suçundan beraat etmiştir fakat görevi ihmal suçundan yargılanmaktadır. Burada ayrıca hastaya ilk çekilen EKG parazitlidir. Hekimin 2. EKG'yi çekildiğine yönelik beyanı vardır fakat dosyada 2. EKG bulunamamıştır. Acil servislerdeki yoğunluk nedenli kimi zaman çekilen EKG'ler kaybolabilmektedir. Bu durum da bu ve benzeri davalarda hekimin beyanının tersi bir durum olduğunu düşündürmektedir. Acil servislerde EKG'lerin tıpkı röntgen filmlerinde olduğu gibi merkez bilgisayara düştüğü bir sistem uygulanabilirse hem tetkikler kaybolmayacak hem de hekim bu davada olduğu gibi zor duruma düşmeyecektir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2012/33049 Karar no.2013/20208 ve 16/09/2013 tarihli davayı (1. Kısım 21. dava) incelediğimizde; hekimin karın ağrısı, baş dönmesi ve halsizlik nedenli başvuran hastayı akut koroner sendrom şüphesiyle yatırdığı, bradikardi ve hipotansiyon açısından değerlendirdiği, abdomen USG çektiği, tüm bu tetkikler sonrası taburcu ettiği ve hastanın taburculuk sonrası aynı gün içinde rahatsızlanarak hastaneye başvurduğu, sonrasında öldüğü davada yine aort diseksiyonu

için gerekli tetkikleri istenmemesi ve tanısı atlanması nedenli dava açıldığı görülmektedir. Burada hekim hastayı yatırmış, muayenesini yapmış, takibini yapmış hatta karın ağrısı patolojisi değerlendirmek amaçlı abdomen USG dahi istemiştir. Fakat daha önceki örneklerde belirttiğimiz üzere ölümcül göğüs ağrısı ayırıcı tanılarından en önemlilerinden olan aort diseksiyonu açısından hastaya gerekli tetkikleri istememiştir. Aort diseksiyonu da myokard infarktüsü örneklerinde olduğu gibi tespit edilse dahi mortal seyreden bir tablo olduğundan hekim taksirle ölüme neden olma suçundan beraat etmektedir. Fakat ihmal nedenli görevi kötüye kullanma suçundan yargılanmaktadır. Hukuki açıdan hasta doktor ilişkisi "vekalet sözleşmesi" kapsamında değerlendirilmektedir. Vekalet sözleşmesi hükümlerine göre hasta, vekil eden; doktor ise tıbbi uygulamayı yapacak vekildir. Hekim, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil de, bu sonuca varmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. Bu sebeple hekim, mesleğin içinde olan hafif de olsa bütün kusurlardan sorumludur. Doktorlar, hastaların zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır. Hekim eylem ve davranışlarının özenli olmayışından doğan zararlardan sorumludur. Bu vakada ve tüm vakalarda hekimlerin en ufak ihmallerden sorumlu tutulması vekalet sözleşmesinin sonucudur.

T.C. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi Esas no.2012/9302 Karar no.2013/6592 ve 09/04/2013 tarihli davayı (2. Kısım 6. dava) incelediğimizde; genel cerrahi hekiminin askerlik döneminde kendisine başvuran hastaya çekilen EKG'yi yeterince değerlendiremediği ve sonrasında hastanın ölümü sürecinde tedavi sebebiyle ödenen bedelin hekimden rücuen tahsilinin istenmesi nedenli açıldığı görülmektedir. Bu davada askerliğini tabip asteğmen olarak yapan hekime göğüs ağrısı ve kusma nedenli hasta başvurmuştur. Hekim EKG çektirmiş, normal olarak değerlendirmiş ve bu nedenle mideye bağlı tedavi uygulamıştır. Hasta ertesi gün yatağında ölü bulunmuştur. Bilirkişi dava dosyasını değerlendirmiş, EKG'de iskemi lehine değerlendirilecek bulgular olsa da bu bulguların tipik miyokart infarktüsü bulguları olmadığından aslında genel cerrah olan hekimin bu değişiklikleri fark etmemesinin olası olduğunu belirtmiş, bu nedenle doktorun kusurlu olmadığını belirtmiştir. Bu davada bilirkişi raporunun önemini görmekteyiz, önceki davalarda pratisyen hekimin EKG değişikliklerini yeterli değerlendirememesinin ihmal olarak değerlendirildiğini

görülmüştür. Bu davada ise EKG değişiklikleri bilirkişi olan uzman hekimce iskemi olarak değerlendirilmiş fakat hekimin kusurlu olmadığı yönünde karar kılmıştır. Üst mahkeme de bilirkişi raporu yönünde karar vererek hekimi suçsuz bulmuştur.

T.C. Danıştay 1. Daire Esas no.2010/1420 Karar no.2010/1337 ve 23/09/2010 tarihli davayı (3. Kısım 3. dava) incelediğimizde; hastaneye başvuran hastada ciddi kapak yetmezliği saptanmış, bunun üzerine üst merkeze başvuran hastanın ekokardiyografisinde kapakları normal saptanmış, reflü tanısıyla taburcu edilmiş, 3 gün sonra hastanın ölmüş olması nedenli dava açılmıştır. İncelemede; başvurduğu ilk hastanede ileri mitral yetmezliği ve orta derecede aort yetmezliği saptandığı görülmekte, tersiyer merkezde ise kapakların normal saptandığı görülmektedir. Kalp pili olan hasta pilin takıldığı tersiyer başka merkeze tekrar kontrole gitmiş, kapakların bozuk olduğu ve kalp pilinin çalışmadığı tespit edilmiş, kontrole çağırılmış, aynı gün hasta bilinç kaybı sonrası ayrı bir merkeze başvurmuş, CPR yapılmıştır ve sonrasında davalı bölümün olduğu tersiyer merkeze sevk edilmiştir. Burada tekrar kardiyoloji bölümü değerlendirmiş ve acil kardiyak patoloji olmadığını belirtmiştir. Bunun üzerine nöroloji kliniğine yatırılan hasta ölmüştür. Alınan adli raporda tanı uyuşmazlıklarından bahsedilmeden hekim haklı bulunarak beraat etmiştir. Bunun üzerine davacı üst mahkemeye başvurmuştur. Üst mahkeme, raporlardaki uyuşmazlıkların da incelenerek tekrar karar verilmesi için kararı bozmuştur. Bu davada tetkikler arası uyuşmazlık nedenli karar bozulmuştur. Ekokardiyografi sonucu, cihazın kalitesine göre değişebilmekle birlikte, operatörler arası değişiklik gösterebilmekte, hatta aynı operatörün yapmasına rağmen dahi değişiklik gösterebilmektedir. Muhtemel cihaz farklılığından bu farklı raporlar verilmiş olabilir. Bu noktada takdir yeni bilirkişi raporunda olacaktır. Bu durumlardan kaçınmak için dış merkezde verilen tetkik sonucuyla tekrar yapılan tetkik sonucu eşleşmediğinde başka bir tetkikle sonucu teyit etmek hem hastayı rahatlatacak hem de hekimi hukuki açıdan koruyacaktır.

T.C. Danıştay 1. Daire Esas no.2011/842 Karar no.2011/1322 ve 21/09/2011 tarihli davayı (3. Kısım 5. dava) incelediğimizde; sırt ağrısı ile 3. Basamak bir üniversitenin acil servisine sırt ağrısı ve baş dönmesi ile başvuran hastaya; yabancı uyruklu olup aslında fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünde kadrosuz ve aylıksız uzmanlık eğitimi gören ve acil servis rotasyonunda olan hekimin, EKG, akciğer grafisi ve kan tetkikleri

yapıldığı halde kalp krizi tanısı koyamaması, hastanın kötüleşmesi sonrası başka bir hekimin değerlendirmesinde kalp krizi anlaşılması ve müdahaleye rağmen ölmesi nedenli dava açıldığı görülmektedir. Bilirkişi raporu; tanının konmasının gecikmesi bu nedenle tedavinin gecikmesi ve hastanın kaybedilmesi nedenli görevlilerin ihmal ve kusurunun olduğu yönündedir. Fakat yabancı uyruklu olan hekimin kadrosuz ve aylıksız çalışması dolayısıyla ihmal ve kusur nedenli ceza soruşturması yapılamayacağından bu karar üst mahkemece bozulmuştur. Bu davada diğer ilgi çekici öğe henüz iç hastalıkları ve kardiyoloji rotasyonu yapmamış, yeterli bilgi ve deneyim düzeyine ulaşmamış bir hekimin 3. Basamak bir üniversitenin acil servisinde görevlendirilmesinden dolayı anabilim dalı başkanının ve o gün Acil Servisten sorumlu acil uzmanının da tüm hastalardan sorumlu olduğu için ihmal nedenli, görevi kötüye kullanma suçundan yargılanacak olmasıdır. Rotasyonda olan bir hekimin kendi dalı olmadığından bazı konuları atlayabileceği olasılığı tabi ki mevcuttur. Bu yüzden yeterli bilgi düzey ve donanıma ulaşana kadar hekimin yakın takibinin yapılması gerektiği, o hekimin hastaları rotasyon yaptığı bölümün bir hekimiyle ortak takip etmesinin gerekliliği görülmektedir. Böylece hem tanı koymada hekim tecrübe kazanacaktır, hem de hukuki açıdan rotasyon yapılan bölüm zarar görmeyecektir.

Türkiye'de doktorların günde önerilenden çok fazla sayıda hasta baktığı bir gerçektir. Bu durum anamnez ve fizik muayenenin kısa sürede yapılması sonucunu doğurmaktadır. Anamnez ve fizik muayene ayrıntılı yapılsa bile hasta dosyalarına ayrıntılı bir şekilde kaydedilememektedir. Unutulmamalıdır ki anamnez ve hasta muayenesinin dosyalara kayıt edilmemesi hukuki açıdan hekimin bu uygulamaları yapmadığı şeklinde değerlendirilebilmektedir. Bu yüzden ne kadar zaman kısıtlılığı da olsa anamnez ve fizik muayene ayrıntılı biçimde hasta dosyalarına kaydedilmelidir. Yapılan tetkikler muhakkak ayrıntılı bir biçimde dosyaya işlenmelidir. Bu şekilde hem hekimin kendisi ve meslektaşları daha sonra hasta geçmişini incelediğinde ayrıntılı bilgiye sahip olacaktır hem de daha sonra adli bir süreçle karşılaşıldığında hekim kendinin gerekli ve yeterli değerlendirmeyi yaptığını ispatlamış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sonmez MM, Seckin FM, Sen B, et al. A review of malpractice claims concerning orthopedic applications submitted to the Council of Forensic Medicine. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43:351-358.
2. Sözen T. (2003). Klinik Tanıda İlk Adım, Hikâye Alma ve Klinik Muayene. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
3. Yeter E, Akçay M, Yüksel İÖ. Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım Turkish Medical Journal 2008; 2:54-59.
4. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Eur Heart J. 2018;39:119-177.
5. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). Eur Heart J. 2019;3:237-269.
6. Roffi M, Patrono C, Vollet JP. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;3:267-35

Dr. Murat Samsa

KONSÜLTASYON İLE İLGİLİ DAVALAR

Bölüm 5

Kardiyoloji Pratiği Açısından Örnek Davaların incelenmesi

Hekimlik mesleği doğrudan insan hayatı ve sağlığıyla ilgilidir. Hekimlik mesleğinin ihmali ve kötüye kullanılması telafisi güç ve imkânsız zararlara neden olabileceğinden hekimin yükümlülükleri haklarına oranla daha fazla ve ağırdır.

Hekim sorumlulukları ve yükümlülüklerinden önemli bir tanesi " ihtiyaç halinde konsültasyon talep etme ve bir başka hekimden gelen konsültasyon talebine uyma yükümlülüğü" dür.

Özellikle hastalık ve tedavi çeşitliliğinin günden güne fazlalaştığı, uzmanlaşmanın arttığı ve hastalara bütünsel yaklaşımının ise günden güne azaldığı bu günlerde konsültasyon güncel tıp tababetinin önemli unsurlarından biri haline gelmiştir.

Hekim bir hastanın tedavi ve müdahale sürecinde hastanın durumuna göre bir başka hekimin konsültasyonuna ihtiyaç duyabilir. Böyle bir durumda tıbbi müdahalede bulunan veya tedavi uygulayan hekim için konsültasyon talep etmek bir zorunluluk olduğu gibi, bir başka hekimden gelen konsültasyon talebine uymakta zorunludur.

Bu zorunluluk 6023 sayılı "Türk Tabipleri Birliği Yasası" nın 52/g maddesine dayanılarak hazırlanan ve amacı: hekimlerin, mesleklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan meslek etiği kurallarını belirlemek olarak tanımlanan, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları arasında yer aldığı gibi; Her bir hastanenin Konsültasyon iç hizmet yönergelerinde de mevcuttur.

Türk Tabipler Birliği Hekimler Meslek Etiği Kuralları Madde 19'a göre;

a) Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim duru-

mu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b) Konsültasyon sürecinde konsültan hekimde, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c) Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır. (30 Nisan 2007 tarihindeki son güncellenmesinden önce, bu madde "Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip, uzman olmalıdır." şeklindeydi.

d) Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e) Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f) Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g) Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

Konsültasyon ihtiyacı olduğu halde bunun talep edilmemesi ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜNE AYKIRILIK oluşturacağı gibi, talebe rağmen konsültasyon yapmayan hekim de bu yükümlülüğe aykırı davranmış olacağından her ikisi için de hem ceza sorumluluğu hem de tazminat yükümlülüğü söz konusu olacaktır.

Aşağıda Yargıtay Ceza Dairesi Fihristinden ulaştığımız konsültasyon ve tanı eksikliği nedeniyle açılmış bazı dava dosyaları üzerinde bilgi ve belgeler ışığında vakaları değerlendireceğiz.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas No:2014/19542 Karar No:2015/11075 17/06/2015 tarihli dava (1. Kısım 8. Dava) dosyası incelendiğinde; hasta kalp kapak cerrahisi sonrasında gelişen yara yeri enfeksiyonu ve sonrasında alınan kapak kültürü sonucuna göre protez kapak infektif endokartidi olabileceği düşünülmüştür. Dosya incelemesi sonucunda hastanın preoperatif ve postoperatif süreçlerinde tanı ve cerrahi tedavi kısmın da eksiklik olmadığı görülmüştür. Hastanın postoperatif dönemde alınan kan ve dren materyali kültüründe pseudomonas aeruginosa ürediği tespit edilmiş ve dosya incelemesinde hastanın tedavisinin 6. gününde kontrol kültür alınmadan ve enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu is-

tenmeden antibiyoterapisi tam olarak tamamlanmadan taburcu edildiği görülmüştür. Dosyadaki bilirkişi görüşüne göre ''sadece ameliyat yapan cerrahın sorumlu tutulmayacağı ve sürece enfeksiyon hastalıkları uzmanında katılarak antibiyoterapi başlattığını belirtilmektedir.'' Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği Kuralları Madde 19'un B. bendine göre konsültasyon sürecinde konsültasyon hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur, maddesi uyarınca süreçte hem cerrahiyi yapan hekim hem de sürece antibiyoterapi safhasında katılan Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanının kusurlu olabileceğini belirtmiştir. Tedavi ve teşhis sürecinde kusur bulunanların belirlenmesi için dava dosyası tekrar değerlendirilmek üzere yeni oluşturulacak heyet tarafından değerlendirilmek üzere Adli tıp kurumu ya da konularında uzman üniversite öğretim üyelerinden oluşan heyete yönlendirilmiştir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas No:2013/15628 Karar No:2014/6893 19/03/2014 tarihli dava (1. Kısım 18. Dava) dosyası incelendiğinde; hastanın 28/05/2010 tarihinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimi tarafından küçük bir cerrahi işlem geçirdiği ve 29/05/2010 tarihinde hastanın tekrar rahatsızlanması nedeniyle; yakınları tarafından çağrılan 112 ekibi başı olan hekimin yapmış olduğu muayenede vital bulguları ve fizik muayene bulguları normal olan hastaya gerekli tetkiklerin tam olarak yapılmadığı, hastaya sadece bir analjezik tedavi yapılarak hastaneye sevk edilmediği gözlenmiştir. Hastanın daha sonraki süreçte kendi imkânları ile acil servise başvurduğu ve ekg çekildiği daha sonrasında kardiyopulmoner arrest gelişen hastaya CPR uygulanmış. CPR ile dönen hasta yoğun bakım ünitesine alınmış hastanın takiplerinde aynı gün ex olduğu gözlenmiştir.

Hastanın hem tanı ve tetkik kısmında eksikler olduğu gözlenmiştir. Hastanın tetkik kısmında eksiklik olması nedeniyle tanısının net konulamaması nedeniyle sevk ve sonrasında acil servis te ileri tanı, tedavi ve konsültasyon işlemleri yapılmadığından Yüksek Sağlık Şurasınca verilen kararda hastayı hastaneye sevk etmeyerek sorumluluğu üzerine alan 112 ekibinin sorumlu hekimi 'nin özensiz davrandığına karar verilmiştir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas No:2013/11750 Karar No:2014/5182 3/3/2014 tarihli dava (1. Kısım 19. Dava) dosyası incelendiğinde; acil servise şüpheli akut koroner sendrom tanısı ile başvuran hastanın tetkiklerinin tam olarak değerlendirilmediği, buna bağlı olarak tanısının net konulmadığından dolayı kardiyoloji konsültasyonu istenmediği veya kardiyoloji birimi olan bir merkeze sevk edilmediği gözlenmiştir. Adli tıp

3.İhtisas Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası tarafından verilen raporlarda; Otopsi sonucunda geçirilmiş miyokard infaktüsü sonucu ölümün meydana geldiği, enzim yüksekliği, EKG'de yoğun parazit olması ve hastanın kardiyoloji konsültasyonu yapılarak yatırılması ve izlenmesi gerektiği, bu çerçevede zamanında ve uygun tedavi yapılmadığından sanık Dr. A.T' nin kusurlu olduğu tespit edilmiştir.

T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas No:2013/8331 Karar No:2014/3876 18.2.2014 tarihli dava (1. Kısım 20. Dava) dosyası incelendiğinde; acil servise şiddetli göğüs ağrısı yakınması ile başvuran hastanın tanı ve tetkiklerinde hem konsültasyon işlemlerinde uygun algoritmanın uygulanmadığı, hastanın tedavisinin uygun olarak yapılmadığı hastane tarafından atanan bilirkişi tarafından hazırlanan inceleme raporunda belirtilmiştir.

Yüksek Sağlık Şurasınca düzenlenen raporda ise hastaya gerekli EKG ve kan tetkiklerinin yapıldığını, EKG'sinde kesin MI olduğunu düşündürmemesine rağmen hastayı müşahede altında tutan hekimin ilgili konsültasyon bölümünü çağırdığı için hekimin eyleminin tıp kuralларına uygun olup kusurun olmadığı belirtilmiştir.

İlgili dava 2 farklı raporun olması nedeni ile kusur durumunun kuşkuya yer bırakmayacak şekilde belirlenmesi için dava dosyanın Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas davasına gönderilmesine karar verilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Hekimlik mesleği etik kuralları. Türk Tabipler Birliği Yayını, Temmuz 2004.
2. TTB Etik Kurulu'nun konsültasyon ile ilgili görüşü. TTB Etik Kurul Görüşleri, 13.05.1998.
3. Hekimler Arasındaki İlişkilerde Etik Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2009;37:Suppl 3.
4. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Karar sa: 4/12578,1960.
5. Toprak DE, Öztürk GZ. Meslektaşlarla İletişim (Konsültasyon, Sevk, İşbirliği) Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(2):156-162.
6. Özlü T. Günümüz Hekimliğinde Konsültasyon. Turkiye Klinikleri J Med Ethics 2011;19(1):50-56.

Dr. Ercan Akşit

Bölüm 6

GİRİŞİMSEL KARDİYOLOJİ İLE İLGİLİ DAVALAR

Kardiyoloji Pratiği Açısından Örnek Davaların incelenmesi

Girişimsel kardiyoloji, kardiyologların dahili bir branştan çok cerrahi branş içinde değerlendirilebileceği belki de kardiyolojinin en önemli alt koludur. 2005 yılında yayınlanan Türk kardiyoloji derneğinin girişimsel kardiyolojide yetkinlik kılavuzunda gerek koroner anjiografi ünitesinde çalışacak yardımcı sağlık personelinin görevleri gerekse yapılan işlemlerin endikasyonları , bu işlemleri bir kardiyoloğun birinci ve ikinci operatör olarak kaçar adet yapması gerektiği öneri olarak sunulmuştur. Bilgimizin artması ve teknolojinin hızla gelişmesi yüzünden geçen yıllarda girişimsel kardiyolojinin birçok alanında yenilikler olmuş bu da kardiyoloji uzmanının özelliklede girişimsel kardiyoloji ile uğraşanların yenilikleri yakından takip etmesi gerekliliğini doğurmuştur. Gerek Amerikan kalp cemiyetinin (AHA) gerekse de Avrupa kardiyoloji derneğinin (ESC) çıkardığı özelliklede girişimsel kardiyolojiyi içeren kılavuzları izlemek hem güncel bilgileri uygulamak için hem de bir komplikasyon çıktığında hekimin kendini savunabileceği iyi birer yol göstericidirler. 2013 yılında Türk kardiyoloji derneği sitesinde de yayınlanan ESC kardiyoloji uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında yetkin bir kardiyoloji uzmanın hangi süreçlerden geçmesi gerektiği sistematik bir şekilde sunulmuştur. Ulusal Kardiyoloji çekirdek eğitim programını tamamlayıp asistanlık süresinin sonunda uzmanlık belgesini almaya hak kazanan bir kardiyoloğun uzman olarak çalıştığı klinikte her türlü kardiyak girişimi yapabileceği varsayılabilir.

Hekimin hastası ile muayenehane ortamında ilk görüştüğü ve hastasının öyküsünü almaya başladığı ilk andan itibaren aralarında yazılı olmayan bir antlaşma imzaladıkları düşünülür. Bu bir vekalet antlaşmasıdır ve bu antlaşma sonucunda hekim hastasını kesinlikle iyileştireceğinin sözünü veremez. Hekim hastasını iyileştirmek için elinden geleni yapacağına, onu için tüm konsantrasyonunu kullanarak ona özen göstereceğine, tüm beceri ve bilgisini onun iyiliği için kullanacağına, kayıtlarını düzenli tutacağına ve hastasının sırlarını saklayacağına bu yazılı olmayan antlaşma ile söz vermiş olur. İş girişimsel bir işlem gerektiren noktaya geldiğinde ise artık yazılı olmayan antlaşma yerini yazılı her iki tarafında imzasının bulunduğu onama bırakır.

2009 yılında adli tıp kurumunun malpraktis davalarını içeren 167 otopsisi yapılan vaka serilerinde en üst sırayı %22 ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanları alırken , kardiyoloji uzmanları tüm vakaların %1.8 'inde sanık olarak yer almıştır. Maalesef kardiyoloji uzmanlarının malpraktis davaları ile yüzleşmeleri sadece Türkiye'ye özgü bir durum değildir. W.Kuan ve arkadaşları 2017 yılında Tayvan'da 2002 ila 2013 yıllarını içeren miyokard infarktüslerini içeren 36 adet kapanmış malpraktis davalarını incelemişlerdir. Davaların ortalama sonuçlanma süresi 65.5 ay olarak belirtilmiş. Davaların %20'sinde klinisyenlerin ortalama 100639 dolar ödedikleri maddi tazminat ve ortalama 4.3 ay aldıkları hapis cezası ile sonuçlanmış. Aynı çalışmada kardiyoloji ve acil uzmanları davaların %56.3 'üne karışmış olmalarına karşın bu davaların %92.6 'sını kazanmışlar, diğer uzmanlar ise karıştıkları davaların %25 'ini kaybetmişler. En fazla dava kaybettiren neden ise acil servise tipik göğüs ağrısı ile başvuran ve bilinen koroner arter hastalığı için risk faktörü olan kişilere konan yanlış tanılar olmuştur. Ülkemizde pratisyen hekim yokluğunda geçici de olsa acil serviste çalışmak zorunda kalan tüm hekimlerin, dünyada en çok öldüren hastalık olan koroner arter hastalığına yaklaşımı iyi bilmek zorundadırlar. Hastalıkları iyi tanımak ve yönetmek hem hastayı korumak hem de bir sorun çıktığında hekimin kendisini koruması açısından çok önemlidir. W.Kuan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kardiyoloji ve acil uzmanlarına açılan davaların daha çok olmasına karşın daha az ceza almaları , diğer branş hekimlerinin ise daha çok ceza almalarında, koroner arter hastalığını tanıyamayıp süreci yönetememeleri etkili olmuştur. Olcay A. ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir çalışmada kardiyoloji uzmanlarının büyük çoğunluğu malpraktis kor-

kusu yüzünden gereksiz test istemekte ve yüksek riskli hastadan kaçınma eğilimi göstermişler. Araştırmaya katılan kardiyoloji uzmanlarının büyük çoğunluğu araştırmacıların sunduğu hasta tazminat sistemini mevcut sisteme göre daha uygun bulmuşlar.

Bir diğer önemli hususta, doktorun komplikasyon olarak algıladığı durumun hekim dışı kişiler tarafından malpraktis olarak algılanmasıdır. 2015 yılında Hukuk fakültesinden Arıkan M. ve arkadaşları tıp fakültesi ve hukuk fakültesi son sınıf öğrencilerine on vakalık senaryo üzerinden beş soru sorarak, bunların malpraktsi mi? komplikasyon mu? ayrımı yapmaları istemişler. Sonuçta istatistiksel anlamlı olacak şekilde tıp fakültesindeki öğrencilerin komplikasyon olarak addettiği vakanın hukuk fakültesi öğrenciler tarafından malpraktis olarak görüldüğüdür. Yazarlar burada öneri olarak hukuk fakültelerinde tıp kökenli hukukçuların tıp hukuku, tıp fakültelerinde ise hukuk kökenli öğretim görevlilerinin belirli bir müfredat ile ders vermelerinin sorunun çözümüne katkı sağlayabileceğini belirtmişler. Ayrıca tıp hukuku ile ilgili ortak sempozyum ve kongrelerin düzenlenmesinin de her iki meslek grubunun birbirini daha iyi anlaması yönünde önemli katkılar sağlayabileceğini belirtmişlerdir.

Kardiyoloji uzmanlarının yaptığı işlemler tıbbın diğer alanlarındaki invaziv işlemler gibi belli bir riski olan girişimlerdir. Yapılan işlem ne kadar titiz yapılırsa yapılsın istenmeyen komplikasyonlar olabilir. Sorun çoğu zaman hasta ve yakınının olabilecek bir komplikasyonun farkında olamaması değildir sorun hasta ve yakınının bunu direk doktorun eksikliği veya hatası olarak görmesidir. Hasta ve yakını ile kurulabilecek iyi bir iletişim doktorun sonradan karşılaşabileceği sorunları azaltıyor gözükmektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere belki de en önemli nokta hasta ve yakının işlemden önce işlemin neden gerekli olduğu , işlem sırasında olabilecek veya sonradan ortaya çıkabilecek sorunların hasta ve yakını ile ayrıntılı paylaşılmasıdır. Eğer hayati tehdit eden miyokart infaktüsü gibi acil girişim gerektiren bir durum yok ise hastaya onam kağıdı verilmeli dikkatli okumaları ve düşünmelerine zaman tanındığını göstermek için en az bir gün sonra okuyup anladıklarına dair imzayı vermeleri istenmelidir. Sonuçta tıbbın tüm alanlarında olduğu gibi girişimsel kardiyoloji için de mesleki etik ilkelerine ve kurallarına uygun hareket etmek, yasalar önünde hekimi koruyacak en önemli etkendir.

VAKA-4,T.C. YARGITAY 12. CEZA DAİRESİ E.2015/11325 K.2016/8666 T.24.5.2016

Dosya incelendiğinde; ilk göze çarpan 2010 yılında vuku bulan hadisenin 2016 yılında karara bağlanmış olmasıdır. 2010 yılında göğüs ağrısı ile başvurduğu merkezde koroner anjiografi (KAG) ardından koroner arter bypass greft (CABG) kararı verilen hastaya raporda belirtildiği kadarı ile ikili bypass (LIMA-LAD, RCAPD-SVG) yapılmış. Yaklaşık 4 ay sonra göğüs ağrısı ile başvurduğu merkezde KAG yapılan hastanın LIMA serbest izlendiği LAD distali antegrad ve RCA'dan silik olarak dolduğu, Cx %30 darlık olduğu, Ao-RCA dışında başka bypass damarı görülmediği belirtilmiş. Yine yaklaşık 4 ay sonra ST yükselmesiz miyokard infarktüsü ile yatırılan hastanın Cx proksimalindeki %70 darlığa stent takıldığı rapor edilmiş. Hastanın exitus kabul edildiği 03.02.2011 tarihine kadar da birkaç kez daha sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve medikal takip edildiği anlaşılıyor. Açılan davanın karar kısmında ise ameliyat ekibinin ifadelerinde LAD bypass yapılırken LIMA kullanımından vazgeçerek safen ven grefti kullanıldığını belirtikleri, otopsi yapılmadığı ve Toraks BT anjiografi çekilmemiş olduğu, mevcut belge ve bilgiler itibarı ile operatör doktora atf-ı kabil kusur bulunmadığı belirtilen olayın sonucunda beraate dair hükmün isteme uygun olarak onanması kararı 24.05.2016 tarihinde çıkmıştır.

Dosya incelendiğinde bu karmaşık süreci anlamayı zorlaştıran en önemli kısmın 04.03.2010 tarihinde yapılan operasyon tıbbi belgelerinde LAD-LIMA greftinin belirtilmiş olması fakat diğer koroner anjiografilerde LIMA'nın serbest izlendiğinin rapor edilmesidir. Hekim hastasını taburcu ederken tıbbi sekreterin yazdığı epikrizi dikkatli okumalı altını imzalamalı bir nüshasını hastasına vererek anlaşılır dille yapılan işlemi olduysa karşılaşılan sorun ve komplikasyonları dürüstçe anlatmalıdır. Hasta ile kurulacak iyi bir sözel ve yazılı iletişim yıllar sonra bile karşılaşılabilecek bir davadan hekimi koruyacak en önemli unsur olacaktır.

VAKA-3 ,T.C. YARGITAY 13. HUKUK DAİRESİ E.2014/11325 K.2015/14595 T.7.5.2015

Dosya incelendiğinde; ilk göze çarpan 2003 yılında vuku bulan hadisenin 2015 yılında karara bağlanmış olmasıdır. Bu vakada 1979 doğumlu, 9 yaşında iken mitral kapak replasmanı ve atrial septal defekt kapatılması hikayesi olan hasta, 10.04.2013 tarihinde rutin kontrolde INR değeri 4.04

geliyor aynı dozda ilaca devam etmesi söylendiği belirtilen durumdan 3 gün sonra ateş baş ağrısı ve ense sertliği, konuşma güçlüğü, bilinç dışı davranışlar sergilemesi üzerine acil servise getiriliyor. Acil serviste başka bir doktor tarafından değerlendirilen hastaya INR değeri bakılmadığı, ilacın dozunun daha önce söylenilenin aksine azaltılması gerektiğini, durumunun değişmez ise hastanın tekrar getirilmesi koşulu ile hastanın bırakıldığı belirtiliyor. Acil hekiminin kendini savunmasında ise nöroloji konsültasyonu istendiğini, hastanın ajitasyonu nedeni ile kan alınamadığını ve hastanın ailesinin istemesi üzerine gitmelerine izin verildiği belirtiliyor. Burada çok önemli bir husus hastanın ve yakının hastaneden kendi istekleri ile çıktıklarına dair ibarenin görülememiş olmasıdır. Nitekim kardiyoloji uzmanı bilir kişi raporunda; hastanın yatırılarak takip edilmesi gerektiği, hasta yakınlarının hastayı kendi istekleri ile çıkardıklarına dair bir belgenin bulunmadığı, bu sebeple hastanenin kusurlu olduğu belirtiliyor.

VAKA-5, T.C. DANIŞTAY 1. DAİRE E.2011/842 K.2011/1322 T.21.9.11

Dosya incelendiğinde; ilk göze çarpan 2007 yılında vuku bulan hadisenin 2011 yılında karara bağlanmış olmasıdır. 20.10.2007 tarihinde şikâyetçi babasını sırt ağrısı ve baş dönmesi ile acile götürdüğünü acil servis rotasyonunda bulunan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ana bilim dalında fahri araştırma görevlisi doktor tarafından hastaya ilk müdahalenin uygulandığını EKG ve akciğer grafisi ve bazı kan testlerinin istenmesine karşın tetkiklerin zamanında değerlendirememesi nedeni ile tanın konulamadığını ve tedavinin uygulanamadığını ve yaklaşık acil servise getirilişinin 3. saatinde durumunun kötüleşip müdahale edildiğini ve yaklaşık müdahaleden bir saat sonrada hastasının yaşamını yitirdiğini belirtiyor. Bu davada elimizde hastanın EKG'si kan tetkikleri fizik muayene bulguları olmadığından hastanın neden öldüğü hakkında yorum yapmak çok zordur. Göğüs ağrısına yaklaşım çok geniş bir hastalık yelpazesini kapsar. Yoğun çalışılan acil servislerde her hastaya miyokart enfarktüsü ya da aort disseksiyonu gibi mortalitesi yüksek hastalıklara yönelik ayırıcı tanı için ileri tetkik yapmak çok zor olsa da hekimin neden bunları düşünmediğine ait küçük bir anamnez ve fizik muayene notu koyması hekimi kurtarıcı olacaktır. Bu yaklaşımlar hekimleri yıllarca peşinden geleceği bir davadan koruyacak çok önemli hususlardır.

KAYNAKLAR

1. A Competency Guide in Interventional Cardiology of Turkish Society of Cardiology. Turk Kardiyol Dern Ars. 2005;33(1):28-68.
2. Gillebert TC, Brooks N, Fontes-Carvalho R, et al. ESC Core Curriculum for the General Cardiologist. Eur Heart J 2013;34:2381-2411.
3. Aşcıoğlu C. Tıbbi Yardım ve El Atmadan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki). Ankara: Tekışık Ofset Tesisleri; 1993.
4. Yorulmaz C, Kır Z, Ketenci Ç. (2-6 Şubat 2006). Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, Sempozyum Dizisi. İstanbul. 48, 55-6.
5. Yorulmaz AC. İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
6. Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları, "Adli Tıp I" içinde, (Editörler: Soysal. Z., Çakalır C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Rek. No: 4165, Fak. No: 224, İstanbul, 1999; 45-60.
7. Pakiş I. Ölüm ya da Ölü Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımda Adli Otopsinin Rolü. Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
8. Pakis I, Yayci N, Karapirli M, et al. Autopsy profiles of malpractice cases. J Forensic Leg Med 2009;16(1):7-10.
9. Wu KH,Yen YL, Wu CH, et al. Learning from an analysis of closed malpractice litigation involving myocardial infarction. J Forensic Leg Med 2017;48:41-45.
10. Olcay A, Emren SV, Güler GB, et al. The opinion of Turkish cardiologists on current malpracticesystem and an alternative patient compensationsystem proposal: PCS study group. Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45(7):630-637.
11. Arıkan M, Kalkan E, Erdi F, et al. Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Turk Norosir Derg 2016;26(1):40-48.
12. Altun G, Yorulmaz AC. Physician Responsibilty and Medical Malpractice After the Legal Regulations. Trakya Univ Tip Fak Derg 2010;27 Suppl 1:7-12.

Dr. Ayşe Hüseyinoğlu Aydın

Bölüm 7

KOMPLİKASYON, İŞLEM SONRASI TAKİP VE KUSUR KOMPLİKASYON AYIRIMI İLE İLGİLİ DAVALAR

Kardiyoloji Pratiği Açısından Örnek Davaların İncelenmesi

Tababet uygulamaları sırasında istenmeyen durumlar gelişebilir ve bunlara bağlı olarak hastalarda yaralanma ya da ölüm gerçekleşebilir. Bu istenmeyen kayıplar, hekimin dikkatsizlik ya da özensiz davranışları sonucunda hata kabul edilen ve malpraktis olarak adlandırılan durumların neticesi olarak gerçekleşebileceği gibi evrensel tıbbın kabul ettiği prosedürlerin uygulanmasına ve her türlü önlemin alınmasına rağmen yaşanabilir. Tıbbi standartlara ve evrensel tababet uygulamalarına uygun müdahalelere, hekim ve diğer hastane personelinin her türlü tedbir ve dikkatine rağmen ortaya çıkan ve tıp çevreleri tarafından kabul edilen, meydana gelmesi önceden belli bir risk oranında beklenen zararlara komplikasyon denir.

Malpraktis ve komplikasyon ayırımı önemlidir. Dünya Tabipleri Birliği'nin 1992'de yaptığı tanıma göre, malpraktis, doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması,

beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. Türk Tabipler Birliği'ne göre ise (1998) bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulaması olarak tanımlanmıştır. Yargıtay'a göre ise hekim tıp verilerini yanlış ya da eksik uygulamışsa, mesleğinin gerektirdiği özel görevlere gereği ve yeteri kadar uymamışsa kusur var demektir. Ülkemizde güncel hukukta hakimler Yargıtay tanımına göre karar vermektedirler.

Hukuksal olarak, hekimler ve diğer sağlık personeli, görevlerini komplikasyon kelimesinin hukuktaki karşılığı olan "izin verilen risk" kavramı çerçevesinde yerine getirirler. Komplikasyon nedeniyle meydana gelen kayıplardan dolayı hekim sorumlu tutulamaz nitekim Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 13. maddesinde, "tabip ve diş tabibi, ilmî icapları uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez" şeklinde ifade edilmiştir. Ancak hekim komplikasyonların uygun bir şekilde yönetilmesinden sorumludur. Komplikasyonlarla ilgili önlemlerin önceden alınmış olması gerekir. Başlangıçta bir komplikasyon olarak başlayan durum, sürecin iyi yönetilememesi nedeniyle malpraktise dönüşebilir.

Komplikasyondan dolayı dünyanın hiçbir yerinde hekimler suçlanmaz ve bundan dolayı onlara bir ceza verilmezken malpraktis, birçok ülkede suç kabul edilir ve hekim tarafından meydana gelen zararın diyetinin ödenmesi talep edilir. Kusur olarak kabul edilen malpraktis durumu gerçekleştiğinde bile İsviçre Federal Mahkemesi'nde kusur büyük değilse hekime ceza verilmemesi yönünde kararlar verilmiştir. Çünkü hekime ceza verilmesinin hekimlik gibi icrası zor ve karışık bir mesleğin uygulanmasına engel olacağı düşünülmüştür. Henüz ülkemizde ve dünyada komplikasyon ve malpraktis arasında net bir çizgi çekilememişken ve bir bilir kişinin komplikasyon başka bir bilirkişinin malpraktis dediği davalar mevcutken hekimlere malpraktis nedeniyle ağır tazminatlar ve hapis cezalarının verilmesi hekimlerin riskli işlemlerden kaçınmasına ve mesleklerini icra edememelerine neden olmaktadır. Böylece sigorta şirketlerinin de devreye girdiği, sağlık hizmetlerinin maliyetinin arttığı ve gerekli riskli işlemlerin yapılmadığı defansif tıp modeli gelişmektedir. Bu bir halk sağlığı sorunudur, önüne geçilmesi elzem bir durumdur ve ivedi bir şekilde önlemler alınmaması halinde bu sorun daha da büyüyecek gibi görünmektedir.

Tıbbi uygulama hatası incelenirken, tıbbi işlem ve uygulama bakım standartlarından sapma gösteriyor mu? Bu sapma bir kusur niteliği taşıyor mu? Bu olay hastada bir zarar oluşturdu mu? Bakım standartlarındaki sapma ile zarar arasında bir ilişki var mı? sorularına cevap aranır. Tıbbi işlemi uygulayan kişi ile zarar arasında ilişki varsa yani adli tıp tabiriyle illiyet bağı varsa bu bir kusur mu komplikasyon mu sorgulanmalıdır. Bir zararın kusur olup olmadığı bilirkişi tarafından belirlen-

mektedir. Fakat, ilgili davalar incelendiğinde, bilirkişiler arasında ya da bilirkişilerin görüşleri ile tıp çevrelerince kabul görmüş kitaplar ve kılavuzlar arasında bile uyumsuzluklar hatta çelişkiler olabildiği görülmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu, Tıp Fakültelerinin Adli Tıp anabilim dalları ile ilgili branşlara dair anabilim dalları ve tabip odaları bilirkişi olarak tayin edilmektedirler. Bilirkişi raporu delil sayılmaktadır ancak, mahkeme bilirkişi görüşünü kabul veya reddetme konusunda serbesttir.

Ülkemizdeki ceza kanunu ve medeni kanunda hekimlerin "cezai" ve "hukuki" sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır. Sağlık çalışanlarına uygulanan mesleki ve etik kurallar genel anlamda yasal sorumluluklarının da temelini oluşturmaktadır. Türk Ceza Kanunu'nda ise malpraktis diye bir tanım yoktur. Kabaca malpraktis kabul edilen veya malpraktis yerine geçen kusur ve özenin ihlal edildiği haller hukukta taksir olarak kabul edilmiş ve Türk Ceza Kanunu'nun 22. Maddesi'nde "Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir".

Taksir şu dört şekilde ortaya çıkabilir: Tedbirsizlik, dikkat ve özen eksikliği, meslekte acemilik ve yetersizlik, emir ve yönetmeliklere riayetsizlik. Bu şekliyle ele alındığında dikkatsizliğin sınırını çizmek zordur. Örneğin 17. davada, efor testi iskemik açıdan pozitif çıkan bir hastaya koroner anjiyografi işlemi yapılmış, işlem sonrasında genel durumu bozulduğu için tomografi çekilmiş ve süperior çölyak trunkusda kanama olduğu ve bunun koroner anjiyografi sırasında meydana geldiği düşülmüştür. Daha sonra cerrahi ekip tarafından müdahale edilmesine rağmen hasta hayatını kaybetmiştir. Bunun üzerine hastanın yakınları tarafından hekime dava açılmıştır. Bilir kişi koroner anjiyografi sırasında arter yaralanmalarının koroner anjiyografi komplikasyonu olduğuna ve taksir olmadığına kanaat getirmiştir. Bu alanda kabul görmüş kardiyoloji kitaplarında da böyle komplikasyonların olabileceği bilgisi mevcuttur. Burada dikkat edilecek diğer bir nokta ise komplikasyon geliştikten sonra komplikasyon yönetimidir. Eğer komplikasyon zamanında fark edilemezse ve onu düzeltmek için gerekli tıbbi müdahaleler vaktinde ve doğru bir şekilde tatbik edilmezse ve bundan dolayı hasta bir zarar görürse genel kanı bunun da malpraktis olduğu yönündedir. Örnek davayı incelemeye devam ettiğimizde, kardiyoloji hekiminin, işlem sonrası

epigastrik ağrı ve batın distansiyonu olduğunu fark ettiği hastaya bilgisayarlı tomografi çekimi istemiş, genel cerrahi ve radyoloji konsültasyonlarına başvurmuş ve gerekli müdahaleleri yapmış olduğu görülmektedir. Mahkeme tarafından kusur bulunmayan davaya hasta yakınlarının avukatı itiraz etmiş ve koroner girişim sırasındaki atar damar yaralanmasını dikkatsizlik olarak belirtmiş ve hekimin kusurlu olduğunu iddia etmiştir. Ayrıca komplikasyona müdahale eden cerrahların tanıyı koymakta geciktiklerini ve tedavi etmekte dinamik davranmadıklarını bu yüzden de kusurlu olduklarını ifade etmiştir. Devamında hasta arrest olduktan sonra ona müdahale eden ve ölüm belgelerini düzenleyen anestezi ve reanimasyon hekimini ve hastane yönetimini otopsi yapmadıkları için ölüm nedenini ortaya koyamamaya sebebiyet vermekle suçlanmıştır.

Bu olgu, komplikasyon takibi, hukuka ve tıbba göre komplikasyon - malpraktis ayrımı, komplikasyon ya da kusurdan kimin sorumlu olduğu, bir hekimin idari görevi nedeniyle dahil olmadığı bir tıbbi süreçten sorumlu olması gerekip gerekmediği gibi konuların aslında ne kadar karmaşık ve belirsiz olduğunu gösteren örnek bir davadır. Koroner anjiyografi sırasındaki damar yaralanmaları dikkatsizlik sonucu taksir mi yoksa beklenen bir tıbbi komplikasyon mu? Cerrahların operasyon kararlarını geç verdikleri hangi objektif veriye dayanarak söylenebilir? Örneğin kaçıncı saatte ameliyata alınsaydı dinamik davranmış olurlardı? Ya da gerçekten geç mi kaldılar? Bunun ayrımı nasıl yapılabilir? Örneğin bazı durumlarda tanının kesinleşmesini, tablonun belirginleşmesini, ya da ameliyat dışı tedavilerle hastaya bir şans tanınmasını beklemek hastanın yararınadır tam tersi erken ameliyat edilmesi hastaya zarar verebilir. Bunun doğru zamanda yapılıp yapılmadığının kıstası hastanın zarar görüp görmemesi midir? Bu davada dikkati çeken başka bir konu da otopsi yapılmamış olmasına dair suçlamadır. Ülkemizde rutin otopsi yapılmamakta ve hangi hastalara otopsi yapılması gerektiği ile ilgili bir yönetmelik ya da tıbbi kılavuz bulunmamaktadır. Minnesota Protokolü'nde «şüpheli ölümler için yapılacak otopsilerde" şeklinde bir ifade yer almaktadır. Türkiye'deki hekimlik uygulamasında da hekimler şüpheli buldukları ya da ölüm nedeninin kesinleşmesinin diğer aile bireylerine tıbbi yarar sağlayacağı durumlarda otopsi yapmaktadırlar. Ancak ülkemiz şartlarında ölüm nedeninin klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla belirlenebildiği durumlarda otopsi yapılması yaygın değildir.

Örnek davada başhekim de malpraktisin bir parçası olarak suçlan-

mıştır. Sorulması gereken diğer bir soru ise konunun uzman hekimleri tarafından hazırlanmış bir raporu inceleyen ve usulüne uygun ise imzalayan başhekim, kendi uzmanlık alanına girmeyen tıbbi içerikten dolayı sorumlu tutulabilir mi? Aynı zamanda, hastane yönetiminin suçlanması, komplikasyondan kimlerin sorumlu tutulacağı sorusunu beraberinde getirmektedir. Örneğin bir işlem sırasında hemşirenin ya da asistan hekimin yapacağı bir hatadan kaynaklı bir zarardan operasyonun sorumlusu hekimin de ceza alıp almayacağı sorusuna net bir cevap verilmiş değildir. Bir klinik veya cerrahi tedaviden esas olarak uzman hekim sorumludur. Ancak bir ekip içerisindeki her kişi kendi meslekî görevleri kapsamında ortaya çıkan olumsuzluklardan sorumlu tutulabilir. Bu soruların cevapları belirsizdir ve bu konuda ülkemizdeki bütün hekimlerce kabul edilmiş kılavuzların eksikliği kimin haklı olduğu sorusuna net bir cevap verilmesine engel olmaktadır. Ama kabul edilmelidir ki, bu olgu sadece olaya dahil olan hekimler ve hasta yakınları arasındaki bir hukuk süreci değildir. Bu belirsizlik, diğer hekimleri de tedirgin ettiği için, ülkedeki bütün sağlık işleyişini etkileyecektir. Örneğin, bu dava, koroner anjiyografi işlemini yapan hekimlerin yarın ne ile suçlanacaklarını bilmedikleri hukuksal bir belirsizliğe yol açacaktır.

T.C Yargıtay 12. Ceza Dairesi E.2014/11636 K.2014/20830 T.23.10.2014 (birinci bölümün 13.davası) sayılı davada koroner anjiyografi sırasında damar kılıfından yanlışlıkla etil alkol verildiği ve bu nedenle hastanın yaralandığı, bu yaralanmadan dolayı anjiyografi işlemi yapan hekimin taksirle yaralamadan hüküm giydiği anlaşılmaktadır. Hekimin avukatı tarafından bilirkişi raporuna istinaden bu kusurun hemşirelik hizmetinden kaynaklandığı dolayısıyla hekimin sorumlu tutulmamasının gerektiği şeklinde itiraz edildiği ve Yargıtay tarafından bu itiraz haklı bulunduğu için hükmün bozulduğu görülmektedir. Bu dava, işlem sırasında hemşire ve diğer personelin de yaptıkları işlemin sorumluluğunu taşıdıklarını ve kendi dikkatsiz ya da özensiz davranışlarından dolayı hekimin suçlanamayacağını gösteren bir örnek olmuştur. Kardiyoloji işlemlerinin çoğu bir ekibin katılımı ile yapılmaktadır. Çoğu kez ekibin lideri bir hekim olmakta ve yapılan bütün işlemlerden doğrudan ya da dolaylı olarak sorumlu tutulmakla birlikte örnek davalar incelendiğinde ve konuyla ilgili literatür tarandığında her personelin kendi sorumluluğu olduğu ve bundan dolayı doğacak bir zarardan sorgulanacağı anlaşılmaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarına ödenen yüksek tazminatlar, toplumda hekimlere karşı açılacak davaların sayısında artışa yol açıp daha yavaş çalışan ve maliyetin risk nedeniyle çok artacağı bir sağlık sistemi oluşturacaktır. Bunun en çarpıcı örneği Amerika Birleşik Devletleri'dir.

Literatür incelendiğinde başka ülkelerde hekimden özenin beklenemeyeceği hallerde, kusurdan bahsetmek mümkün olmaz 19 saat aralıksız çalışmadan sonra fiziki aşırı yüklenme dolayısıyla hata yapan hekimin, bir tıbbi hata yaptığı kabul edilmekle beraber, hekimin konsantrasyona ihtiyacı olduğu, aşırı yorgunluk neticesinde yaptığı hatanın ona yüklenemeyeceği şeklinde karar verilmiştir. Nitekim yapılan çalışmalarda 12 saatlik gece ve gündüz vardiyaları halinde çalışan asistanların bilişsel işlevlerinin vardiya çıkışlarında kısmen bozulduğu, özellikle gece vardiyası sonrası bu işlevlerin daha çok etkilendiği görülmüştür.

T.C Yargıtay 12. Ceza Dairesi E.2013/11286 K.2013/19375 T.9.9.2013 birinci bölümün yirmi ikinci davası) sayılı davada, koroner anjiyografi işlemine bağlı olarak retroperitoneal kanama olduğu ve buna bağlı hayatını kaybettiği düşünülen bir hastanın hekimleri taksirle öldürme suçundan yargılanmışlardır. Koroner anjiyografi sonrası birçok ölümcül komplikasyon gelişebilir. Hastayı değerlendiren hekim kendisine daha olası görünen başka bir tanıya yoğunlaşıp öncelikle ona tanı koyup onu tedavi etmeye çalışabilir. Daha nadir bir komplikasyon ve hastalık kendini gizleyebilir. Hekimin önce daha olası bir tanıyı belirleyip ona yönelik tedavi uygulamaya başlaması ve bundan dolayı asıl tanıyı koymakta gecikmesi gözlenebilen bir durumdur. Bu durumda, yine benzer koşullarda görev yapan konu ile ilgili başka bir uzmanın da tespit edemeyeceği türden problemlerle ilgili olarak, hekimi sorumlu tutmak doğru olmayacaktır. Hızlı ilerleyen ve ölümle sonuçlanan bazı komplikasyonlar, henüz tanı konup önlem alınmadan hastanın hayatına mal olabilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus, hekimin çalışma koşullarıdır. Birbirinin hemen aynısı olan olgularda, donanımlı bir hastane ile zor koşullarda tek başına görev yapan bir hekimin de sorumluluğu aynı olmayacaktır. Bu vakalarda, kusur - komplikasyon ayrımını yapmak için, kılavuzlar ve referans kitapların önerdiği tanı ve tedavi algoritmalarına dikkat edilmiş mi, gerekli tetkikler önerilen sıra ve sürede istenmiş mi, konunun uzmanı tarafından değerlendirilmiş mi gibi sorulara cevap aranır. Bu olguda bilirkişi hekimleri kılavuzlar doğrultusunda hareket ettikleri, mesleki standartlara aykırı davranmadıkları ve özen eksikliği-

nin bulanmadığını göz önünde bulundurarak kusur olmadığı sonucuna varmıştır. Buna dayanarak Yargıtay da temyiz itirazını yerinde görmüş ve hükmü bozmuştur.

Hekim, mevcut tıbbi bilgiler doğrultusunda hastaya tedavi uygular. Ancak bazı hastalıklar modern tıbbın sunduğu bütün imkan ve tedavi seçeneklerine rağmen maalesef ölümcül seyredebilir ya da geri dönüşümsüz sakatlıklara yol açabilir. Yedinci davada, kronik miyeloproliferatif hastalık, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği tanıları olan hastaya anstabil angina pektoris tanısı ile koroner anjiyografi işlemi uygulanmış ve ameliyat kararı alınmıştır. Ameliyat sonrası hasta yoğun bakımdan çıkmadan hayatını kaybetmiştir. Hasta öldüğü için dava açılmış ama bilirkişiler tarafından bir taksir görülmediği için hekim beraat etmiş yine de davacılar tarafından temyiz istemi için Yargıtay'a başvurulmuş ancak temyiz istemi reddedilmiştir.

Modern tababet uygulamalarında yapılan her işlem beraberinde bir hukuki sorumluk getirmiştir. Örneğin bir kardiyoloji hekimi, yatırarak takip ettiği bir hastasına pnömoni tanısı koyup antibiyotik tedavisi başlayıp konsültasyon sayısını azaltıp hem işlemleri hem maliyeti azaltabilir. Ama bu sırada hasta ölürse, kardiyoloji hekimi hukuksal bir sıkıntı yaşayabileceği ihtimali nedeniyle göğüs hastalıkları konsültasyonu istemek zorunda kalır ve devamında antibiyotik seçiminin uygun olup olmadığı ve hatta temini için bir de enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu gerekecektir. Diğer bir belirsizlik ise enfeksiyon hastalıkları hekimi uygun olmayan bir tedavi verirse ya da tedaviyi erken sonlandırırsa ve bundan dolayı hasta bir zarar görürse kardiyoloji hekimin akıbetinin ne olacağı sorusudur. Sekizinci olguda bununla ilgili bir dava örneği mevcuttur. Protez kapak implante edilen ve kapağında enfeksiyon tespit edilen hastaya antibiyotik tedavisi başlanmış, bir süre sonra hasta taburcu edilmiş ve taburculuk sonrası hayatını kaybetmiştir. Bu davada kan kültüründe pseudomonas üreyen hastadan kontrol kan kültürü çalışılmadan ve yeterli sürede antibiyotik tedavisi verilmeden hastanın taburcu edildiği iddiası vardır. Antibiyotik tedavisinin yeterli olup olmadığı ve bundan kimin sorumlu olduğu sorgulanmaktadır. Görüldüğü gibi, hekim kardiyak işlemler ve bunlara bağlı komplikasyonlar dışında uygun konsültasyon istenmesi ve konsültasyon önerilerine uyulması ile ilgili de sorgulanmaktadır.

T.C Danıştay 15. Daire E.2015/7219 K.2016/1328 T.3.32016 (Üçüncü bölümün birinci davası) sayılı davada, ASD onarma operasyonundan

yirmi üç gün sonra kardiyak tamponat gelişen bir hastaya uygun tanı ve tedavi ile yaklaşıldığı fakat rahatlama sağlanmadığı için tüp drenajı yönteminin uygulanması gerektiği ve bu tedavide geç kalındığı için hastada serebrovasküler hastalık nedenli sakatlık kaldığı kanısına varılmıştır. Bu nedenle de davalı hekime para cezası verilmiştir. Dava dosyası üzerinden ileri tedavide ne kadar geç kalındığı hakkında bir bilgiye ulaşılamıyor. Bilirkişinin yazdığı raporda da bu işlemin herhangi bir kılavuz ve ya kitaba göre ne kadar süre içinde yapılması gerektiğini ve ne kadar geç kalındığını belirten objektif bir veriye rastlanılmıyor ve yine sınırları net bir şekilde belirli olmayan bir durum kusur lehine değerlendiriliyor.

Hastaya verilen hizmetin niteliği sadece hekim tarafından belirlenmiyor. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, eğitim sistemi, ayrılan kaynaklar, altyapı uygulanan tedaviyi belirlemede direkt veya dolaylı olarak etkili oluyor. Farklı uzmanlık alanlarında hekimlere açılmış olan bazı dava örneklerinde, malzeme kalitesizliğinden kaynaklanan durumlardan da hekim sorumlu tutulmuştur. Bu durum elbette öncelikle özel veya kamu sağlık kurumlarının organizasyon kusurları kapsamında değerlendirilmelidir. Burada hekimlere düşen güvenmedikleri malzemeleri mümkün olduğunca tercih etmemeleri ve bu gibi sıkıntıları raporla kayıt altına almalarıdır. Kayıtlı raporlar, hekimin haklılığını ortaya koyarken başvuracağı en önemli kaynaktır. Hastaya dair tartışılıp verilen kararların kayıt edilmesi ve hastaya olası risklerin anlatılıp kayıt edilmesi hekimin hukuki sorumluluğundan kaynaklanan sorunların oluşma riskini azaltmaya yardımcı olacaktır.

Hekimler kılavuzların, kitapların ve eğitimleri sırasında öğrendikleri bilgilerin ışığında kendi bilgi ve becerileri ile hastaya tanı koyup onu tedavi etmeye çalışırlar. Hekimin bilgi ve becerilerinin yeterliliğinde bir eksiklik varsa ve bundan dolayı bir zarar oluşmuşsa bu da kusur kabul edilmektedir. Hekimi yetiştiren kurumun kendisi hekim yetiştirme konusunda yetersizse ya da evrensel tıp standartlarına göre eğitim vermemişse bu hekimin yeterliliğinden önce ona yeterlilik sertifikasını veren kurumun yeterliliğinin sorgulanması ve düzeltilmesi yine bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanacak kusur ve komplikasyonları azaltacaktır.

Sonuç olarak komplikasyon ve malpraktis ayrımının çoğu kez tam olarak yapılamaması, hukukçu gözünden kusur ile hekim gözünden kusur arasında farklı yorumlar olması ve bilirkişilerin de takip edeceği ulusal kılavuzların yetersizliği gerek hasta gerekse de hekimlerin zaman zaman mağduriyet yaşamalarını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu sorun sade-

ce bizim ülkemizde değil dünya genelinde yaşanan, hekimlik mesleğinin icrasını zora sokan bir sorun olmaya devam etmektedir. Bir zararın komplikasyon mu yoksa kusur mu olduğu incelenirken bu durumun daha önce öngörülüp gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı, bilgi ya da beceri eksikliğinden mi meydana geldiği, işlemi yapan kişinin bunu yapmaya yetkisinin olup olmadığı, bu bir komplikasyonsa zamanında tanı konulup konulmadığı, doğru tanı araçlarının tercih edilip edilmediği, gerekli konsültasyonların istenip istenmediği, tedavisine zamanında başlanıp başlanmadığı, doğru ve mevcut kılavuzların önerdiği tedavilerin uygulanıp uygulanmadığı, hekimin bu konuda özenli davranıp davranmadığı gibi sorulara cevap aranır ve bunlara verilecek yanıtlara göre komplikasyon malpraktis ayrımı yapılır. Hekim de bir komplikasyonla karşılaştığında bu soruları göz önünde bulundurup her komplikasyonu tedavi edilmesi gereken yeni bir hastalık olarak görüp duruma en acil şekilde yaklaşmalıdır. En acil sınırı, erken tedavinin ne kadar erken olması gerektiği ve örneklerde de tartışıldığı üzere dikkatsizlik ve kaçınılmaz risk ayrımı konusundaki belirsizlikler ulusal/uluslararası kılavuzlar ve kitaplar ile azaltılmaya çalışılmaktadır. Kardiyoloji gibi girişimsel işlemlerin çok olduğu ve ölümcül hastalık gruplarına tedavi vermeye çalışan branşlar için sağlık bakanlığı ve meslek dernekleri ve odaları aracılığıyla sınırları daha belirgin ve kapsamı daha geniş bilirkişi raporları ve kılavuzları hazırlanması gereklidir. Böylelikle hem hekim hem de bilirkişi daha objektif kararlar verebilecektir. Eğer objektif bir sınır belirlenemez iddiası varsa, ortada bütün tıp çevrelerince kabul edilen büyük bir ihmal olmamasına rağmen hekimin ceza alması diğer hekimlerin de tedavi planını çizerken en az riskli yolu seçmesine, risklerin yükseldiği rotalara yönlenmemesine ve hastaların tedavisiz kalmasına neden olacaktır.

Diğer bir konuda çalışma saatleri ve komplikasyon ve hata oranlarının artması konusudur. Türkiye'de kardiyoloji hekimleri bazı yerlerde haftanın yedi günü günün yirmi dört saati görevlendirilmektedirler. İncelenen davalarda kusurun olup olmadığı bilirkişilerce incelenirken hekimin çalışma saatleri ve ortamı, birlikte çalıştığı personel ve malzeme yeterliliği ile ilgili bir incelemeye rastlamadık. Ortada bir kusur varsa bunların da göz önünde bulundurulup sorumluluk ve cezanın paylaşılması gerekliliği daha önce gelişmiş ülkelerde tartışılmış ve bunlara önlemler, çözümler getirilerek malpraktis ve komplikasyon oranları azaltılmıştır.

Komplikasyon ya da malpraktis ortaya çıktıktan sonra hekime yüklenen ağır para ya da hapis cezaları asla kayıpları geri getirmeyecek, belki de daha hantal çalışan, daha az tedavi eden ve daha pahalı bir sağlık siteminin doğmasına neden olacaktır. Ülke düzeyinde hem tıbbi hem de hukuki düzenlemeler getirilmesi, çalışma şartları ve hekim yeterliliği ile ilgili iyileştirmeler malpraktis ve komplikasyonları azaltmanın en etkili yolu gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Can İÖ, Özkara E , Can M Yarg ıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarını Değerlendirilmesi, DEÜ tıp fakültesi dergisi 2011;25-2: 69 – 76
2. Birgem N, Tıbbi uygulama hatalarına adli tıp açısından yaklaşım, Ankem Derg 2006;20(Ek2): 20-25
3. Koç S, Adli tıbbi açıdan malpraktis ve hekim sorumluluğu. Bulletin of Thoracic Surgery / Toraks Cerrahisi Bülteni . 2014; 5-1: 14-22
4. Hakeri H, Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayırımı. Bulletin of Thoracic Surgery / Toraks Cerrahisi Bülteni . 2014; 5-1: 23-28.
5. Sönmez MM, Seçkin FM, Şen B, Birgen N, Ertan A, Öztürk İ, Adli Tıp Kurumu'ndan görüş sorulan ve ortopedi uzmanlık alanına giren tıbbi uygulama hatalarının gözden geçirilmesi, Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(4):351-358
6. Minoseta Protokolü, Birleşmiş Milletler Hukuk Dışı, Keyfi ve Yargısız infazların Önlenmesine ve Soruşturulmasına İlişkin El Kılavuzu. TİHV yayınları 1. Baskı, İstanbul
7. Miyokardiyal Revaskülarizasyon Kılavuzu Türk Kardiyol Dern Ars. 2010;38(3): 19-78

Bölüm 8

YARGI KARARLARI

KARDİYOLOJİ CEZA

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2015/14398
K. 2016/12604
T. 10.11.2016

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılanlar vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelendi gereği düşünüldü;

KARAR : Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, incelenen dosya kapsamına göre, katılanlar vekilinin yerinde görülmeyen sair temyiz itirazlarının reddine; ancak;

Olay gecesi ölenin saat 02.00-02.30 sıralarında uykusundan uyanarak kardeşi tarafından, kollarının ve göğsünün ağrıması şikayeti ile saat 02.35'de ...Devlet Hastanesi Acil Servisine araç ile getirildiği, acil polikliniğinde hekim olan sanık Dr. ... tarafından muayene edilerek panik atak, göğüs ağrısı, bronşit + myalji teşhisi ile, TA:110/80 mmHg ölçüldüğü, Dekort ve Novalgin ampul tedavisi uygulanan reçete yazılarak evine gönderildiği, ölenin acilden yürüyerek çıkıp kardeşi ile birlikte hastanenin karşısındaki eczaneye araç ile gittiği, ilaçları alındıktan sonra kardeşi tarafından aracın içinde baygın vaziyette görülüp hemen hastaneye geri götürüldüğü, hastanın ilk muayeneden yaklaşık yarım saat-kırk beş dakika sonra saat 03.10'da tekrar ex duhul olarak hastaneye geldiği, CRP uygulandığı, **kardiyoloji** uzmanının arandığı, nöbetçi uzman doktorun

çağrıldığı, müdahalelere rağmen döndürülemediği ve ölümün kalp damar hastalığı sonucu meydana gelmiş olduğu;

Dosyada mevcut Adli Tıp .. İhtisas Kurulu'nun 26.10.2011 tarihli raporunda; saat 02.30 sıralarında göğüs ve kol ağrıları ile uykusundan uyanarak hastanenin acil servisine gelen ve sanık tarafından muayene edilen kişiye şikayetleri ile uyumlu tetkiklerin yapılmaması (EKG, PA akciğer grafisi, kan biyokimyası, kardiak emzimler vs), müşahadeye alınıp takip edilmemesi, dahiliye veya **kardiyoloji** konsültasyonlarının istenmemesinin eksiklik olduğu, bunun yanında gerekli tetkiklerin ve tedavisinin zamanında yapılması halinde de kurtulmasının kesin olmadığı yönünde görüş bildirildiği; Yüksek Sağlık Şurası raporunda ise; hastanın ilk müracaat ve muayenesinde gerekli tetkik ve tahlillerin yapılmadığı, ancak gerekli tetkikler yapılsa dahi hastada mevcut olan kardiyomiyopatinin temel tetkiklerle tespitinin zor olduğu, kalp damarlarındaki %50 darlığın tek başına ölümü tevlid etmeyeceği ve hastada mevcut olan kardiyomiyopati›nin de ölümde payı olduğu, sanığın eylemlerinde eksiklik ve kusur bulunduğu, ancak bu kusur ile ölüm arasında illiyet bağının olmadığı görüşüne yer verildiği;

Tüm bu belirlemeler karşısında; sanık hakkında taksirle bir kişinin ölümüne neden olmak suçundan açılan kamu davasının yapılan yargılaması sırasında, her ne kadar dosyada içeriğine göre sanığın kusurlu eylemi ile ölüm nedeni arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı net olarak tespit edilememiş ise de, sanığın, ölenin olay gecesi saat 02.35 te hastaneye ilk müracaat ettiğinde şikayetlerini ayrıntılı dinleyip, kol ve göğüs ağrısı şikayeti bulunduğunu da göz önüne alarak, Adli Tıp raporunda da belirtildiği üzere şikayetleri ile uyumlu tetkiklerini yaptırması, müşahadeye alıp takip etmesi, dahiliye veya **kardiyoloji** konsültasyonlarını istemesi gerekirken, bunları yapmamak şeklindeki eksik ve kusurlu eyleminin TCK›nın 257/2. maddesindeki ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçu kapsamında değerlendirilerek, sanığın atılı suçtan cezalandırılmasına karar verilmesi gerektiği gözetilmeden, delillerin hatalı değerlendirilmesi sonucu sanığın kusuru bulunmadığından ve taksirle öldürme suçunun görevi kötüye kullanma suçuna dönüşemeyeceğinden bahisle yazılı şekilde beraatine karar verilmesi;

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, katılanlar vekilinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden hükmün bu sebeplerden dolayı 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA; 10.11.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2016/5210
K. 2016/12164
T. 24.10.2016

DAVA : Taksirle öldürme suçundan şüpheliler ..., ..., ..., ... ve ... haklarında yapılan soruşturma evresi sonucunda ... Cumhuriyet Başsavcılığınca düzenlenen 16.10.2015 tarihli ve 2015/4534-15 soruşturma, 2015/7232 Sayılı kovuşturmaya yer olmadığına dair karara karşı yapılan itirazın reddine dair ... Sulh Ceza Hâkimliğinin 03.12.2015 tarihli ve 2015/3106 değişik iş sayılı kararını kapsayan dosya incelendi.

5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 160. maddesinde yer alan "Cumhuriyet savcısı, ihbar veya başka bir suretle bir suçun işlendiği izlenimini veren bir hâli öğrenir öğrenmez kamu davasını açmaya yer olup olmadığına karar vermek üzere hemen işin gerçeğini araştırmaya başlar. Cumhuriyet savcısı, maddî gerçeğin araştırılması ve adil bir yargılamanın yapılabilmesi için, emrindeki adlî kolluk görevlileri marifetiyle, şüphelinin lehine ve aleyhine olan delilleri toplayarak muhafaza altına almakla ve şüphelinin haklarını korumakla yükümlüdür." şeklindeki düzenleme karşısında, Cumhuriyet savcısının soruşturma yapmak zorunda olduğu, soruşturma dosyası kapsamına göre, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 26.08.2015 tarihli ve 3696 karar sayılı raporunda ölenin ölümünün aterosklerotik kalp hastalığı-konjestif kalp yetmezliği ve gelişen komplikasyonlar sonucu olduğu ve anılan raporda ölenin tedavisine katılan Dr. ...'e atfedilecek kusur bulunmadığı gerekçesiyle kovuşturmaya yer olmadığına dair karar verilmiş ise de,

1-) Nefes darlığı şikayeti ile hastaneye yatırılan ölenin mitral kapak onarımı ameliyatı sonrası alındığı yoğun bakımda vefat etmesi sebebiyle Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulundan alınan raporda ölüm olayı ile ilgisi bulunmayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı üye yer almasına karşın, **kardiyoloji** veya kalp ve damar cerrahisi alanında uzman üyenin bulunmadığı,

2-) Yargıtay 12. Ceza Dairesinin 05.09.2013 tarihli ve 2012/19402 esas, 2013/19286 karar sayılı ilâmında da belirtildiği üzere; taksirle işlenen suçlardan dolayı kusurluluk değerlendirmesinin ancak mahkeme hakimi tarafından yapılabileceği, kusurun belirlenmesi normatif bir

> değerlendirmeyle mümkün olmakla birlikte konunun teknik bilgiyi gerektirmesi, hakimin hukuk bilgisiyle sorunu çözemeyeceği durumlarda, bilirkişi incelemesi yaptırılması gerektiğinde dahi, bilirkişinin inceleme yetkisi kusurlulukla ilgili olmayıp, işin tekniği ve norma aykırı davranışın belirlenmesi ile sınırlı olacağı, bilirkişi raporlarının mahkemeyi bağlayıcı değil, delilleri değerlendirme vasıtalarından biri olduğu, mahkemelerin gerekçelerini açıklamak suretiyle bilirkişi raporlarına itibar edip etmeme hususunda takdir ve değerlendirme hakkına haiz bulunduğu, bilirkişi tarafından münhasıran hakimin yetkisinde bulunan kusurluluk konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmaması gerekmekle birlikte bu yöndeki bir değerlendirmenin de hakimi bağlayıcı bir yönünün bulunmadığı, ayrıca 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 67. maddesinin beşinci fıkrası gereğince ilgililerin itirazlarının bildirilmesi için istemde bulunabilmelerini sağlamak üzere söz konusu Adli Tıp Raporunun tebliğ edilerek sonucuna göre bir karar verilmesi gerektiği, ölenin ölümü konusunda Yüksek Sağlık Şurası da dahil olmak üzere üniversitelerin tıp fakülteleri veya eğitim veren devlet hastanelerinden de görüş alınarak soruşturmanın buna göre sonuçlandırılması gerektiği gözetilmeden, itirazın bu yönlerden kabulü yerine, yazılı şekilde reddine karar verilmesinde isabet görülmediğinden bahisle 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 309. maddesi uyarınca anılan kararın bozulması lüzumu Adalet Bakanlığının 26.02.2016 gün ve 94660652-105-33-15369-2015-Kyb sayılı kanun yararına bozma talebine atfen, Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığının 07.03.2016 gün ve 2016/89978 Sayılı tebliğnamesi ile daireye ihbar ve soruşturma evrakı tevdi kılınmakla;

Dosya incelenerek gereği düşünüldü:
KARAR : Şikayetçi ...›un eşi olan kayden 13.01.1958 doğumlu ...›un nefes darlığı şikayeti ile 09.01.2015 tarihinde Özel ……Hastanesine başvurduğu, akciğer ödemi ön tanısı ile yatırılıp, anjıo sonrası cerrahi kararı alındığı ve 13.01.2015 günü mitral kapak onarımı ile CABGx4 yapılan hastanın postop yoğun bakım ünitesinde öldüğü olayın akabinde 13.04.2015 tarihinde vekili aracılığıyla ...Cumhuriyet Başsavcılığına müracaat eden şikayetçi ...'un, ameliyat öncesinde, ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasında yapılan hata ve ihmallerden dolayı eşinin ölümüne neden oldukları iddiasıyla tedavi ve operasyona katılan görevlilerden kalp ve damar

cerrahı Dr. ..., **kardiyoloji** uzmanı Dr. ..., hemşireler ..., ..., perfüzyonist ... ile Özel..... Hastanesi yetkilileri hakkında şikayetçi olması üzerine başlatılan adli soruşturma kapsamında,

... Cumhuriyet Başsavcılığınca, Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulunun 26.08.2015 tarihli, "...kişiye konulan tanının doğru olduğu, koroner anjiografi yapılmasının uygun olduğu, angiografi sonrası ameliyat endikasyonu olduğu, ameliyat hazırlıklarının tam yapıldığı, yapılan ameliyatın doğru olduğu, takiplerinin yapıldığı, konsültasyonların istendiği de dikkate alındığında Dr. ...'e atfı kabil kusur bulunmadığı..." şeklinde görüş içeren raporuna dayalı olarak şüpheliler ..., ..., ..., ... ve ... haklarında kovuşturmaya yer olmadığına dair karar verilmiş ise de,

Adli Tıp Kurumu 1.İhtisas Kurulunun 26.08.2015 tarihli raporunu hazırlayanlar arasında şikayete konu ölüm olayı ile ilgili **kardiyoloji** veya kalp ve damar cerrahisi alanında uzman üyenin bulunmaması sebebiyle raporun yetersiz olduğu dikkate alınmadığı gibi, anılan raporun, 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu›nun 67.maddesinin 5. fıkrası gereğince ilgililerin itirazlarının bildirilmesi için istemde bulunabilmelerini sağlamak üzere tebliğ edilmesi, İstanbul Adli Tıp Kurumu Genel Kurulundan, Yüksek Sağlık Şurasından ya da üniversitelerin ilgili bölümünden rapor alınarak, maddi olayın ve kusur durumunun şüpheye yer bırakmayacak biçimde belirlenmesi ve delillerin etraflıca araştırılıp ortaya çıkacak uygun sonuç çerçevesinde bir karar verilmesi gerektiğinin de gözetilmediği anlaşılmakla,

5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 173. maddesinin 3. fıkrası hükmü gereğince, şüpheliler ..., ..., ..., ... ve ... haklarında taksirle öldürme suçundan eksik incelemeye dayalı olarak verilen ... Cumhuriyet Başsavcılığının 16.10.2015 tarihli ve 2015/4534-15 soruşturma, 2015/7232 Sayılı kovuşturmaya yer olmadığına dair kararına karşı yapılan itirazın belirtilen şekilde inceleme yapılmasından sonra sonuçlandırılması yerine doğrudan reddine dair mercii ... Sulh Ceza Hâkimliğinin 03.12.2015 tarihli ve 2015/3106 değişik iş sayılı kararında isabet görülmemiş olup,

SONUÇ : Kanun yararına bozma talebine dayanılarak düzenlenen tebliğnamedeki bozma istemi incelenen dosya kapsamına nazaran yerinde görüldüğünden, ... Cumhuriyet Başsavcılığınca düzenlenen 16.10.2015 tarihli ve 2015/4534-15 soruşturma, 2015/7232 Sayılı kovuşturmaya yer olmadığına dair karara karşı yapılan itirazın reddine dair ... Sulh Ceza Hâkimliğinin 03.12.2015 tarihli ve 2015/3106 değişik iş sayılı

kararının 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 309. maddesi uyarınca isteme uygun olarak BOZULMASINA, müteakip işlemlerin mahallinde Sulh Ceza Hâkimliğince yapılmasına, dosyanın gereği için Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığına TEVDİİNE, 24.10.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
23. CEZA DAİRESİ
E. 2016/8306
K. 2016/8205
T. 20.9.2016

DAVA : Dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Suç dönemlerini kapsayan farklı tarihlerde ... Özel ...Tıp Merkezinin üroloji bölümünde çalışan doktor sanıklar ... ve ... ile **kardiyoloji** bölümünde çalışan doktor sanıklar ..., ... ve ...›in hastalara yapılmayan işlemleri yapılmış gibi göstererek sahte kayıtlar ve belgeler düzenleyip medula sistemi üzerinden SGK›ya faturalandırdıkları, bu eylemlere suç tarihlerinde mesul müdür olarak görev yapan sanıklar ..., ..., ... ve ... ile anestezi uzmanları sanıklar ..., ... ve ...›ın ve bilgi işlem sorumlusu sanık ...›ın iştirak ettikleri; yine acil serviste doktor olarak çalışan sanıklar ..., ... ve ...›ın iki hastanın muayenesi yapılmadığı halde acilde giriş yapıp muayene kaydının SGK›ya fatura edildiği; yine ...Dr. ... **Kardiyoloji** Dal Merkezinde doktor olarak çalışan sanıklar ..., ..., ... ve ...›ın hastalara yapılmayan işlemleri yapılmış gibi göstererek sahte kayıtlar ve belgeler düzenleyip medula sistemi üzerinden SGK›ya faturalandırdıkları, bu eyleme muhasebeci olan sanık ...›nın iştirak ettiği, ayrıca sanık doktorlar ..., ... ve ...›in işyerinin zor durumda olması sebebiyle ücretlerini alamayan .. ...Sanayi A.Ş.›nin çalışanlarına sahte istirahat raporları tanzim ederek sigortalılaran SGK›dan işgöremezlik ödeneği almalarına sebep oldukları, bu suretle sanıkların zincirleme suç niteliği kazanan resmi belge sahtecilik ve kamu kurum ve kuruluşlarının zararına dolandırıcılık suçlarını işledikleri iddia olunun somut olayda;

1-) Şikayetçi ... Tıp Özel Sağlık Hizm. Tic. ve San. A.Ş. vekilinin temyiz talebinin incelenmesinde;
Yargılama aşamasında katılma talebi reddedilen ...Tıp Özel Sağlık Hizm. Tic. ve San. A.Ş.'nin atılı suçlardan doğrudan doğruya zarar görme ihtimali bulunmadığından hükmü temyiz etme hakkı bulunmaması sebebiyle temyiz isteminin 5320 Sayılı Kanun'un 8/1. maddesi gereğince uygulanması gereken 1412 Sayılı CMUK'nın 317. maddesi uyarınca REDDİNE,

2-) Sanıklar ..., ..., ..., ... hakkında resmi belgede sahtecilik ve nitelikli dolandırıcılık suçlarından kurulan hükümlere yönelik temyiz taleplerinin incelenmesinde;

Beyanlar, bilirkişi raporları ve tüm dosya kapsamından sanıkların atılı suçları zincirleme suç niteliği kazanacak şekilde işledikleri anlaşıldığından mahkemenin kabulünde bir isabetsizlik görülmemiştir.

Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanıklar ... ve ... müdafii, sanık ... müdafii, sanık ... müdafiinin yerinde görülmeyen diğer temyiz itirazlarının reddine, ancak;

Nitelikli dolandırıcılık suçundan kurulan hükümlerde uygulanan kanun maddesi olarak TCK'nın 158/1-e maddesi yerine 158/1 maddesinin yazılması ve resmi belgede sahtecilik ve nitelikli dolandırıcılık suçlarından kurulan hükümlerde TCK'nın 53/1. maddesinde düzenlenen hak yoksunluklarının, Anayasa Mahkemesi'nin 24.11.2015 tarih ve 29542 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 08.10.2015 tarih, 2014/140 E, 2015/85 Sayılı iptal kararı doğrultusunda uygulamasının infaz aşamasında gözetilmesi mümkün görülmekle beraber, maddenin (b) fıkrasında yer alan "ve diğer siyasi hakları kullanmaktan" şeklindeki ibarenin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi sebebiyle bu hususlar,

Bozmayı gerektirmiş, sanıklar ... ve ... müdafii, sanık ... müdafii, sanık ... müdafiinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görülmüş olduğundan hükümlerin bu sebeplerden 5320 Sayılı Kanun'un 6723 Sayılı Kanun'un 33. maddesiyle değişik 8/1. maddesi gereğince uygulanması gereken 1412 Sayılı CMUK'nın 321. maddesi uyarınca BOZULMASINA, ancak yeniden yargılama yapılmasını gerektirmeyen bu hususların aynı Kanun'un 322. maddesi uyarınca düzeltilmesi mümkün bulunduğundan, nitelikli dolandırıcılık suçundan kurulan hükümlerde ilgili kısımdan "TCK 158/1" ibaresinin çıkartılıp yerine "TCK 158/1-e" ibaresinin eklenmesi; yine resmi belgede sahtecilik ve nitelikli dolandırıcılık suçlarından kurulan hükümlerde TCK'nın 53/1. maddesinin (b) bendinin uygulanmasına dair kısımdaki "ve diğer siyasi hakları kullanmaktan" ibaresinin tamamen çıkartılması suretiyle sair yönleri usul ve yasaya uygun bulunan hükümlerin DÜZELTİLEREK ONANMASINA,

3-) Katılan ... vekilinin sanıklar ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ..., ... hakkında kurulan beraat hükümlerine yönelik temyiz talebinin incelenmesinde;

Tüm dosya kapsamından sanıkların atılı suçları işlediklerine dair cezalandırılabilmeleri için her türlü şüpheden uzak, kesin ve inandırıcı

deliller elde edilemediğinden verilen beraat kararlarında bir isabetsizlik görülmemiştir.

SONUÇ : Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, katılan ... vekilinin yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddiyle hükümlerin ONANMASINA, 20/09/2016 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2015/11325
K. 2016/8666
T. 24.5.2016

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, müşteki vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Şikayetçi olduğunu beyan etmesine rağmen katılma hakkı kendisine hatırlatılmayan şikayetçi ...›un, 5271 Sayılı CMK›nın 260. maddesi uyarınca katılan sıfatını alabilecek surette suçta zarar gören sıfatıyla temyiz hakkının bulunduğu kabul edilerek ve hükmü temyiz etmek suretiyle katılma iradesini ortaya koyan şikayetçinin 5271 Sayılı CMK'nın 237/2. maddesi uyarınca davaya katılmasına karar verilerek yapılan incelemede; 26.02.2010 tarihinde göğüs ağrısı ve yanma yakınması ile başvurduğu Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı doktor ... tarafından yapılan muayenesinde NYHA-2, 1 adet geçirilmiş Mİ, Hemotokrit: %30.2, Atriyal Fibrilasyon tedavisi görüyor, ASA skoru 2, Aterosklerotik Kalp Hastalığı tanısı ve Akut Koroner Sendrom teşhisi ile yatırıldığı, 03.03.2010 tarihinde yapılan Angio'da LMCA normal. LAD proksimal ve ortası yaygın olarak kalsifik. Sirkumfleks hizasından başlayan uzun bir segment halinde %90, takiben %80 darlıklar olduğu, Sirkumflex proksimalinde %30 plak olduğu, RCA proksımal %90, orta segmentte ardışık %80-90 , distal PDA başlangıcında % 90 darlıklar olduğu, Sol ventrikül kavite genişliği normal olduğu, apikal anterolateral hipokinetik olduğu, 04.03.2010 tarihinde yapılan EKO'da mitral anüler kalsifikasyon, hafif mitral yetersizliği, grade 1 diyastolik disfonksiyon, sol ventrikül konsantrik hipertrofisi olduğu, by-pass ameliyatı önerildiği, 4.3.2010 tarihinde yapılan operasyon tıbbi belgelerinde ikili koroner grefti yapıldığının (LAD-LİMA RCAPD-SVG,) belirtildiği, Beloc zok, Coraspin, Cordarone, Karum, Cipro, Famodin 40 mg tablet ve 1 hafta sonra kontrol önerilerek 11.3.2010 tarihinde taburcu edildiği, ... Hastanesi KVC servisine ait 20.04.2010 tarihli başvurusunda "hastanın safen insizyon trasesindeki dikiş hatlarının kontrol edildiği, problem gözlenmediği, varis çorabı kullanmasının önerildiği" ..... Hastanesi Kardiyoloji servisine ait 21.07.2010 giriş ve 21.07.2010 çıkış tarihli epikriz fotokopisinde, göğüs ağrısı sebe-

biyle başvurduğu, 4 ay önce koroner bypass operasyonu geçirdiği, yeni başlayan tipik göğüs ağrısı şikayeti olduğu, tipik istirahat anginası tarzında yakınmaları olan hastaya koroner angiografi önerildi, genel durum stabil, ağrısı yok taburcu edildiği, ... Hastanesi İnvazif Kardioloji Ünitesi ait 21.07.2010 tarihli Uz.Dr.... imzalı angioda LAD % 100, RCA % 90 ve % 100, Cx % 30, koroner arter hastalığı, Ao-RCA grefti patent çalışıyor, LİMA serbest olarak gözlendiği, LAD distali antegrad ve RCA'dan silik olarak dolduğu, aortografide ao-RCA dışında başka by-pass görülmediği, medikal tedavi önerildiği, tanı kronik iskemik kalp hastalığı, aterosklerotik kardiovasküler hastalık, sadece RCA çalıştığı, 09.11.2010 tarihinde göğüs ağrısı şikayeti ile, dün geceden beri sırtta ve sol kola yayılan göğüs ağrısının olduğu, nefes darlığı olan hasta halsizlik hissettiği, ağrının uzun süreli, şiddetli olması nedeni ile acil servise başvurduğu, akut koroner sendrom tanısı ile koroner yoğun bakım ünitesine yatırıldığı, kullandığı ilaçların corolan 5, beloc zok, delix, coraspin, INR:2.94 (0.8-1.2 olduğu,) dinlemekle akciğer bilateral bazallerde krepitan rallerinin olduğu, 09.11.2010 tarihinde **kardiyoloji** uzmanı Uz.Dr.... tarafından yapılan Transtorasik Ekokardiografi Raporunda «sol ventrikülde segmenter kasılma kusuru, (EF % 45) sol ventrikül hipertrofisi, sol ventrikül diastolik disfonksiyonu (restriktif patern) aort ve mitral kapakta dejeneratif kalsifik değişiklikler, hafif-orta derecede mitral yetersizliği, hafif derecede aort ve triküspit kapak yetersizliğinin olduğu, AST:63, HGB:10.6, PLT:133000, Akut myokard infarktüsü, subendokardiyal enfarktüs (NON Q MI) tanısıyla yatırıldığı, 12.11.2010 tarihinde yapılan koroner angioplastide sirkumfleks proksimalinde ki %70 darlığın stent ile tam açıldığı, komplikasyon olmadığı» .....Hastanesi Yoğun Bakım'a ait 26.12.2010 giriş ve 29.12.2010 çıkış tarihli epikriz fotokopisinde, "ön tanı Angina Pektoris, pnömoni, yakınması: 1 haftadır nefes darlığı, özellikle son iki gündür artmış, yürürken zorlanıyormuş, nefes darlığı artıyormuş, medikal takip ve tedavi için servise yatışı planlandığı, servise yatışı yapıldığı, monitorize edildi, EKG çekildi, LAB tetkikleri için kan alındı, vital bulguları normal medikal tedavisi düzenlendiği, Troponin: 0.025 olduğu, genel durum stabil olması üzerine medikal tedavisi düzenlenerek 29.12.2010 tarihinde taburcu edildiği" .....Hastanesine ait 28.01.2011 tarihli acil servis poliklinik muayene formunda halsizlik yorgunluk, sırt ve göğüs ağrısı, kusma, 2-3 gündür devam ettiği, koroner anjografisi olan ve CABG yapılan hasta göğüs kol ve sırtı ağrısı ile başvurduğu, 15 gündür Couma-

din kesmesine rağmen ekimozları devam ettiği, EKG'sinde sinüs bradikardisi olduğu, Coralan+Beloc'a bağlandı, daha önce benzer şikayetlerle başvurduğu, tetkiklerde önemli bir patoloji saptanmadığı, bakılan hemogramda pansitopeni saptandı, İNR: 1,5 bulundu, KCFT yüksek bulunduğu, ... Hastanesi'nin 28.01.2011 giriş ve 03.02.2011 çıkış tarihli epikrizinde genel durum orta, şuur açık, oryante koopere, soluk anemik, kalp sesleri bradikardik, aort odağında 2/6 üfürüm, ek ses duyulmadığı, her iki hemitoraks solunuma eşit katıldığı, barsak sesleri hiperaktif olduğu, periferik nabızlar palpabl, yürürken nefes darlığı, yaygın vücut ağrısı ve mide bulantısı şikayeti ile dış merkeze başvurması sonrası acil servise başvurduğu, anemi araştırılması ve metabolik değerlerinin yüksek çıkması üzerine iç hastalıkları kliniğine yatırıldığı, genel durum iyi, şuur açık, oryante -koopere olduğu, 30.1.2011 tarihinde Hb:7,6 olan hastaya 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilerek seviyenin düzeltildiği, 31.1.2011 tarihinde periferik yayma sonucu MDS düşünülerek biyopsi yapıldığı, 02.1.2011 tarihinde kardioloji konsültasyonunda, EKG sinüs ritminde, bradikardik, kardiyak enzimler normal, dekompanse kronik kalp yetmezliğinin düşünülmediği, Beloc 50 mg tb den 25'e düşürülmesi, 3.2.2011 tarihinde karaciğer enzim yüksekliği bulunan hastada Cordorone tabletin stoplanması, mevcut tedaviye devam önerildiği, 03.02.2011 tarih saat 12:15'te öldüğü, olayda, sanığın kusur durumunun belirlenmesi için alınan 26.02.2014 tarihli ... Adli Tıp Başkanlığı ... İhtisas Kurulu raporunda " 04.03.2010 tarihinde Kalp ve Damar Cerrahı Doktor ... tarafından yapılan bypass ameliyatından sonra 21.7.2010 ve 12.11.2010 tarihlerinde yapılan kontrol anjiolarda RCA 'ya safen ven ile bypass yapıldığının görüldüğü, ancak LAD'ye yapılan Bypass a ait greft görülmediği, greftin görülmemesinin bypassın yapılmadığı anlamına gelmediği, operasyon öncesi 03.03.2010 tarihli anjioda sağ koroner damarda%90 olan darlığın yapılan bypass ameliyatı sonrası 21.7.2010 tarihinde çekilen anjioda %90 saptandığı, sol koroner arterdede bypass yapılmış olması halinde hızlı ateroskleroz gelişmesinin mümkün olduğu, kişide bulunan aterosklerotik damar rahatsızlığı, trombüs ve greft aterosklerozu sebebiyle yapılan bypassın tekrar hızla tıkanabileceğinin tıbben bilindiği, Ameliyat sonrası Anjiolarda sternumda görülen sirküler tarzda sütür materyelinin LİMA kullanılmak üzere yapılan operasyonlarda görüldüğü, hastanın kemik yapısının ileri derecede zayıf olması, LİMA greftinin by-pass yapılacak bölgeye yetişip yetişmeyeceği, akımın yeterli olup olmadığı, duva-

rın çıkış yerinden itibaren sağlıklı olup olmadığından emin olunamadığından LİMA damarı kullanımından vazgeçildiğinin anlaşıldığı, 03.03.2010 tarihinde çekilen anjioda sol koroner arterin proksimal ve orta kısmının yaygın olarak kalsifik olduğu, bu damara bypass yapılması endikasyonu bulunduğu, LİMA damarının ameliyat sonrası çekilen anjiolarında yerinde olup normal çalıştığının görüldüğünden, LİMA damarının bypass için kullanılmadığının tespit edildiği, müdahale gerektiren sol koronere LİMA takılmadığından operasyon sırasında Safen Ven Greft takılması endikasyonu bulunduğu, Operatör Doktor ... ve ameliyat ekibinin ifadelerinde LAD (Sol Koroner) bypass yapılırken LİMA kullanımından vazgeçilerek Safen ven grefti kullanıldığını belirttikleri, otopsi yapılmadığı ve Toraks Anjio CT çekilmemiş olduğu, mevcut belge ve bilgiler itibarı ile operatör doktor ...'a atf-ı kabil kusur bulunmadığı" belirtildiği olayda, yapılan yargılama sonunda, suç açısından failin taksirinin bulunmadığı gerekçesi gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılan vekilinin sanığın kusurlu olduğuna, eksik incelemeye dair temyiz itirazlarının reddiyle beraate dair hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 24.05.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2015/5663
K. 2016/6577
T. 18.4.2016

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılan tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, incelenen dosya kapsamına göre; katılanın sair temyiz itirazlarının reddine, ancak;

1-) Ölen ...'ün göğüs ağrısı ve yüksek tansiyon şikayeti ile 112 tarafından 2.8.2009 tarihinde, saat 04.03 sıralarında ...Devlet Hastanesi'ne getirildiği, acilde görevli sanık doktor tarafından muayenesinin yapıldığı, tansiyon düşürülmeye çalışıldığı, saat 08.00'da sabah ekibi olan doktor ...'a hastanın devredildiği, çekilen EKG'de subakut anteror MI tesbit edilerek **kardiyoloji** konsültasyonu istenildiği, kardiak panelde enzimlerde yükselme tesbit edildiği, **kardiyoloji** uzmanı doktor ...›ın önerisi ile hastanelerinde yoğun bakımda yer olmadığı için ambulans ile ... Devlet Hastanesi›ne sevk edildiği, burada koroner yoğun bakımda tedaviye alındığı, antikuagülan ve antiagregan tedavi uygulandığı cerebral hemoraji geliştiği, 6.8.2009 tarihinde kardiak arrest gelişerek öldüğü olay nedeni ile düzenlenen Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 13.06.2012 tarihli raporunda " her ne kadar zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte tıbbi belgelere göre kişinin ölümünün akut anteroseptal myokard infarktüsü ve infarktüs tedavisi sırasında uygulanan antikuagülan ve antiagregan tedaviye bağlı gelişen serebral hemoraji sonucu meydana gelmiş olduğu, kişinin ... Devlet Hastanesinde yatırılarak yapılan tedavisi sırasında sanık tarafından hastanın göğüs ağrısı olmadığı sadece tansiyonun yüksek olduğu ifade edilmekle beraber hastaneye ulaştırılmadan önce 112 tarafından düzenlenmiş ilk ambulans kayıtlarında hipertansiyon dışında hastada göğüs ağrı şikayeti olduğu kayıtlı olduğundan sanığın hastanede ayrıntılı bir anemnez almadığının anlaşıldığı, böyle bir hastada EKG çekilmemesinin eksik tıbbi bir işlem niteliğinde olduğu, hastanın saat 04.15'de hastaneye yatışı ile nöbetçi doktor olan sanıktan hastayı devir alan doktor .... tarafın-

dan çekilen EKG değerlendirilmesinde saat 08:50'deki kayıtta V1-2-3-4-5'de ST yükselmesi, alınan kanda kardiak enzimlerde yükselme ve saat 09.50'de yapılan **kardiyoloji** konsültasyonunda subakut anterior MI tanısına varılmış olması sebebiyle sanığın eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığı, myokard enfarktüsünün tedaviye rağmen ölümcül olabileceği tıbben bilindiğinden vaktinde tanı konularak uygun tedavisi yapılması durumunda da kurtulmasının kesin olmadığının belirtilmesi karşısında, sanığın eylemi ile netice arasında illiyet bağının kesin bir şekilde kurulamadığı, bu sebeple sanığın taksirle öldürme suçundan sorumlu tutulamayacağı, ancak bahsedilen rapor ve tüm dosya kapsamından sanığın göğüs ağrısı şikayetine rağmen ölenin EKG›sini çektirmemek suretiyle üzerine düşen görevi yerine getirmediği ve eyleminin TCK›nın 257/2. maddesindeki görevi ihmal suçunu oluşturduğu gözetilmeksizin, yazılı şekilde sanığın beraatine karar verilmesi,

2-) 2.8.2009 tarihi olan suç tarihinin gerekçeli karar başlığında 2009 olarak eksik gösterilmesi suretiyle 5271 Sayılı CMK'nın 232/2-c. maddesine aykırı davranılması,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, katılanın temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden hükmün bu sebeblerden dolayı 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 18.4.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2015/4843
K. 2016/5377
T. 31.3.2016

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanıkların beraatlerine dair hükümler, katılanlar vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Sanıklardan ...'ün ....Devlet Hastanesinde Kulak Burun Boğaz uzmanı, ...'ın anestezi uzmanı, ...'nın Kulak Burun Boğaz servisinde nöbetci hemşire olarak görev yaptığı, ölen ...'in sık bademcik enfeksiyonu şikayetiyle poliklinik muayenesinin sanık Dr.. tarafından yapılmasının ardından kronik tonsilit tanısı ile 11.7.2011 tarihinde bademcik ameliyatının yapıldığı, ameliyata anestezi doktorunun eşlik ettiği ve aynı gün komplikasyon gelişmeyen hastanın servise yatırıldığı, hastanın ertesi gün solunum sıkıntısı nedeni ile fenalaştığı, hastanın postop dönemde çarpıntı ve dispne nedeniyle, aspirasyon pnömonisi tanısı ile genel takip durumunun bozulması üzerine **kardiyoloji**, göğüs hastalıkları ve anestezi bölümlerince konsulte edildiği, 12.7.2011 günü saat 18.45 de Anestezi doktoru sanık ....'nın imzaladığı hasta konsültasyon formunda "hastanın şuur açık, oksijen saturasyonunun 92-94 olduğu, monitörizasyonlu yoğun bakım takip edilmesi uygun görüldüğü, mekanik ventilasyon ihtiyacı olmadığı, yoğun bakım ünitesinde yer olmadığından ..... Hastanesine sevkinin uygun görüldüğü" ifadelerinin yer aldığı, ambulansla hastanın yakınları ve üç hemşire ile birlikte sevkinin yapıldığı, hastanın yolda solunum yetersizliği nedeni ile fenalaştığı, ... Devlet Hastanesinde müdahale edildiği, kısmen durumunda iyileşme sağlandıktan sonra tekrar yola çıkıldığı ve hastanın yine fenalaştığı, ... Devlet Hastanesine, oradan ..... Hastanesine götürüldüğünde hastanın eks olduğunun anlaşıldığı olayda; Trabzon Adli Tıp Grup Başkanlığınca yapılan otopsi işlemi sonucunda; ölenin kuvvetle muhtemel geçirilmiş operasyona sekonder olarak ortaya çıkan pnömonik infiltrasyon gösteren akciğer hastalığı sonucu öldüğünün ve Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu›nun 26.3.2014 tarihli raporunda " ... ameliyat ve ameliyat öncesi yapılan preoperatif hazırlıkların yeterli ve usulüne uygun olduğu, postoperatif takiplerinin düzenli ve sık yapıldığı, geç dönemde meydana gelen kusma sonucu asit

mide muhteviyatının aspirasyonunun bir komplikasyon olduğu, komplikasyona yönelik tetkik konsültasyonu ve tedavinin yapıldığı, yoğun bakım ünitesinde takibinin uygun görülmesi durumunda yoğun bakım ünitesi olan bir merkeze sevk kararı verilmesinin doğru olduğu dikkate alındığında hastanın tedavisine katılan hekimlere ve yardımcı sağlık personeline atfı kabil kusur bulunmadığı, oybirliğiyle mütalaa olunur....” şeklindeki tespitleri karşısında;

SONUÇ : Yapılan yargılama sonunda, yüklenen suç açısından sanıkların kusurlarının bulunmadığı gerekçe gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılanlar vekilinin, yetersiz bilirkişi raporuna itibar edildiğine dair temyiz itirazlarının reddiyle, beraate dair hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 31.3.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/19052
K. 2015/11290
T. 19.06.2015

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü: Sanık..'ın, ...Hastanesi'nde kalp damar cerrahisi uzmanı olarak görev yaptığı, katılan ... babası olan .... Philedelpiha negatif kronik miyelo proliferatif hastalığı olduğu, 13.10.2012 tarihinde göğüs ağrısı şikayeti ile ....Hastanesi'ne götürüldüğü, sanık ... tarafından yatırıldığı, 01.11.2012 tarihinde koroner bypass ameliyatının yapıldığı, postop 04.11.2012 tarihinde hastanede vefat ettiği olayda, dosya içerisinde bulunan tıbbi belgelere göre ... 24.2.2012 tarihli lab tetkiklerinde," WBC:9.5, Hgb:u. Htc:43, PLT:563, APTT:32.2(N:22-38)" tesbit edildiği, 28.2.2012 tarihinde ... Genel Cerrahi Kliniği'ne obstrüksiyonlu, gangrensiz sağ inguinal herni tanısı ile yatırıldığı, Preop tetkiklerinde WBC:7.14, hgb: 13.8, PLT:533 tesbit edildiği, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji konsültasyonu istenildiği SFT yapıldığı, kardiyoloji konsültasyonunda EKO da kapak hast +, EF:%48 tesbit edildiği, inguinal herni ameliyat edilerek taburcu edildiği, 05.09.2012 tarihinde.....Hastanesi Kardiyoloji Klinği'ne koroner arter hastalığı sebebiyle **Kardiyoloji** Uzmanı Dr. ... tarafından **kardiyoloji** kliniğine yatırıldığı, 05.09.2012 tarihinde WBC:16.2 9.9.2012 tarihinde WBC:21.27. PLT:609 tesbit edildiği, yatış tetkiklerinde lokositoz ve trombositoz saptanması üzerine İç Hastalıkları ve Hematoloji Uzmanı Dr. .... ile irtibata geçilerek hastanın hematoloji kliniğine devredildiği, KMPH İle Kİ As Bx randevusu alındığı, ...Hastanesi›de 13.10.2012 tarihinde yapılan lab tetkik raporunda,» glukoz: 134,CK:77, CKMB:22, troponin:0.007, AST:34, ALT: 12, total kolesterol: 199, trigliserid:243, HDL:21, BUN:20, kreatini: 1.29,Na: 140, K:4.8, WBC:28.3, Hgb: 13.2, Htc:41, PLT:449 tesbit edildiği, 14.10.2012 tarihinde... Hastanesi›nin Kalp Damar Cerrahisi kliniğine Kalp Damar Cerrahsi Uzmanı Dr. ... tarafından yatırıldığı, "hastanın göğüs ağrısı yakınması olduğu. 13.10.2012 tarihli angiografide; LMCA:N. LAD:Proksimaldc %99 darlık,mid yaygın plaklı, LCX:Proksimalde %80-%70 ardıl darlıklar olduğu, MİD'de %95 darlık, olduğu, OM I Proksimalde %90 darlık olduğu, OMI ve OM 2 iyi gelişmiş olduğu, RCA:Proksimalde %

70 darlık olduğu, Ventrikiilografi yapılmadığı, koroner arter hastalığı olarak değerlendirildiği, **kardiyoloji**ye başvurmuş olan hastanın yapılan koroner anjiyografi'de konsey gereği cerrahi karar verilmiş olduğu, özgeçmişinde koah öyküsü alındığı, fiziksel muayenesinde; genel durum iyi, kalp sesleri normal, ek ses üfürüm saptanmadığı, pre-op kronik myoloidlosemia tanısı konulan hastada lokositoz ve trombositoz saptandığı, bunun üzerine devlet hastanesinden hemotoloji konsultan hekimi ile hastanın değerlendirilmiş olup, gerekli tetkikler sonrası 10 günlük medikal tedavisi düzenlenerek, lokositoz düzeyi makûl seviyeye geldiğinde operasyon planlanmış olduğu, hastanın bu aşamaya gelene dek 3 kez yoğun bakıma alındığı, angina ve AF sebebi ile tedavisi düzenlendiği, kronik atrial fibrilasyonu mevcut olduğu, bu durumunda ventrikül ejeksiyonun etkiliyor olduğu, intra operatif RF ablasyon uygulanacağı planlandığı, 14.10.2012 tarihli lab tetkiklerinde; WBC:28.3. hgb: 13.2, PLT:449, 14.10.2012 tarihli idrar tetkikinde dansite: 1015, pH:5, glukoz:-. keton:-,critrosit:-.protein:+,bil:-. nitrit:-, mikroskopi:2-3 eritrosit, ... Hastanesi'nin 17.10.2012 tarihli EKO raporunda; PASP:35 mın Hg, perikardial efüzyon:yok, bölgesel duvar hareketleri: normal, LVEF:%65, SonuÇ. Kapaklar hafifi fibrotik. trikıspd mitral yetmezliği(hafif), normal sol ventrikül sistolik fonksiyonu" tarif edildiği, 22.10.2012 tarihinde hastanın kendi hematoloji doktorunun gelerek kemik iliği aldığı, ... Hastanesi Patoloji ABD nın 22.10.2012 tarihli patoloji raporunda:" Makroskopi:a-Aspirasyon yayma : 2 adet yayma preparatı alındı.b-Kemik iliği biyopsi: 2,8 cm uzunluğunda 0,2 cm çapında kirli beyaz renkte 1 adet biyopsi materyalidir, tta lpv lks, Ilistopatolojik tanı:Myeloproliferatıf neoplazi; kemik iliği biyopsi Sonuç:gönderilen histokimyasal hemotoksilen-eozin ve giemsa boyalı kemik iliği biyopsi örneği yaşa göre hipersellüler özelliktedir. (%85) giemsa boyalı aspirasyon yayma ve biyopside myeloid seri başta olmak üzere tüm seriler artmıştır, megakaryositlerde kümelenme ve displazi bulguları mevcuttur, uygulanan immünhistokimyasal ınpo pozitif, cd2ü ve cd34i negatiftir, aspirasyon yaymada zeminde trombositlerin çokluğu ve megakaryositlerde artış sebebiyle eğer olguda philadephia kromozomu negatif ise esansiyel trombositemi açısından klinik olarak araştırılması önerilir, retiküler lif derecesi +3'dür. demir +l'dir. masson triclırom negatiftir" kaydı bulunduğu, 10 günlük medikal tedavisi sonrası makûl düzeye geldiğinde 01.11.2012 tarihinde ameliyata alındığı, ameliyatta GAA sonrası midsternal insizyon ile medi-

astene girildiği, lima ve safen ven greft olarak hazırlandığı, perikard açılarak askıya alındığı, standart aorta sag atrial kalinasyon ile pompaya geçildiği, 30 derece sistemik hipotermi sonrası kross konularak antegrade ve redrograde ılık kan kardiyoplejisi ile kardiyak arrest sağlandığı, her distal anastomozda greftten ante-redrograde kan kardiyoplejisi verildiği, sırası ile: RCA Main : safen (çap 1.5mm/ kalite iyi/-patens beklentisi uzun),CX MOl: safen (çap l.5mm/ kalite iyi/-patcııs beklentisi uzun). CXM02 : safen (çap l.5mm/ kalite iyi/-patcns beklentisi uzun).CXM03 : safen (çap 1.5mm/ kalite iyi/-patcns beklentisi uzun)sonrasında sol aurokula, sol pulmoner arterler, sağ pulmoner arterlere bipolar RF ablasyon yapıldığı,sonra:LAD : LİMA (çap 2mm/ kalite iyi/-patens beklentisi uzun, Greft kalitesi: iyi.Shut verildiği, kros klemp alındığı, proksimal anastomozlar sideklemp ile aortaya yapıldığı, normotermiye ulaşıldığında pomdadan rahat çıkıldığı, dekanule edildiği, heparin nötralize edildiği, kanama kontrolü sonrası drenler konularak katlar anatomiyle uygun olarak kapatıldığı, yoğun bakıma alındığı, Fer- op bulgu ve değerlendirmeler olarak; kalp: iyi. Akciğerler :iyi ve normal, havayolu basıncı iyi-yüksek. pre-op kan gazı: iyi, kemik yapı ve böbrek: sorun yok, osteoportik kemik yapısı :yok tesbit edildiği,Hastanın yoğun bakımda gözlendiği, erken saatlerde stabil seyrettiği, idrar miktarında beklenmedik azalma meydana geldiği, Lasix perfüzyonu başlanıldığı, taşkardi ve inotrop gerektirecek diüzeyde tansiyon düşüşü gözlendiği, hastaya ekokardiyografi istendiği, konsültasyon hekimi tarafından tamponat lehine bir bulgu saptamadıysada kalbin posteriorundaki olası bir tamponat için ve kliniğin açıklanabilmesi için hasta revizyona alındığı, 03.11.2012 tarihinde ameliyathanede optimal koşullarda sternumun açıldığı, ciddi tamponat bulgusuna rastlanılmadığı, kalbin herhangi bir boşluğuna baskı olmadığı, greftlcr acık ve çalışıyor olduğu tesbit edilerek dren konularak katlar anatomiye uygun olacak tarzda kapatıldığı, hastanın tekrar yoğun bakıma alındığı, ancak idrar outputu düzelmediği. hipotansiyona meyilin devam ettiği, hastaya IABP katteri takıldığı, 2 saat kadar uygun dozda inotrop destek ile tansiyon normal düzeydeyken sonrasında yine tansiyonun düşmeye başladığı, idrar saatlik 10 ccden daha az olduğu, üre ve kreatinin düzeylerinde yükselme olduğu, ancak bu tansiyon değeri ile hemodialize alınamadığı, inotrop desteklere rağmen tansiyon yüksekliği hempodiliz düzeyine gelmediği, hastanın uyanmaya başladığı, bunun dahada ajite edeceği düşüncesi ile Ketamin ile sedasyona başlanıldığı,

kardiak rezerv tükenmeye başladığı için ağır asidoz geliştiği, bunun inotrop destekle daha da arttığı saptandığı, bu karmaşık tablonun asidoz ile daha da derinleştiği, görüldüğü hastada kanama olmadığı halde anemi gelişmeye replasmana rağmen aneminin devam ettiği saptandığı, hematoloji konsültasyon doktoru ile görüşüldüğü, hastaya ECMOLİFE SUPFORT ECMO sisteminin uygulanmasına karar verildiği, erken dönemde sağ femoral insizyon ile arter ve venöz kalinasyon yapıldığı, uygun ACT zamanı sağlanarak ECMO çalıştırıldığı, full flow olunduğu, akç ventilasyonu minimum hale getirildiği, tansiyon uygun hale geldiği, hemodilize alındığı, UF olmadan 6 saat dilize yapıldığı, 3 kez diliz sistemi bozulduğu, tekrar bağlanıldığı, en sonunda diliz kateteri juguler venden takıldığı, sistem efektif şekilde çalıştığı, CVP 14 civarında olduğu için ikinci hemodializde UF yapılmasına karar verildiği, 2000 cc UF yapıldığı, ancak UF yapıldıkça tansiyonun düştüğü, sıvı replasmanı yapıldıkça CVP yükseldiği sonra tekrar tansiyonun düştüğü, ara FC'MO flowunda ciddi düşüler yaşandığı, kan gazı değerleri istenen düzeyde olmadığı için akciğer ventilasyonuna tekrar başlanıldığı, inotrop dozlarının artırlması gerektiği, ECMO İABP, hemodializ ve yüksek inotrop destek tedavisine devam edildiği, TDP ve human albümin desteği sağlandığı, parenteral beslenmeye geçildiği, sağ bacakta iskemik bir sürecin başladığı saptandığı, sağ femoral arter kanülünden sağ superficial femoral arter kanülü konularak bacak perfüzyonu sağlandığı, aniden ventilatör basıncında ani yükselme oluştuğu, PFFK 50 mmllG ya kadar yükseldiği, anestezi hekimi ile birlikte bu patolojiyi açıklayacak bir neden bulunmadığı, ECMoya rağmen kan oksijen satürasyonu azalmaya başladığı, AKÇ ventilasyonuin efektif olduğu, tedricen asidoz geliştiği, inotropların dozu çok yükseltilmeye başlanıldığı, medikal resüsitasyon düzeyine geçildiği, tüm desteğe rağmen 04.11.2012 tarihinde saat 16.00'da eks kabul edildiği, ölüm belgesinde;" kardiyopulmoner arrest, koroner Bypass, koroner arter hastalığı, kronik myeloid lösemi, postop multiorgan yetmezliği, otopsi yapılmadığı" kaydı bulunduğu,... İhtisas Kurulunun 21/08/2013 tarihli raporuna göre; "kişinin ölümünün koroner arter hastalığa ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu, hastanın şikayetleri üzerine götürüldüğü hastanede muayenesinin ve tetkiklerinin yapıldığı, anstabil angina pektoris nedeni ile koroner angiografisinin yapılmış olduğu, koroner damarlarda yaygın ve oldukça ciddi hastanın angina darlıklarının olduğu tarif edildiği, koroner 3 damar hastalığı bulunduğu ve

cerrahi ameliyat endikasyonu bulunduğu tesbit edildiği, kişide klinik olarak göğüs ağrısı tarif edildiği, kalp krizi açısından yüksek risk altında olduğu için medikal takip değil, cerrahi müdahale kararı alınmış olduğunun anlaşıldığı, hastanın ameliyat öncesi hematoloji doktoruna danışılarak lokosit seviyeleri bu operasyona uygun hale geldiğinde By pass ameliyatı yapıldığı anlaşıldığı, ameliyat sonrasında ejeksiyon fraksiyonun olumsuz etkisi olabileceği düşünülerek, atrial fibrilasyonu düzeltme amacıyla by-pass operasyonu sırasında RF-ablasyon yapıldığının anlaşıldığı, cihetle Kalp Damar Cerrahisi Uzmanı Dr ...atfı kabil kusur bulunmadığının" rapor edildiği anlaşılmakla; Yapılan yargılama sonunda, yükl

SONUÇ: İşlenen suç açısından sanığın taksirinin bulunmadığı, gerekçeleri gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılan vekilinin, eksik inceleme ile hüküm kurulduğuna ve sanığın cezalandırılması gerektiğine dair yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddiyle, hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 19.06.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/19542
K. 2015/11075
T. 17.6.2015

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın mahkumiyetine dair hüküm, sanık müdafii tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Sanık müdafiinin duruşmalı inceleme isteminin, hükmedilen cezanın on yıl hapis cezasından aşağı olması sebebiyle 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 318 ve 5271 Sayılı CMK›nın 299. maddeleri gereğince reddine karar verilerek yapılan incelemede;

Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık müdafinin hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına karar verilmesi gerektiğine dair temyiz itirazlarının reddine, ancak;

14.12.2010 tarihinde hastane **kardiyoloji** servisine kronik iskemik kalp hastalığı, romatizmal mitral kapak hastalığı ve gögüs ağrısı tanıları ile yatırılan, 16.10.2010 tarihinde konsültasyon hekimi olarak katılan sanığın katılımı ile yapılan ameliyatla yapay kalp kapakçığı takılıp, 18.12.2010 tarihinde drenden kan gelmesi sebebiyle ikince kez ameliyata alınan, sağ ventriküle konulan epikardiyal pace teli ventrikküleri leze ettiği tespit edilip iki adet dikiş konularak kanaması durdurulan, 20.12.2010 tarihinde alınan kültürlerin tetkiki sonucunda 22.12.2010 tarihinde alınan sonuca göre kan ve diren materyalinde pseudomonas aeroginosa tespit edilerek tedavi edilip 28.12.2010 tarihinde kontrole gelmek üzere taburcu edilen, taburcu edildikten sonra 04.01.2011 ve 12.01.2011 tarihlerinde kontrolü yapılan ve 27.01.2011 tarihinde... Bölümüne başvuran daha sonra durumunun kötüleşlesi üzerine 04.02.2011 tarihinde ... Polikliniğine bulantı, kusma ve ateş sebebiyle başvurup tedavi altına alınan 10.02.2011 tarihinde ameliyata alınıp ameliyat sırasında sağ yetmezlik sebebiyle öldüğü anlaşılan ve ameliyat sırasında çıkarılan eski protez kapak kültüründe ve kültür sonucunda psödomonas ürediği anlaşılan kişinin ölümünde, ... İhtisas Kurulunun raporuna göre, kişiye konulan

ameliyat kararının doğru olduğu, ameliyatının uygun tetkikle yapıldığı, komplikasyon olarak ortaya çıkan pace telinin ventrikülü leze ettiğinin tanısının zamanında konularak düzeltme ameliyatının yapıldığı, açık kalp ameliyatlarında ameliyat öncesi antibiyotik proflaksisi uygulanması gerektiği, dosya tetkikinde bunun uygulandığının anlaşıldığı, ameliyat sonrası 6. gün kültür alındığı, kültürde pseudomonas aeroginosa ürediği, tedaviye antibiyotik eklendiği, 28.02.2011 tarihinde genel durumu stabil olduğu halde taburcu edildiği, bu tür vakalarda kontrol kan kültürlerinin alınması ve en az 10 gün tedavi edilmesi gerektiği halde kontrol kültür olmadan uygun süre tedavi etmeden taburcu edilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığı bildirilmesi ve soruşturmaya sunulan bilimsel görüşte, süreçte rol alan kişilerin rolü olabileceği bu bakımdan sadece ameliyatı yapanın sorumlu tutulamayacağının belirtilmesi ve sürece enfeksiyon hastalıkları uzmanının da katılarak konsültasyon isteyip, antibiyotik tedavisi başlattığının tespiti karşısında hekim ve sağlık çalışanlarının hastanın zarar görmemesi için mesleki tüm şartları yerine getirmek, tıbbi açıdan zamanında teşhis koyup, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak ve uygun tedavi yöntemlerini uygulamak zorunda oldukları dikkate alındığında ölene ait tüm tedavi evrakları incelenip süreçte görev yapanların tespiti bu aşamada tedavi veya teşhiste kusurlu davranışları bulunanların belirlenmesi, 10 günlük tedavi süresinin ve uygulanan tedavi yönteminin yeterli olup olmadığı, tedavi yöntemi yetersiz ise veya eksik ise bunun kusur olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği, erken taburcu edilip edilmediği, erken taburcu edilmiş ise kimler tarafından taburcu edildiği, bunun kusur olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği, kusurları varsa kimlerin hangi eylemlerinden dolayı kusurlu oldukları, tespit edilen eksiklik ile hastanın ölümü arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı hususlarında Adli Tıp Kurumu veya konularında uzman üniversite öğretim üyelerinden oluşturulacak bilirkişi kurulundan rapor alınarak, kusur durumunun şüpheye yer bırakmayacak biçimde belirlenmesi gerektiği gözetilmeyerek eksik soruşturma ile yazılı şekilde hüküm tesisi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, sanık müdafinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebepten dolayı 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 17/06/2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/18413
K. 2015/8620
T. 21/05/2015

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : 07.10.2008 tarihinde Dahiliye Polikliniğine midede yanma, ekşime, ağız kuruluğu şikayetleri ile müracaat eden ...'ye, diabet ve hipertansiyon tanısı konduğu, çekilen EKG'sinde koroner arter hastalığı şüphesi ve ventiküler extsrasistol tanısı ile **kardiyoloji** polikliniğine sevk edildiği, elektrokardiyografisinde ventriküler ekstra atımlar ve sol ventrikül voltaj artışı olduğu saptandığı, ekokardiografisinde; sol ventrikül hipertrofisi, relaksatif diastolik disfonksiyon tespit edildiği, yapılan tetkikler sonucu hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus tanıları konulduğu, 09.10.2008 tarihinde rahatsızlandığı, çekilen EKG›sinde anterior myokard enfarktüsü ile uyumlu olduğu, takip ve tedavisi sürerken 10.10.2008 tarihinde kardiak arrest sonucu hayatını kaybettiği olayda;

Yüksek Sağlık Şurasının 05-06 Ocak 2012 tarihli ve 13006 Sayılı raporunda; Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde: DM+HT ve 4 yıl öncede felç geçirmiş olan hastanın midede yanma, ekşime, ağız kuruluğu şikayetiyle başvurduğu, çekilen EKG'sinde V5.V6 derivasyonlarındaki ST segment çökmesinin Dr.... tarafından tespit edilemediği, hastanın yatırılarak gerekli tedavisi yapılması gerekirken bunun yapılmadığı, kardiyak enzimlerine bakılmadığı ve dolayısıyla eksik eyleminin olduğu, myokard enfarktüsünde yüksek ölüm riski olmakla beraber ağır iskemik bulgularla yeterli tedavi ve izlem yapmadığı için bu eksik eylemin ölüme bağlantısı olduğu, dolayısı ile Dr. ...'in (Kardiyoloji Uzmanı) kusurlu olduğu,...İhtisas Kurulunun 12 Ekim 2010 tarihli raporunda da; "Hastada myokard iskemisi (kalp kasına kalp damarlarında tıkanma veya daralma ile az kan gitmesi hali) ağrısının, 7.10.2008 tarihinde çekilen EKG'de göstergesi olan V5, V6 derivasyonlarındaki ST segment çökmesinin Dr. ... tarafından tespit edilememesinin ve bu sebeple yatırılmayıp gönderilmesinin eksiklik olduğu; her ne kadar myokard infarktüsünü ölüm meydana getirir ağır bir tablo olmakla birlikte zamanında

yatırılarak tedaviye başlanması halinde kurtulma ihtimalinin bulunduğu gerekçeleriyle sanığa kusur izafe edildiği, 19.12.2012 tarihli ... İhtisas Dairesi raporu, ...Derneği tarafından düzenlenen raporda ve 08/07/2013 tarihli bilirkişi raporlarında ise sanığa kusur izafe edilmediğinin anlaşılması karşısında;

Raporlar arasında çelişki bulunduğu değerlendirildiğinden, dosyanın ... Genel Kuruluna gönderilerek, meydana gelen olayda sanığın tıp kurallarına uymayan davranışı olup olmadığı ve sanığın eksik bıraktığı eylemleri ile ölüm arasında nedensenlik bağının bulunup bulunmadığının tespiti ile sonucuna göre sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri yerine, eksik inceleme ile yazılı şekilde karar verilmesi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, katılan vekilinin temyiz itirazları bu sebeple yerinde görüldüğünden, 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi uyarınca, hükmün isteme uygun olarak BOZULMASINA, 21/05/2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/9886
K. 2015/5850
T. 6.4.2015

- **TAKSİRLE ÖLDÜRME (Sanıkların Eylemleri İle Ölüm Arasında İlliyet Bağının da Tespit Edilemediği Dikkate Alındığında Sanığın Eyleminin Görevi Kötüye Kullanma Suçunu Oluşturabileceği Ancak Özel Hastanede Çalışan Sanığın Kamu Görevlisi Olmaması Sebebiyle Bu Suçun da Oluşmayacağının Gözetilmesi Gerektiği)**
- **İLLİYET BAĞI (Ölüm Belgesinde Ölüm Sebebi Olarak Kalp Kapak Hastalığı Kardiak arrest ve Akciğer Ödemi Neden Olarak Belirtilmiş İse de Sanıkların Eylemleri İle Ölüm Arasında İlliyet Bağının Tespit Edilemediğinin Gözetilmesi Gerektiği)**
- **GÖREVİ KÖTÜYE KULLANMA SUÇU (Sanığın Eyleminin Görevi Kötüye Kullanma Suçunu Oluşturabileceği Ancak Özel Hastanede Çalışan Sanığın Kamu Görevlisi Olmaması Sebebiyle Bu Suçun Oluşmayacağının Gözetilmesi Gerektiği)**
- **KAMU GÖREVLİSİ SIFATI (Özel Hastanede Çalışan Sanığın Kamu Görevlisi Olmaması Sebebiyle Görevi Kötüye Kullanma Suçunun Oluşmayacağı Gözetilerek Sanıklar Hakkında Atılı Suçtan Beraat Kararı Verilmesi Gerektiği)**
  5237/m.257

ÖZET : Tüm raporlarda değinildiği üzere, ölüm olayının sanıkların taksirli eyleminden değil, ilgili uzmanınca ölenin durumunun değerlendirilmemesinin ve ölene EKO yapılmamasının bir eksiklik olarak değerlendirilmesine ve ölüm belgesinde, ölüm sebebi olarak kalp kapak hastalığı, kardiak arrest ve akciğer ödemi neden olarak belirtilmiş ise de; sanıkların eylemleri ile, ölüm arasında illiyet bağının da tespit edilemediği dikkate alındığında, sanığın eyleminin TCK'nın 257. maddesinde düzenlenen görevi kötüye kullanma suçunu oluşturabileceği, ancak özel hastanede çalışan sanığın kamu görevlisi olmaması sebebiyle bu suçun da oluşmayacağı gözetilerek, sanıklar hakkında atılı suçtan beraat kararı verilmesi gerekir.

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanıkların mahkumiyetine dair hüküm, sanıklar müdafiileri tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:
KARAR : Ölenin kalp hastalığı bulunması nedeni ile özel hastaneye tedavi olmak amacıyla başvurduğu, yapılan teşhis ve tespitler sonucunda ameliyat edilmesine karar verildiği ve 28.7.2010 tarihinde belirtilen hastanede doktor M. İ. tarafından kalp ameliyatı edildiği ve bundan sonrasında da takip edildiği, muhtelif zamanlarda yine hastaneye değişik şikayetlerle müracaat ettiği, hastayı takip eden kalp uzmanı doktorun sanık M. İ. olduğu, ölenin 19.9.2010 tarihinde nefes darlığı nedeni ile acil polikliniğe başvurduğu zamanda acil hekiminin sanık G. E. olduğu, doktor G. E. tarafından batın muayenesinin yapıldığı, EKG›sinin çekildiği, EKG›de «düşük voltajlı ORS» görüldüğü ve bunun kalp yetmezliği bulgusu olarak değerlendirildiği, akciğer grafisinin çekildiği, solda daha belirgin olmak üzere her iki taraflı «plevral mayi, hiler dolgunluk ve kardiyomegali» izlendiği, plevral mayide artış gözlendiğinin tespit edildiği, bu sebeple hastayı ameliyat eden uzman doktor M. İ.›in telefonla arandığı, uzman doktor M. İ.›in «lasix ampul» yapılmasının uygun olduğu yönündeki önerisi ve hastanın stabil halde ise taburcu edilip kontrole gelmesinin önerilmesinin söylendiği, bu durum üzerine sanık G. E.›ın tedaviye «lansor» adlı bir ilaç da ekleyerek hastayı takip ettiği, hastanın rahatlaması ve nefes darlığının geçmesi üzerine ve vital bulguların stabil devam etmesi üzerine, hastayı daha sonra kontrole gelmek üzere taburcu ettiği, bunun dışında başka bir uzman hekimin aranmadığı ve durumun ciddiyeti göz önüne alınarak başka bir hastaneye sevk konusunda girişim yapılmadığı, bunun sonucunda 19.9.2010 tarihinde evine giden hastanın, 20.9.2010 tarihinde bilinci kapalı olarak başka bir özel hastaneye getirildiği ve yapılan tedavilere rağmen durumunda değişiklik olmadığı ve aynı gün «exitus» olarak kabul edildiği, olayda;

Dosya içeriğine göre, olay sonrası ölenin otopsisinin yapılmadığı, ölenin kardeşi müşteki K.'nin il sağlık müdürlüğüne şikayeti sonrası sanıklar hakkında idari soruşturmaya başlandığı, idari soruşturma sırasında kardiyoloji uzmanları Dr. S. A., Dr. S. M. B., ve Dr. E. A. imzalı bilirkişi raporunda "... Hastaya yapılan tanı ve tedavi yaklaşımlarının yeterli olduğu ve cerrahi olarak tedavi edilmesi gerektiği görülmektedir. Acil serviste yapılan işlemlerin doğruluğu ve yeterliliğinin değerlendirmesi yapıldığında hastada tanı yetersizliği ve buna bağlı gelişen istenmeyen olaylar olduğu

görülmektedir. Mevcut bulgular hastada perikardiyal tamponad olduğu yönündedir ve bu durumda hastanın bir **kardiyoloji** uzmanı tarafından görülmesi ve Ekokardiyografi ile değerlendirilmesinin yerinde olacağı düşünülmüştür.» şeklinde rapor tanzim edildiği, Op. Dr. G. U., M. E., Dr. C. O. imzalı .... tarihli bilirkişi raporunda; "... Kalp Kapak Protezi ameliyatlarının geç dönem komplikasyonların başlıcaları; kapağın mekanik bozulmaları, trombüs ile tıkanması, kapağın yerinden ayrılması, paravalvuler kaçak, tromboemboli, infektif endokardit, perikardiyal efüzyon ve tamponattır. Ayrıca hastalarda antikoagulan kullanımına bağlı kanamalar ve bunun yol açtığı komplikasyonlar da görülebilir. Mekanik protez kapak fonksiyonlarında bozulma olup olmadığının tespitinde ve perikardiyal efüzyon varlığında EKO'nun önemi, büyüktür. Hastanın dosyası incelendiğinde, bu komplikasyonları ekarte edecek EKO gibi ileri **kardiyoloji**k tetkiklerin postop dönemdeki poliklinik kontrollerinde ve Acil Servise gelişlerinde yapılmamış olması, hastanın şikayetlerine yol açan etyolojiyi ortaya çıkarmada yetersiz kalmış ve bunun hastanın tedavisine de yansıdığı görülmüştür Postop 49. ve 50. günlerdeki Acil Servis başvurularında; hastanın şikayetleri, muayene bulguları ve akciğer grafisi birlikte değerlendirildiğinde; kalp kapak operasyonu sonrası bir geç dönem komplikasyonun varlığının yeterli uzmanlık dalları ile değerlendirilmediği, bunun imkanı olmaması halinde tetkik ve tedavisinin yapılabileceği başka bir hastaneye sevk edilmediği görülmüştür." şeklinde rapor tanzim edildiği, bu raporlar sonrası, olayda kusur tespit edilmesi sebebiyle Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulduğu, soruşturma sırasında alınan Adli Tıp Kurumu raporunda "... **kardiyoloji** ve kalp damar cerrrahi uzmanınca konsülte edilmediği, EKO istenmemiş olduğu, dolayısıyla ilgili uzmanınca değerlendirilmemiş olmasının eksiklik olduğu...» belirtilmesine göre, tüm raporlarda değinildiği üzere, ölüm olayının sanıkların taksirli eyleminden değil, ilgili uzmanınca ölenin durumunun değerlendirilmemesinin ve ölene EKO yapılmamasının bir eksiklik olarak değerlendirilmesine ve ölüm belgesinde, ölüm sebebi olarak kalp kapak hastalığı, kardiak arrest ve akciğer ödemi neden olarak belirtilmiş ise de; sanıkların eylemleri ile, ölüm arasında illiyet bağının da tespit edilemediği dikkate alındığında, sanık G. E.'ın eyleminin TCK'nın 257. maddesinde düzenlenen görevi kötüye kullanma suçunu oluşturabileceği, ancak özel hastanede çalışan sanığın kamu görevlisi olmaması sebebiyle bu suçun da oluşmayacağı gözetilerek, sanıklar hak-

kında atılı suçtan beraat kararı verilmesi gerekirken yazılı şekilde mahkumiyet kararı verilmesi,

Kabul ve uygulamaya göre de;
Taksirli suçlarda 5237 Sayılı TCK'nın 53/1. maddesinde yazılı hak yoksunluklarına hükmedilemeyeceğinin gözetilmemesi,

SONUÇ : Yasaya aykırı olup, sanıklar müdafiilerinin vekilinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, bu sebeplerden dolayı 5320 Sayılı Kanunun 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi uyarınca hükmün BOZULMASINA, 06.04.2015 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/25308
K. 2014/25181
T. 10.12.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın mahkumiyetine ilişkin hüküm, sanık müdafii tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Ölen ....'nın olay tarihinden önce .... Hastahanesine müracaat ettiği ve anjiyo yapıldığı, ancak damarlarının açılmadığı, bundan sonra yapılacak her müdahalenin riskli olduğunun ölen ve yakınlarına bildirildiği, ancak 1 hafta sonra ölenin **kardiyoloji** uzmanı olan sanığın çalıştığı özel hastaneye getirildiği, ölenin yakınlarınca tüm belge ve tedavi evraklarının sanığa gösterildiği, sanığın "damarı açacağını ve risk olmadığını" söylemesi üzerine ölenin kabulü ile olay günü sanık tarafından ölene anjiyo yapıldığı, ölenin odaya çıkarıldıktan 2 saat sonra fenalaştığı ve yoğun bakıma alındıktan sonra vefat ettiği; Ankara Adli Tıp Grup Başkanlığınca yapılan otopsi sonucu düzenlenen 18.07.2012 tarihli raporda; tıbbi belgelere göre, 23.04.2012 tarihinde akut koroner sendrom tanısı ile yatırıldığı, anjiografide LAD proksimal total okluze izlendiği, PKG denendiği başarılı olunamadığı, 28.04.2012'de medikal tedavi kararı ile takip önerilip taburcu edildiği, tedavi altında göğüs ağrısı devam edince yatırıldığı Özel .....Hastanesinde 30.04.2012 tarihinde koroner perkutan girişim uygulandığı, LAD total tıkanıklık geçilip PTCA uygulandığı, servise alındığı, takibinde göğüs ağrısı, terlemesi olunca akut stent trombozu açısından anjiografiye alındığı, LAD stentleri açık izlendiği, yapılan ekoda efüzyon ya da mekanik komplikasyon izlenmediği tıbbi kayıtlarda belirtildiği, takibinde 01.05.2012'de kardiopulmoner arrest geliştiği, otopsisinde kalp 550 gr ve LAD koroner arterde stent saptandığı, perikarda 600 cc kan olduğu, apekste 2x1.5 cm ebadında düzensiz görünümünde ventrikül boşluğu ile iştirakli kanamalı rüptür olduğu myokardın histopatolojik incelenmesinde 24/72 saatlik ve 3-10 gün aralığında myokard enfarktüsü ile uyumlu olduğu birlikte değerlendirildiğinde ölümün, myokard enfarktüsü sonrası interventriküler septumda rüptüre bağlı kanama ve kalp tamponadından ileri geldiğinin belirtildiği,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporunda ise; 23.04.2012 tarihinde akut koroner sendrom tanısı ile yatırıldığı, anjiografide LAD proksimal total okluze izlendiği, PKG denendiği başarılı olunamadığı, 28.04.2012'de medikal tedavi kararı ile takip önerilip taburcu edildiği tedavi altında göğüs ağrısı devam edince yatırıldığı, Özel .... Hastahanesinde 30.04.2012 tarihinde koroner perkutan girişim uygulandığı, LAD total tıkanıklık geçilip PTCA uygulandığı, servise alındığı, takibinde göğüs ağrısı, terlemesi olunca akut stent trombozu açısından anjiografiye alındığı, LAD stentleri açık izlendiği, yapılan ekoda efüzyon ya da mekanik komplikasyon izlenmediği tıbbi kayıtlarda belirtildiği, takibinde 01.05.2012'de kardiopulmoner arrest geliştiği, otopsisinde perikarda 600 cc kan olduğu, apekste 2x1.5 cm ebadında düzensiz görünümde ventrikül boşluğu ile iştirakli kanamalı rüptür olduğu birlikte değerlendirildiğinde, akut myokard enfarktüsü zemininde oluşan myokard yırtılmasına bağlı kanama ve kalp tamponadına bağlı ölüm meydana geldiği, myokard rüptürünün PTCA sonrası yapılan ekokardiografisinde saptanmamış olması bir eksiklik olduğu, tıbbi kayıtlarda ekokardiografide efüzyon, mekanik komplikasyon izlenmediği belirtildiği, bu eksiklik nedeni ile hastanın acil cerrahiye alınmamış olduğu, bu nedenle Dr. M. E..'in hastaya perkutan koroner girişim kararı alması ve uyguladığı PTCA tıbben doğru olduğu, işlem sonrası hastada göğüs ağrısı, terleme gelişince ayırıcı tanıya yönelik yapılan işlemlerin de tıbben uygun olduğu, ancak ekokardiografide mekanik komplikasyonun değerlendirilmemesi eksiklik olmakla birlikte, myokard enfarktüsü sonrası gelişen interventriküler septum rüptürünün mortalitesi yüksek bir tablo olup zamanında tanınıp hastanın ameliyata alınması halinde de kurtulmasının kesin olmadığı oy birliğiyle mütalaa olunmuş ise de; sanığın belirtilen şikayetlerle müracaat eden hastaya karşı gerçekleştirdiği tıbbi tedavinin yeterli olup olmadığı, müdahalenin yetersiz olduğunun tespiti halinde bu eksikliğin ortaya çıkan myokard infarktüsü ve sonrası gelişen rahatsızlıklar yönünden zarar arttırıcı etkiye sahip olup olmadığı sanığın olay nedeniyle tıbbi açıdan kusurlu olup olmadığı hususlarının tereddüde yer vermeyecek şekilde net olarak saptanması için katılanın iddiası, sanığın savunması ve tüm tıbbi belgeler de değerlendirilmek suretiyle Adli Tıp Kurumu Büyük Genel Kurulu'ndan rapor alındıktan sonra, sanığın hukuki durumunun takdir ve tayini yerine, eksik inceleme ile yazılı şekilde hüküm tesisi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, sanık müdafiinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebeplerden dolayı 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 10.12.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/2480
K. 2014/24523
T. 3.12.2014

DAVA : Taksirle yaralama suçundan sanığın beraatine ilişkin hüküm, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Yapılan yargılamaya toplanıp karar yerinde gösterilen delillere incelenen dosya kapsamına göre, katılan vekilinin sair temyiz itirazlarının reddine, ancak;

Katılanın göğüs ağrısı, göğüste yanma hissi ve sol kolda uyuşma şikayeti ile Özel ....Hastanesi Acil Polikliniğine müracaatı üzerine, acilde çalışmakta olan pratisyen hekim sanık tarafından yapılan muayenesi sonrası, miyalji ön tanısıyla ağrı kesici ve kas gevşetici ilaçlar verilerek taburcu edildiği, katılanın daha sonra ağrılarının şiddetlenmesi üzerine ertesi gün ....Üniversitesi ....Tıp Fakültesi Hastanesine müracatı sonrası yaklaşık 30 dakika kadar süren tipik göğüs ağrısı ve 14. saatinde ağrısının geçmemesi nedeniyle kardiyoloji yoğun bakıma yatırıldığı, PTCA stent kararı verilerek koroner anjioplasti yapıldığı, Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 16.03.2012 tarihli raporunda, hastanın ilk müracaatı üzerine sanık tarafından yapılan muayene ve tetkikler neticesi CK-MB değerinin 23 çıktığı, bunun da üst sınır olan 24'e oldukça yakın olduğu, troponin – I değerinin 0,19 çıktığı, bunun da maksimum değer olan 0,12 den yüksek olduğu, bu değerlere ve hastanın rahatsızlığına rağmen sanığın **kardiyoloji** doktoru ile irtibata geçmediği, hastayı müşahadeye almadığı, herhangi bir ileri sağlık merkezine sevk etmediği, bu şekilde davranan sanığın eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığının mütalaa olunduğu, kovuşturma evresinde Adli Tıp Kurumu 2. İhtisas Kurulu'ndan aldırılan ve kurulda **kardiyoloji** uzmanı üye bulunmaması nedeniyle kusur yönünden 3. İhtisas Kurulu'nda görev yapan ve kusur yönünden önceki raporda imzası bulunan bir üyenin de kurula daveti neticesi hastada ortaya çıkan myokard infarktüsü ve sonrasında görmüş olduğu tedaviler ile sanığın tıbbi eksiklik olarak nitelendirilen **kardiyoloji** hekimi ile irtibata geçmemesi arasında illiyet bağının bulunmadığının mütalaa olunması karşısında, hastanın ilk müracaatı anında gereken

tıbbi işlem ve müdahalelerin neler olduğu, sanığın belirtilen şikayetlerle müracaat eden hastaya karşı gerçekleştirdiği tıbbi tedavinin yeterli olup olmadığı, sanığın müdahalesinin yetersiz olduğunun tespiti halinde bu eksikliğin ortaya çıkan myokard infarktüsü ve sonrasında gelişen rahatsızlıklar yönünden zararı arttırıcı bir etkiye sahip olup olmadığı hususlarının tereddüte yer vermeyecek şekilde net bir biçimde saptanması, sanığın teşhis ve tedavisinde bir ihmalinin bulunup bulunmadığı hususlarında gerçeğin kuşkuya yer vermeyecek şekilde belirlenmesi, sanığın olay nedeniyle tıbbi açıdan kusurlu bulunup bulunmadığının tespitine ilişkin olarak önceki raporları da irdeleyecek şekilde Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndan rapor alınmak suretiyle, sanığın hukuki durumunun tayin ve takdiri gerektiği gözetilmeden; eksik inceleme ve hatalı değerlendirme sonucu yazılı şekilde hüküm kurulması,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, katılan vekilinin temyiz itirazları bu nedenle yerinde görüldüğünden, 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince, beraate ilişkin hükmün isteme aykırı olarak BOZULMASINA, 03.12.2014 tarihinde sonuçta oybirliğiyle gerekçede oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/11636
K. 2014/20830
T. 23.10.2014

DAVA : Taksirle yaralama suçundan sanıkların mahkumiyetlerine dair hükümler, sanıklar müdafileri tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : 1-)Sanıklar ... ve ... haklarında kurulan hükümlere yönelik sanıklar müdafilerinin temyiz itirazlarının incelenmesinde;

Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanıklar müdafilerinin, kusura dair temyiz itirazlarının reddiyle, hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA,

2-) Sanıklar ... ve ... haklarında kurulan hükümlere yönelik temyiz itirazlarının incelenmesine gelince;

Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, incelenen dosya kapsamına göre, sanıklar müdafilerinin, sair temyiz itirazlarının reddine, ancak;

Sanık ...'in ... Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde Yrd. Doç. Dr, sanık ...'un ise anılan hastanede **Kardiyoloji** Ana Bilim Dalında Asistan Dr. olarak görevli oldukları, katılan ...'ya anjio işlemi yaptıkları sırada, hemşire olan diğer sanıklar tarafından hazırlanan sıvının damar kılıfı (sheath) içinden verilmesi sırasında, hastanın bağırması üzerine işlemi sonlandırdıkları, serum fijyolojik olarak verdiklerini düşündükleri sıvının etil alkol olduğunu belirlemek suretiyle verilen sıvının değiştirilmesi sonucu işlemi tamamladıkları olayda katılan ...'nun nitelikli biçimde yaralandığı, hemşireler tarafından kaba konulması gerekirken, hemşirelerin talimatı ile temizlik personeli ... tarafından kaba konulması sırasında etiketlenmemiş bulunan şişelerden serum fijyolojik yerine etil alkol konulması ile meydana gelen olayda; dosya içerisinde bulunan bilirkişi Prof. Dr. ... tarafından hazırlanan raporda belirtildiği şekilde olayın hemşirelik kusurundan kaynaklandığı dolayısıyla doktor olan sanıkların kusurlarının bulunmadığı anlaşılmakla; beraatlerine karar verilmesi yerine takdirde yanılgıya düşülerek yazılı şekilde mahkumiyetlerine karar verilmesi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, sanıklar müdafilerinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, bu sebepten dolayı 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince, hükümlerin isteme aykırı olarak BOZULMASINA, 23.10.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/23530
K. 2014/20143
T. 17.10.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılanlar vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelendi gereği düşünüldü;

KARAR : Yapılan yargılamaya, incelenen dosya kapsamına göre, katılanlar vekilinin, sair temyiz itirazlarının reddine, ancak;

21.06.2009 tarihinde trafik kazası geçirmesi sonucu acil serviste muayene edilip önerilerle gönderilen ölenin, 26.06.2009 tarihinde takipte olduğu **kardiyoloji** uzmanına muayene olduğu, 27.07.2009 tarihinde şuur kaybı olması üzerine çekilen BT'de subdural kanama tespit edildiği ve sevk edildiği ... Üniversitesi Hastanesinde tedavi edildiği, kendisine burada operasyon uygulandığı, 09.07.2009 tarihinde tekrar rahatsızlanması üzerine götürüldüğü .... Devlet Hastanesi'nde 21.07.2009 tarihinde öldüğü, ölümün subdural kanama ve buna bağlı komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu raporunda; ölenin 21.06.2009 tarihinde hastaneye başvurusunda travma öyküsü vermediği, şuuru açık olup nörolojik bulgu saptanmadığı, rutin tetkiklerinin yapıldığı tedavi sonrası şikayetlerinin devam etmesi halinde nöroloji polikliniğine başvurmasının önerildiği dikkate alınıp, sanığın uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu belirtildiğinden, olayın meydana gelmesinde kusuru bulunmayan sanığın CMK'nın 223/2-c maddesi gereğince beraatine karar verilmesi gerekirken, yüklenen suçun sanık tarafından işlediğinin sabit olmadığı kabul edilerek CMK'nun 223/2-e. maddesi uyarınca beraatine karar verilmesi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, hükmün bu sebeple 5320 Sayılı Kanun'un 8. maddesi gereğince halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi uyarınca BOZULMASINA; ancak, yeniden yargılamayı gerektirmeyen bu konuda, aynı Kanunun 322. maddesi gereğince karar verilmesi mümkün bulunduğundan, aynı maddenin verdiği yetkiye istinaden; hüküm fıkrasında bulunan "Sanığın üzerine yüklenen suçu işlediğinin sabit olmaması nedeniyle, CMK'nın 223/2-e. maddesi uyarınca BERAA-

TİNE;" ibaresinin "sanığın taksirinin bulunmadığı anlaşıldığından CMK nın 223/2-c maddesi gereğince sanığın BERAATİNE," şeklinde değiştirilmesi suretiyle, sair yönleri usul ve kanuna uygun olan beraate dair hükmün DÜZELTİLEREK ONANMASINA, 17.10.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/23317
K. 2014/16967
T. 10.7.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılan tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Pratisyen hekim olan sanığın ...Devlet Hastanesi Acil Polikliniğinde nöbetçi doktor olarak görevlendirildiği, olay gecesi 78 yaşındaki hastanın yanında sağlık meslek lisesi öğretmeni olan kızı ile birlikte midesinde, göğüs bölgesinde ve boğazında ağrı şikayeti ile hastane acil polikliniğine geldikleri, sanığın mide ağrısı üzerine yoğunlaşarak hastaya Ulcuran adlı ilacın enjeksiyonunu yaptırttığı ve EKG çekildiği, çekilen EKG de hastada yaygın anterior MI tespit edildiği ve hastanede kardiyolog olmaması sebebiyle sanığın hasta yakınına "mümkünse ertesi gün bir **kardiyoloji** uzmanına görünmelerini" söyleyerek eve gönderildiği, aynı hastanın 13 saat sonra sabah 08.30 da tekrar acil polikliniğine başvurduğu ve sanık doktorun bu kez hastaya ...ve ... ile karıştırıp Ulcuranı ise ayrı enjeksiyon etmelerini söylediği, hastanın kızının stajyer sağlık meslek lisesi öğrencisine güvenmeyerek enjeksiyonu babasına kendisinin yaptığı ve yaklaşık 3 dakika sonra hastanın ...Adli Tıp Kurumu, 1. ihtisas Kurulu'nun 27.01.2010 tarihli raporuna göre akut koroner sendromu sonucu öldüğü olayda; hastanede olayın olduğu gece nöbetçi hemşire olan ...'ın 07.09.2009 tarihli soruşturmacıya verdiği ifadesinde " sanık doktorun yapılması gereken her şeyi yaptığı ve hastanın dahiliye servisine gitmesini önerdiğini" beyan etmesi ve sanığın bu yöndeki ifadesi karşısında; sanığa yüklenebilecek herhangi bir kusur bulunmadığının kabulünde herhangi bir isabetsizlik görülmemiştir.

SONUÇ : Yapılan yargılama sonunda, suç açısından failin taksirinin bulunmadığı gerekçe gösterilerek, mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılanın sanık hakkında beraat kararı verilmesinin hukuka aykırı olduğuna ilişkin, yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddiyle, beraate dair hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA, 10.07.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/21321
K. 2014/16980
T. 10.7.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanıkların beraatine dair hükümler, katılan tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü :

KARAR : 1-) Sanıklar ... ve ...'ın beratlerine dair hükümlere yönelik temyiz itirazlarının incelemesinde;

Yapılan yargılama sonunda yüklenen suç açısından sanıkların taksirinin bulunmadığı, gerekçeleri gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılanın, sanıklar hakkında suçun unsurlarının oluştuğuna dair temyiz itirazlarının reddiyle, beraata dair hükümlerin isteme uygun olarak ONANMASINA ;

2-) Sanık ...'ın beraatine dair hükme yönelik temyiz itirazlarının incelemesine gelince;

Suç tarihinde saat: 15:00 sıralarında, katılanın eşi olan ölenin, göğüs ağrısı şikayetiyle ... Devlet Hastanesine müracaat ettiği, hastane acil servisinde ölene önce görevli sanık pratisyen doktorlardan ...'ın müdahale ettiği, müdahale sonrası kalp rahatsızlığı şüphesi ile hastanede nöbetçi olan sanık **Kardiyoloji** uzmanı Dr. ...'dan konsültasyon talep ettiği, Dr. ...'ın hastayı muayene edip kardiyak patoloji bulunmadığı, nöroloji muayenesi sonrası olumsuzluk yoksa ertesi gün **kardiyoloji** polikliniğine müracaat etmek üzere taburcu olabileceği yönünde görüş bildirmesi üzerine, Dr ...'dan nöbeti devralmış olan ve ondan hastayla ilgili bilgileri alan Dr ...'ın yaptırdığı nöroloji konsültasyonunda nörolojik yönden patoloji görülmemesi üzerine hastayı ertesi gün **kardiyoloji** bölümüne müracaat etmesini yakınlarına söyleyerek taburcu edip evine gönderdiği, ancak hastanın evinde tekrar göğüs ağrısı şikayetiyle kötüleşmesi üzerine 112 acil servisince ..... Eğitim ve Araştırma Hastanesine götürüldüğü, hastanede de ... Devlet Hastanesinden ayrıldıktan yaklaşık 3 saat sonra öldüğü ve ceset üzerinde yapılan otopsi sonucu ölenin aort disseksiyonuna bağlı gelişen perikard tamponadı (kalp yetmezliği) sonucu öldüğünün anlaşıldığı olayda,Ölenin muayene sürecinde yer alan ilgili doktorların olaydaki kusur durumlarının tespiti için Adli Tıp Kurumu 3.

İhtisas Kurulu'nca düzenlenen 24/6/2009 tarihli raporda, "otopsi sonucunda sol ventrikul hipert trofisi yükleme bulguları ve göğüs ağrısı olan ölenin fizik muayenesinin eksik olduğu, göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın en az 24 saat müşahade altında tutulmamasının bir eksiklik olduğu" ve yine Yüksek Sağlık Şurası'nca düzenlenen 15-16.9.2011 tarihli raporda "göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastanın ayırıcı tanısında diseksiyon düşünülüp bu yönde gerekli tetkikler yapılmadığından, Kardiyoloii Uzmanı Dr....'ın eksikliğinin olduğu" tesbit edilmiş ise de, her iki raporda da "ölüm nedeni aort diseksiyonu olarak bildirilen kişinin, aort diseksiyonunun mortalitesi çok yüksek olması sebebiyle erken tanı ve tedavisinin yapılması durumunda da ölüm oranının yüksek olduğunun göz önünde bulundurulması gerektiği" belirtildiğinden, sanık doktorun eylemi ile ölüm arasında illiyet bağı bulunmamakta ise de, hastanın ayırıcı tanısında diseksiyon düşünülüp bu yönde gerekli tetkiklerin ve sol ventrikül hipertrofisi yükleme bulguları ve göğüs ağrısı olan kişinin fizik muayenesinin yeterince yapılmaması ve 24 saat müşahade altında tutulmamasının bir eksiklik olduğu ve bu konuda ihmali olan sanığın eyleminin taksirle öldürme suçunu değil TCK'nın 257/2. maddesine uyan suçu oluşturacağı ve hukuki durumunun buna göre takdir ve tayini gerektiği gözetilmeden, suç vasfında yanılgıya düşülerek yazılı şekilde hüküm kurulması,

SONUÇ : İsabetsiz olup, katılanın temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebepten dolayı 5320 Sayılı Kanun›un 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 10/7/2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2014/9938
K. 2014/13376
T. 2.6.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan şüpheliler Özel .....Hastanesi yetkilisi, A. O., M. H.C. H. ve Ş. Y. haklarında yapılan soruşturma sonucunda İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığınca düzenlenen 14.5.2012 tarihli ve 2010/183286 soruşturma sayılı kovuşturmaya yer olmadığına dair karara karşı yapılan itirazın reddine dair mercii Bakırköy 15. Ağır Ceza Mahkemesi'nin 13.9.2012 tarihli ve 2012/1429 değişik iş sayılı kararını kapsayan dosya incelendi.

Dosya kapsamına göre, her ne kadar şüpheliler hakkında İstanbul Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 4.1.2012 tarihli ve 55 Sayılı raporuna göre "hekimlere atfı kabil kusur bulunmadığından "kovuşturmaya yer olmadığına dair karar verilmiş ise de, müşteki tarafça soruşturma evresi başlangıcında ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Adli Tıp Uzmanı Prof Dr....'dan alınan 17.12.2010 tarihli ve 173/2010 Sayılı S. M. Z. Hk. konulu raporda şüpheli Ş. Y. haricindeki şüphelilerin kusurları bulunduğuna dair rapor verilmesi hususu dikkate alındığında, 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 173/3. maddesinde yer alan "Mahkeme kararını vermek için soruşturmanın genişletilmesine gerek görür ise bu hususu açıkça belirtmek suretiyle, o yer sulh ceza hakimini görevlendirebilir; kamu davasının açılması için yeterli nedenler bulunmazsa, istemi gerekçeli olarak reddeder..... "şeklindeki hüküm gereğince, her iki rapor arasındaki çelişkinin giderilerek sonucuna göre karar verilmesi gerektiği düşünüldüğünden, belirtilen eksiklik giderilmeden yapılan itirazın reddine karar verilmesinde isabet görülmediğinden bahisle 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 309. maddesi uyarınca anılan kararın bozulması lüzumu Adalet Bakanlığının 11.3.2014 gün ve 17657 Sayılı kanun yararına bozma talebine atfen, Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığının 1.4.2014 gün ve 2014/106209 Sayılı tebliğnamesi ile daireye ihbar ve mevcut evrak tevdi kılınmakla;

Dosya incelenerek gereği düşünüldü:
KARAR : İncelenen dosya kapsamına göre; 10.3.2010 tarihinde göğüs ağrısı şikayetinden dolayı getirildiği Özel .... Hastanesinde koroner an-

jiografi yapılması için yatışına karar verilen 1956 doğumlu S.M. Z.'ın, koroner anjiografi sonrası yapılan tüm müdahalelere rağmen 11.3.2010 tarihinde öldüğü olayda,

İstanbul Adli Tıp Kurumu 1. Adli Tıp İhtisas Kurulunun 4.1.2012 tarihli ve 55 Sayılı raporunda yer alan, "KOAH, DM Tip II, HT ve geçirilmiş CABG tanıları ile takipli olan, 10.3.2010 tarihinde koroner anjiografi sonrası retroperitoneal kanama ön tanısı ile yapılan BT anjiografide pankreas posteriorunda ekstravazasyon olduğu tespit edilen, 16 mm. uzunluğunda bir intra arterial stentin kanamaya sebep olan arterin olduğu, lokalizasyon uygulanması ile kanamanın durduğu görülen, 11.3.2010 tarihinde genel durumunun bozulması, takibinde abdominal distansiyona bağlı karın içi basınç yükselmesi sebebiyle acil laparotomiye alınan, karın içinde yaklaşık 3 lt. defibrile kan olduğu görülen, aktif arterial kanama odağı tespit edilemeyen, pankreas süperiorundaki olası kanama göz önüne alınarak turunkus çıkışından splenik arterin splenektomi yapılan, ince barsak mezo kökünden, lesser sac ve gastrohepatik ligament yüzeyinden sızma tarzında kanamaların olduğu görülen, ince barsak mezo köküne ve pankreas superioru çöliak turunkus üzerine hemostaz amacı ile surgical yerleştirilen, re-laparotomi kararı verilerek ameliyata son verilen, post op erken dönemde inotrop desteğe rağmen hipotansif seyreden N/G'den hemorajisi devam eden kardiak arrest olan, resüsitasyona yanıt vermeyen hasta hakkında düzenlenen adli ve tıbbi belgelerde bulunan verilere göre, 1- Zamanında otopsi yapılarak iç organ değişimleri araştırılmamış olmakla birlikte tıbbi belgelere göre KOAH, DM Tip II, HT ve geçirilmiş CABG tanıları ile takipli olan kişinin ölümünün 10.3.2010 tarihinde yapılan koroner anjiografi sırasında çöliak turunkus splenik arter bileşkesinde pankreas başı ve boynunu besleyen damarın delinmesine bağlı retroperitoneal kanama ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği, 2- 10.3.2010 tarihinde koroner anjiografi sonrasında yaklaşık 3. saatte epigastrik ağrı ve hipotansion, fizik muayenesinde batında distansion ve epigastriumda hassasiyet tespit edilip retroperitoneal kanama ön tanısı ile yapılan BT anjiografi ve visseral anjiografi ile çöliak turunkus splenik arter bileşkesinde pankreas baş boyun bölümünü besleyen damarın yaralanmasına bağlı kanama olmasının, anjiografinin komplikasyonu olduğu, kanamanın durdurulması için yapılan müdahalelerin uygun olduğu, hekimlere atfı kabil kusur bulunmadığı "şeklindeki tespit ve görüşe itibarla Özel .... Hastanesi yetkilisi ve aynı hastanede

çalışan diğer doktor şüphelilerle ilgili olarak kovuşturmaya yer olmadığına dair karar verilmiş ise de,

Şüpheliler hakkında verilen kovuşturmaya yer olmadığına dair kararı müteakip, ölen hastanın eşi ve çocukları olan şikayetçilerin, vekilleri aracılığıyla dosyaya ibraz ettikleri 13.6.2012 havale tarihli itiraz dilekçeleri ekindeki, ……Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Adli Tıp Uzmanı Prof Dr…'dan alınan 17.12.2010 tarihli ve 173/2010 Sayılı S. M. Z. Hk. konulu raporda, "Hastanın şişlik şikayeti ile …….Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurduğu, yapılan tetkikler sonucunda tiroglossal duktus kisti tanısı konulduğu, kişinin koroner kalp hastalığının (daha önce CX ve RCA'ya PTCA + stent uygulanması, geçirilmiş koroner by-pass operasyonu) mevcut olması sebebiyle boyundan yapılacak operasyona risk oluşturabileceği düşünülerek, Dr. Ş. Y. tarafından dış merkeze efor testi yapılması için yönlendirildiği, ….. **Kardiyoloji** Merkezi'nde yapılan efor testinin 'İskemik açıdan pozitif' şeklinde sonuçlandığı, kişiye koroner anjiografi tetkikinin yapılması için yönlendirildiği, 10.3.2010 tarihinde Dr. A. O. tarafından selektif sağ-sol koroner anjiografi + by-pass kontrolü uygulandığı, koroner arterler açısından medikal tedavi kararı verildiği, hastada koroner anjiografi sonrası yaklaşık 3. saatte epigastrik ağrı ve hipertansiyonun geliştiği, yapılan fizik muayenede batında distansiyon ve epigastriumda hassasiyet tespit edildiği, hastaya Isordil ve Pantpas verildiği, hastanın ağrılarının devam etmesi üzerine aynı gün içerisinde hastaya tüm abdomen bilgisayarlı tomografi çekildiği, peripankreatik, periduodenal bölgede mezenter posterioru boyunca inferiora doğru uzanan akut hemoraji saptandığı, sonrasında yapılan BT anjiografi tetkikinde pankreas ve duodenum etrafında retroperitoneal hematom saptandığı, aort, iliak ve major abdominal dallarda perforasyon disseksiyon izlenmediği, Genel Cerrahi Kliniği ile konsülte edildiği, hastanın hematokrit takibine karar verildiği, hastanın yakın takip için Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındığı, aynı gün içerisinde hastanın hemodinamisinde bozulma, şuur bulanıklığı, satürasyonlarında düşme olması üzerine hastanın entübe edildiği ve mekanik ventilasyona geçildiği, Radyoloji ve Genel Cerrahi Klinikleri tarafından değerlendirilerek perkütan girişim kararı alındığı, kan transfüzyonu uygulandığı, hastaya 11.3.2010 tarihinde abdominal damarlara yönelik anjiografi tetkikinin yapıldığı, splenik arterin yan dalından ekstravazasyon gözlendiği ve dorsal pankreatik arter düzeyine greft stent konulduğu, kontrol anji-

ografisi yapıldığı, anjiografide kanamanın olmadığının ve stent bölgesinin açık olduğunun tespit edildiği, aynı gün içinde yapılan abdominal BT tetkikinde retroperitoneal hematomun batın içine açıldığının görüldüğü, kompartman bulgusu saptanması üzerine Genel Cerrahi Kliniği ile konsülte edildiği, eksplorasyon planlandığı, hastanın Genel Cerrahi Kliniği tarafından operasyona alındığı, hastaya tanısal laporotomi + splenektomi operasyonlarının yapıldığı ve sonrasında hastanın Anestezi ve Reanimasyon Kliniği'ne devredildiği, operasyon sonrası erken dönemde hipotansif seyreden ve hemorajisi devam eden hastanın yapılan kardiyopulmoner resüsitasyona cevap vermeyerek eksitus letalis kabul edildiği "tespitlerine yer verildikten sonra, "1- Ölen S. M. Z. yapılması planlanan ve boynunda yer alan tiroglossal duktus kistinin çıkartılması operasyonu öncesinde Dr. Ş. Y. tarafından koroner anjiografi istenmiş olmasının, şahsın, inceleme ve değerlendirme kısmında sıralanan ve öncesinde geçirmiş olduğu kalp rahatsızlıkları göz önüne alındığında, yerinde bir karar olduğu ve kusurlu bir davranış olarak değerlendirilmeyeceği, 2- Ölen S.M. Z.'a Özel .... Hastanesinde koroner anjiografi işlemini gerçekleştiren Dr. A. O.'ın, işlem esnasında çölyak truncusta yer alan bir damara zarar vermiş olduğu, söz konusu damarın, şahsa otopsi işlemi tatbik edilmemiş olması sebebi ile net olarak belirlenemeyeceği, ancak Dr. A. O'ın koroner anjiografi işlemi esnasında söz konusu damara zarar vermiş olmasının kusurlu bir hareket olarak değerlendirildiği, 3- Ölen S.M. Z.'a Özel .... Hastanesinde koroner anjiografi işlemi sonrasında oluşan batın içine kanama durumuna yönelik olarak operasyon tatbik eden genel cerrahi uzmanları Dr. M. H. ve Dr. C. H.'nın, inceleme ve değerlendirme kısmında ayrıntıları ile verildiği biçimde, hastanın durumunu doğru olarak ve zamanında değerlendirmede ve bu değerlendirme sonrasında dinamik bir biçimde tedavi planlanması ve tatbiki işlemlerinde kusurlarının mevcut olduğu, bu sebeple kusurlu olarak değerlendirildikleri, 4- Ölen S. M. Z.'ın ölümü sonrasında şahsa Ölüm Belgesi düzenleyerek, adli nitelikli bir ölüm olayının Cumhuriyet Başsavcılığına ihbar edilmeden defnedilmesine ve buna bağlı olarak da tam bir ölüm nedeninin ortaya konulamamasına sebebiyet vermesi sebebi ile Ölüm Belgesinde imzası bulunan Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı Dr. T. G.İ.ve Genel Cerrahi Uzmanı Dr. M. C. H.ile birlikte hastane yöneticileri ve başhekiminin de kusurlarının mevcut olduğu, yine tarafıma iletilen söz konusu tıbbi belgelerde hangi işlemin, hangi hekim tarafından yapıldığına yönelik net belirlemelerin

mevcut olmadığı, resmi nitelik taşıyan bu tür belgelerin tanziminde usuli eksikliklerin mevcudiyetinden de hastane başhekiminin kusurunun mevcut olduğu "şeklinde, şüpheli Ş. Y. haricindeki şüphelilerin kusurları bulunduğuna dair görüş bildirildiği dikkate alındığında,

Ölen hastasının zarar görmemesi için mesleki tüm şartları yerine getirmek, tıbbi açıdan zamanında teşhis koyup, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak ve uygun tedavi yöntemlerini uygulamak zorunda olan doktor şüphelilerin ve ilgili hastane yetkilisinin, hastanın ölümünde tıbbi açıdan kusurlarının bulunup bulunmadığı, kusurları varsa kimlerin hangi eylemlerinden dolayı kusurlu oldukları ve gerekli tıbbi müdahale yapılsa dahi ölüm neticesinin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği hususlarında. İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı Genel Kurulundan rapor alınarak, kusur durumunun şüpheye yer bırakmayacak biçimde belirlenmesi ve delillerin etraflıca araştırılıp ortaya çıkacak uygun sonuç çerçevesinde bir karar verilmesi gerektiği nazara alınarak, 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 173/3. maddesi hükmü de gözetilerek, İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığınca düzenlenen 14.5.2012 tarihli ve 2010/183286 soruşturma sayılı kovuşturmaya yer olmadığına dair karara karşı yapılan itirazın kabulü yerine reddine dair mercii Bakırköy 15. Ağır Ceza Mahkemesi'nin 13.9.2012 tarihli ve 2012/1429 değişik iş sayılı kararında isabet görülmemiş olup,

SONUÇ : Kanun yararına bozma talebine dayanılarak düzenlenen tebliğnamedeki bozma istemi incelenen dosya kapsamına nazaran yerinde görüldüğünden, Bakırköy 15. Ağır Ceza Mahkemesi›nin 13.9.2012 tarihli ve 2012/1429 değişik iş sayılı kararının CMK›nın 309. maddesi uyarınca isteme uygun olarak BOZULMASINA, müteakip işlemlerin mahallinde yapılmasına, dosyanın gereği için Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığına TEVDİİNE, 2.6.2014 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/15628
K. 2014/6893
T. 19.3.2014

DAVA : Taksirle öldürme ve görevi kötüye kullanma suçlarından sanıkların beraatlerine dair hükümler, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : 43 yaşındaki hasta G. D.'in 28.5.2010 tarihinde .....Devlet Hastanesine kanama+myom uteri tanısıyla yatışının yapıldığı, USG'de 59-60 mm myom tespit edildiği, probe küretaj uygulandığı, yeterli parça gelmediği, alınan parçanın patolojiye yollandığı, hastaya reçete verilip bir hafta sonra kontrole çağrıldığı, 29.5.2010 tarihinde hastanın rahatsızlanması sonucu sanık Dr. H. E.'nin ekip başı olduğu, sanık S. G.'in hemşire olarak bulunduğu 112 Acil Servisin çağrıldığı, TA:110/60mmHg normal fizik muayene bulguları olduğu, sanık doktor tarafından hastaya 1 amp novalgin yapıldığı, hastanın sevk işleminin gerçekleştirilmeden 112 Acil Servisin olay yerinden ayrıldığı, hastanın .....Devlet Hastanesi Acil Servise geldiğinde EKG çekildiği, kardiyopulmoner arreste giren hastaya CPR ve kardiyoversiyon uygulandığı, sinüs ritmi dönen hastanın **kardiyoloji** yoğun bakım servisine alındığı, TA:120/80mmHg olduğu, tedavisine başlanan hastanın saat 17:45'de tekrar ventriküler fibrilasyona girdiği, CPR ve kardiyoversiyon uygulandığı, saat 19:20 civarında hastanın N:160/dk olduğu, tekrar VF ve arrest gelişen hastaya kardiyoversiyon yapıldığı, tüm müdahalelere rağmen cevap vermeyen hastanın saat 19:50'de öldüğü olayda,

Yüksek Sağlık Şurasınca verilen 2011/125 dosya, 13032 karar numaralı kararda kanama+myom uteri tanısıyla probe küretaj uygulanan hastanın rahatsızlanması sonucu 112 Acil Servisin çağırıldığı, olay yerine gelerek kişiyi muayene eden ve hastanın normal fizik muayene bulgularını tespit edip hastayı gerektiği gibi değerlendirmeyerek ve hastayı hastaneye sevk etmesi uygun olduğu halde sevk etmeyerek sorumluğu üzerine alan Dr. H. E.'nin (Pratisyen Hekim) özensiz davrandığına, ancak kişiye otopsi yapılmamış olduğundan ölüm sebebinin belirlenemediği, dolayısıyla bu özensizlikle ölüm arasında illiyet bağı kurulamayacağına,

ayrıca hemşire S. G.'in doktorun talimatına uyduğundan kusursuz olduğuna dair oybirliği ile karar verildiği anlaşılmakla;

1-) Sanık S. G.'in beraatine dair hükme yönelik temyiz talebinin incelemesinde;
Yapılan yargılama sonunda yüklenen suç açısından failin taksirinin bulunmadığı gerekçeleri gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan katılan vekilinin eksik inceleme ile beraat kararı verildiğine ve sair yönlere dair yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddiyle beraate dair hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA,

2-) Sanık H. E.'nin taksirle öldürme ve görevi kötüye kullanma suçlarından beraatlerine dair hükümlere yönelik temyiz talebinin incelemesine gelince;
Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, incelenen dosya kapsamına göre, katılan vekilinin sair temyiz itirazlarının reddine, ancak;
Yüksek Sağlık Şurası kararında da belirtildiği üzere, hastanın normal fizik muayene bulgularını tespit edip, hastayı gerektiği gibi değerlendirmeyerek ve hastayı hastaneye sevk etmesi uygun olduğu halde sevk etmeyerek, özensiz davranan ve görevinin gereklerini yapmakta ihmal gösteren sanık doktorun eyleminin görevi kötüye kullanma suçunu oluşturduğu, sanığın TCK'nın 257/2. maddesi gereğince mahkumiyetine karar verilmesi gerekirken, yazılı şekilde beraat kararı verilmesi,

SONUÇ : Yasaya aykırı olup, katılanın temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebeplerden dolayı 5320 Sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 19.3.2014 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/11750
K. 2014/5182
T. 3.3.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın mahkumiyetine ilişkin hüküm, sanık müdafii tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Ölen A.. T..›un, sol kolda ağrı, sol el orta ve yüzük parmağında uyuşma şikayeti ile .... Devlet Hastanesi Acil Servisine başvurduğu, çekilen EKG'sinin değerlendirilemeyecek kadar parazitli olduğu, hastaya ikinci bir EKG çekildiğinin söylenmesine rağmen ikinci bir EKG'nin dosyada mevcut olmadığı, hastanın kardiyak enzimlerinin anlamlı bir şekilde yüksekliği nedeniyle **kardiyoloji** konsültasyonu istenilmesi gerekirken, hasta kısa bir süre gözlem altında tutulup, taburcu edildiği, hastene çıkışı aracına binerek seyri sırasında, hastane bahçesinin duvarına çarparak durduğu, hasteneye getirildiği, öldüğünün anlaşıldığı, Adli Tıp 3.İhtisas Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası tarafından verilen raporlarda sonuç olarak; "A.. T..'un yapılan otopsisinde ölümünün önceden geçirilmiş myokard enfarktüsü zemininde gelişen akut myokard enfarktüsü sonucu meydana geldiği, hastada sol kolda ağrı, kardiak enzim yüksekliği ve EKG'lerinde bazı derivasyonlarında ST değişikliği olmakla birlikte parazitler nedeniyle EKG'nin teknik olarak değerlendirmesinin yapılamadığı, sol kolda ağrı ve enzim yüksekliği olan hastanın **kardiyoloji** konsültasyonu yapılarak yatırılması ve izlenmesinin gerektiği, bu çerçevede zamanında ve uygun tedavi yapmadığından sanık Dr. A.. T..'nin kusurlu olduğunun" tespit edildiği olayda, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu raporu ve üçlü heyetten alınan raporlarda, ölenin gözlem altında tutulmuş olsa da, muhtemelen sonucun değişmeyeceği belirtildiğinden, bu konuda ihmali olan sanığın eyleminin taksirle öldürme suçunu oluşturmayacağı, eyleminin TCK'nın 257/2. maddesine uygun suçu oluşturacağı ve hukuki durumunun buna göre takdir ve tayini gerektiği gözetilmeden, suç vasfında yanılgıya düşülerek yazılı şekilde hüküm kurulması,

SONUÇ : İsabetsiz olup, sanık müdafinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebeplerden dolayı 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 03.03.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/8331
K. 2014/3876
T. 18.2.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine dair hüküm, katılan vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : 1960 doğumlu R. Y.'nın 20.3.2008 tarihinde saat 21:45 sıralarında aniden rahatsızlandığı ve ailesi tarafından şiddetli göğüs ağrısı şikayeti ile Ş. Y. ....Devlet Hastanesi Acil Servisine getirildiği, nöbetçi Dr. sanık E. Z..'in ilk müdahalesinden sonra, hastanın Genel Yoğun Bakım Servisine alındığı CPR uygulanan hastanın 21.3.2008 tarihinde saat 01:30 sıralarında vefat ettiği olay sonrasında acil tıp uzmanı Dr. N. Ç. tarafından hazırlanan inceleme raporunda sanık doktorun 'Göğüs ağrısı, solukluk, terleme şikayetleri ile gelen hastanın EKG, hemogram, kardiak enzimleri ile hemen acil ilaç tedavisine başlanması, **kardiyoloji** veya Dahiliye konsültasyonu istenmesi gerektiği, bu algoritmanın dosya içerisinde mevcut olmadığı anlaşıldığından Dr. E. Z.'in MI bulguları gösteren bir EKG'yi tanıyamaması, doğru teşhisi koyamayıp hastanın göğüs ağrısı ve MI tanısı için gerekli acil ilaç tedavisine başlamaması nedeni ile' kusurlu olduğunun belirtildiği, Yüksek Sağlık Şurasınca düzenlenen raporda ise 'göğüs ağrısı şikayeti ile gelen hastaya EKG ve kan tetkiklerini yaptırdığı, EKG'sinde kesin Ml olduğunu düşündürmemesine rağmen hastayı müşahede altında tuttuğu ve ilgili konsültasyon bölümünü çağırdığı için Dr. E. Z..'in eyleminin tıp kurallarına uygun olup kusurunun bulunmadığının' belirtilmiş olması karşısında, sanığın olaydaki kusur durumunun kuşkuya yer bırakmayacak şekilde belirlenmesi için dosyanın Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Dairesine gönderilip sonucuna göre sanığın hukuki durumunun takdir ve tayini gerektiği gözetilmeden eksik soruşturma ile karar verilmesi,

SONUÇ : Yasaya aykırı olup, katılan vekilinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden hükmün 5320 Sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 18.2.2014 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2012/33049
K. 2013/20208
T. 16.9.2013

- **TIBBİ YARDIMIN GECİKTİRİLMESİ SURETİYLE MAĞDURİYETE NEDEN OLMA (Eylemin Görevi Kötüye Kullanma Suçunu Oluşturacağı/Taksirle Öldürme Suçundan Hüküm Kurulmasının Hatalı Olduğu)**
- **GÖREVİ KÖTÜYE KULLANMA SUÇU (Ölene Gerekli Tetkikleri Yapmayan Ve Bu Konuda İhmal Gösteren Sanığın Eyleminin Taksirle Öldürme Suçunu Oluşturmayacağı/Gerekli Müdahalenin Yapılmayarak Tıbbi Yardımın Geciktirilmesi Suretiyle Mağduriyete Neden Olunması Şeklindeki Eylemin 5237 S.K.257. Maddesine Uygun Suçu Oluşturacağı)**
- **TAKSİRLE ÖLÜME NEDEN OLMA (Tıbbi Yardımın Geciktirilmesi Suretiyle Mağduriyete Neden Olma - Eylemin Görevi Kötüye Kullanma Suçunu Oluşturacağı/Taksirle Öldürme Suçundan Hüküm Kurulmasının Hatalı Olduğu) 237/m. 85, 257**

ÖZET : Ölene gerekli tetkikleri yapmayan ve bu konuda ihmal gösteren sanığın eyleminin taksirle öldürme suçunu oluşturmayacağı, ölene gerekli müdahalenin yapılmayarak tıbbi yardımın geciktirilmesi suretiyle mağduriyete neden olunması şeklindeki eylemin görevi kötüye kullanma suçu oluşturacağından ve hukuki durumun buna göre takdir ve tayini gerekir.

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın beraatine ilişkin hüküm, katılanlar tarafından temyiz edilmekle dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, katılanların yerinde görülmeyen sair temyiz itirazlarının reddine,

Ancak;
Ölen M. E.›ün 21/03/2008 günü saat 06:30 sıralarında, …… Devlet Hastanesi acil servisine karın ağrısı, baş dönmesi, halsizlik yakınması ile başvurduğu, tetkikleri yapıldıktan sonra **kardiyoloji** servisine yönlendirildiği, saat 07:45 akut kroner sendrom şüphesi ile **kardiyoloji** servisine yatışının yapıldığı, saat 08: 30 sıralarında göreve başlayan kardiyoji icapçı doktoru olan sanık Ş. Ü.'ın öleni muayene ederek bradikardi, hipotansiyon etyolojinise yönelik araştırma yaptırdığı, karın ağrısı şikayeti üzerine abdomen usg istediği ve ölenin kontrol önerilerek saat 16:00 sıralarında taburcu edildiği, sonrasında ölenin aynı gün 20:00 sıralarında rahatsızlanarak tekrar hastaneye getirildiği, ancak tedaviye cevap vermeyen hastanın kalp ve solunum durması sonucu saat 22:45 sıralarında öldüğü olayda; Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun 27/02/209 tarihli ve Yüksek Sağlık Şurası'nın 20-21 Ocak 2011 tarih ve 292 sayılı raporlarında sanığın Disekan Aort Anevrizmasına yönelik tetkik yaptırmadığı ve teşhis edemediğinden dolayı eksikliğinin olduğu belirtilmiş olup, ölene gerekli tetkikleri yapmayan ve bu konuda ihmal gösteren sanığın eyleminin taksirle öldürme suçunu oluşturmayacağı, ölene gerekli müdahalenin yapılmayarak tıbbi yardımın geciktirilmesi suretiyle mağduriyete neden olunması şeklindeki eylemin TCK'nın 257. maddesine uygun suçu oluşturacağı ve hukuki durumun buna göre takdir ve tayini gerektiği gözetilmeden suç vasfında yanılgıya düşülerek yazılı şekilde hüküm tesisi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, katılanların temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebepten dolayı 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme aykırı olarak BOZULMASINA, 16.09.2013 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/11286
K. 2013/19375
T. 9.9.2013

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanıkların mahkumiyetlerine dair hükümler, sanıklar müdafiileri tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : 5237 Sayılı TCK'nın 50 ve 51. maddelerinin her ikisi de kişiselleştirme kurumu olması ve birbirlerine önceliklerinin bulunmaması, birinin diğerine göre daha lehe olduğunun ilke olarak ileri sürülemeyecek olması karşısında; tebliğnamedeki kabule göre, bozma öneren düşünceye iştirak edilmemiştir.

Yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık H. S. T. ve A. Ö. müdafinin, usulü eksikliğe, hakimin reddi talebinin reddine, sanık A. Ö. müdafinin usulü eksikliğe, sanık S. Ö. müdafinin usulü eksikliğe, yetki aşımına dair yerinde görülmeyen temyiz itirazlarının reddine, ancak;

1926 doğumlu ölen H. B.'nın göğüs ağrısı şikayeti ile 8 kasım 2005 tarihinde saat 17-18 civarında ……Hastanesinden çağrılarak, yönlendirilen ambulansla adı geçen hastaneye transfer edildiği, hastanın acil poliklinikte acil doktoru sanık Dr. A. Ö tarafından karşılanarak, kısa bir sure içerisinde **kardiyoloji** uzmanı sanık Dr. H. S. T.'na devredildiği; göğüs ağrısı ve EKG bulgularına göre 'akut koroner sendrom' tanısı ile yatırıldığı, şikayetleri devam eden hastaya sanık kardiyolog Prof. Dr. S. Ö.'ün başkanlığında içlerinde tanıklar kalp damar cerrahisi bölüm başkanı Prof. Dr. ..ve kalp ve damar cerrahı Doç. Dr. H. A. ve **kardiyoloji** uzmanı tanık Dr. A. D. Ş.'in de yer aldığı 7-8 kişilik kardiyologlarca koroner anjiografı endikasyonları konulduğu ve bu endikasyon hasta yakınları tarafından kabul edilerek koroner anjiografi uygulandığı, işlemi müteakiben koroner yoğun bakım ünitesine tekrar transfer edildiği, hastanın buradaki tedavisinin sanık Prof. Dr. …verdiği order doğrultusunda, hemşirelerce uygulandığı, gece boyunca hastanın durumunda değişiklik olduğunun gözlendiği ancak nöbetçi **kardiyoloji** asistanı temyiz dışı sanık F. Y. tarafından siyatalji ve hastanın diyabetik olması nedeni ile Nabetin nietabo-

lik ??? komplikasyonları üzerinde durulduğu; temyiz dışı sanık nöbetçi dahiliye uzmanı Dr. A. H. A. ile telefonla konsulte edildiği, buna karşın 9.11.2005 tarihinde saat 07-08 civarında hastada preşok ve şok tablosu geliştiği, resusitasyon yapıldığı ve bunu müteakiben entübe edilerek, koroner yoğun bakımdan genel yoğun bakıma transfer edildiği, genel yoğun bakıma derin anemi, hipovolemik şok tanısı ile alındığı ve buna yönelik tetkikler sonucunda genel yoğun bakım ünitesi sorumlu uzman hekimi temyiz dışı sanık K. D. tarafından retroperitonel ve intraperitoneal kanama tanısı konularak kalp damar cerrahisince opere edildiği, ayrıca hastanın genel yoğun bakımda nöroloji uzmanı sanık A. Ö. ile gastroenteroloji birimlerince de konsulte edildiği, fakat tüm müdahalelere rağmen hastanın 9.11.2005'de solunum ve dolaşım yetersizliğinden hayatını kaybettiği şeklinde gelişen olayda;

Yüksek Sağlık Şurası'nın 10-11 Aralık 2009 tarih ve 12383 karar no.lu raporunda; hastanın, anjiyografi işlemi sırasında oluşan vasküler yaralanma, buna bağlı gelişen hemorajik şok ve komplikasyonlardan dolayı öldüğü belirtilerek, afaki şekilde tüm sanıklara, işlem anından ertesi gün arrest oluncaya kadar hastanın kanadığını gösteren birçok belirti ve bulgu olmasına rağmen izleme ve tedavide yetersiz kaldıkları için kusur izafe edilmesi, sanıkların sorumluluklarına dair eylemlerinin ne olduğunun, hangi sebeplerle kusurlu olduklarının açık ve denetime olanak verecek şekilde belirtilmemesi ve dosyaya sunulan .....Üniversitesi **Kardiyoloji** Enstitüsünde görevli bilirkişi heyeti tarafından düzenlenen raporda; yapılmış olan işlem erken invazif girişimin (koroner anjiyografi ve pekültan girişim) klinik uygulama kılavuzlarına uygun bulunduğunun, ...Üniversitesi Kardioloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi bilirkişi heyeti tarafından düzenlenen raporda; yapılan işlemin tıp bilimine uygun bulunduğunun.... Üniversitesi Hukuk Fakültesi, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi ve .... Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyeleri tarafından düzenlenen .... tarihli bilirkişi heyeti görüşünde, ölüm sebebinin, multiorgan yetmezliğinden ileri gelmiş olduğu, tedavi amaçlı tıbbi işlemler ile ölüm arasında illiyet bağı bulunmadığı, tedaviye katılan hekimlerin tanı ve tedavide mesleki standartlarına aykırılık bulunmadığı, özen eksikliğinin bulunmadığı, Yüksek Sağlık Şurası tarafından verilen raporda belirtilen sonuçlara ve gerekçesine medikolegal olarak katılmanın mümkün olmadığının belirtilmesi karşısında, oluşan çelişkinin giderilmesi, ölüm sebebinin tespiti ile sanıkların tıbbi uygulamaları ile

ölüm arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığının, sanıkların taksirle öldürme suçu yönünden olayda kusurlu olup olmadıklarının kuşkuya yer vermeyecek şekilde belirlenebilmesi bakımından Adli Tıp Kurumu ilgili İhtisas Dairesinden rapor alınarak sonucuna göre sanıkların hukuki durumlarının tayin ve takdiri gerekirken eksik kovuşturma ile yazılı şekilde karar verilmesi,

SONUÇ : Kanuna aykırı olup, sanıklar müdafiilerinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebepten dolayı 5320 Sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 Sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 9.9.2013 tarihinde oybirliği ile karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2016/12968
K. 2018/10204
T. 25.10.2018

"İçtihat Metni"
Mahkemesi: Asliye Ceza Mahkemesi Suç: Taksirle Öldürme Hüküm: Beraat

Taksirle öldürme suçundan sanıkların beraatlerine ilişkin hüküm, katılanlar vekili tarafından temyiz edilmekle, dosya incelendi gereği düşünüldü; 1958 doğumlu ...'ın 29.05.2011 tarihinde şiddetli bel ve karın ağrısı şikayetleriyle ....Devlet Hastanesi Acil Servisine getirildiği, TA: 130/100 mmHg, Ateş:36.7, genel durum orta, aniden gelişen bel ağrısı, terleme mevcut, idrar kaçırması olduğu, tetkikleri yapılarak genel cerrahi ve dahiliye konsültasyonları istenildiği, DİC ön tanılarıyla saat: 16.20 de ambulans ile .....Eğitim Araştırma Hastanesine sevk edildiği, aynı gün saat: 18.10 da ....Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisine getirildiği, acil tıp asistanı olan sanık Dr ... tarafından muayene edildiği, tetkiklerinin yapıldığı, Toraks BT, Üst abdomen ve Alt abdomen BT çekildiği, saat: 19.35 de 1 cc fentanyl (iv) puşe, saat: 19.50 de 150 cc SF içinde 2 ampul asist, saat: 21.54 de 1 cc fentanyl (iv) puşe yapılarak, saat:22.40 da hastanın EKO ya gittiği, saat:00.10 da 150 cc SF içinde 1 ampul aldolan yapıldığı, diseksiyon şüphesiyle Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi konsültasyonları istenildiği, Kardiyoloji uzmanı Dr ... tarafından konulan notta; acil şartlarda diseksiyon? olarak yapılan ekokardiyografik incelemede assendan aortanın aort kapaktan itibaren 4 cm lik kısmında en geniş yer 36 mm olarak ölçülmüş ve görülebildiği kadarıyla diseksiyon flebi ile uyumlu ekojenite izlenmediğinin, suprasternal bakıda arcus aortada diseksiyon flebi izlenebildiği kadar görülemediğinin belirtildiği, Kalp ve damar cerrahisi uzmanı sanık Dr ... tarafından konulan notta; hastanın değerlendirildiğinin, hastanın acil BT tetkikinde değerlendirilebildiği kadarı ile herhangi bir diseksiyon, rüptürasyon, ekstravazasyon bulgusu tespit edilmediğinin, kardiyoloji tarafından yapılan EKO da diseksiyon lehine bulgu bildirilmediğinin, mevcut fizik muayene, laboratuar ve görüntüleme bulguları eşliğinde hastada acil KDC müdahalesi gerektirecek patoloji düşünülmediğinin, hastanın kati BT raporu ile KDC poliklinik

kontrolü önerilerek taburcu edildiğinin belirtildiği, 30.05.11 günü hastanın bulantı ve bel ağrısı şikayetleri ile saat 09.06 sıralarında tekrar .... Eğitim Araştırma Hastanesi beyin cerrahi polikliniğine getirildiği, beyin cerrahi asistanı tarafından muayene edilerek beyin cerrahi uzmanı Dr ...›e danışıldığı, intervertebral disk dejenerasyonu tanısı ile semptomatik tedavi amacıyla acil servise yönlendirilmesi üzerine saat: 11.09 da acil serviste dahiliye asistanı sanık Dr ... tarafından muayene edilerek düzenlenen acil tıp kliniği hasta muayene formunda; beyin cerrahi polikliğinden semptomatik tedavi amacıyla yönlendirilen hastanın öğleden sonra servise yatırılacağı belirtildiği, hastanın aynı gün iddiaya göre hastanede boş yatak olmaması sebebiyle başka bir üniversite hastanesinde bel ameliyatı olması önerilerek taburcu edilmesi üzerine evine götürüldüğü, 30.05.2011 tarihinde saat: 22.00 civarında bilinç kaybı sebebiyle hastanın ....Devlet Hastanesi'ne getirildiği, muayenesinde genel durum kötü, şuur kapalı, ve DİC, böbrek yetmezliği ön tanılarıyla yatırıldığı, tetkikleri yapılarak 31.05.2011 tarihinde saat: 01.10 da hastada bradikardi ve kardiyak arrest geliştiği CPR yapıldığı, yanıt alındığı, saat:01.30 da hastanın tekrar arrest olduğu, CPR yapıldığı, yanıt alınamadığı saat:02.10 da eks kabul edildiği,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu tarafından düzenlenen 27.12.2011 tarihli raporda; kişinin akut böbrek yetmezliği tablosu içinde olduğu ve ağırlaştığı, ... Devlet Hastanesinde ağır lökositoz saptandığı, anemisinin derinleştiği, yapılan otopsisinde akciğerlerde granülomatöz inflamasyon saptandığı, bu bulgulara göre kişinin ölümünün sistemik bir hastalık (enfeksiyon) veya vaskülit tablosuna bağlı akut böbrek yetmezliği sonucu meydana geldiği, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvurduğunda lökositoz, böbrek yetmezliği, karaciğer enzimlerinde artış, anemisinin olduğu, bu bulgularla hastanın eve gönderilmesinin bir eksiklik olduğu görüşlerine yer verildiği; ... Üniversitesi bilirkişi heyeti tarafından düzenlenen 19.02.2014 tarihli raporda; Dosyada mevcut olan muayene bulguları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları ve detaylı otopsi raporları incelendiğinde hastanın kesin ölüm nedeninin ortaya konamadığının, hastada gelişen mevcut durumun hızlı gelişen ve önceden öngörülemeyen hastalık tablosu olduğunun, hastanın sırasıyla başvurduğu ...Devlet Hastanesi, ... Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve ..... Devlet Hastanesi'nde gerçekleşen muayene, inceleme ve tedavi aşamalarında eksiklik olmadığının ve hastanın tedavisinde görev alan hekimlerin herhangi

bir ihmal ve kusuru olmadığının belirtildiği; raporlar arasındaki çelişkinin giderilmesi amacı ile Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlenen 18-19.09.2014 tarihli raporda; hastanın kesin ölüm nedeninin ortaya konamadığı, mevcut olan muayene bulguları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarına göre hastada gelişen mevcut durumun hızlı gelişen ve önceden öngörülemeyen hastalık tablosu olduğu, hastanın sırasıyla başvurduğu, ….. Devlet Hastanesi, ….. Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ….. Devlet Hastanesi'nde gerçekleşen muayene, inceleme ve tedavi aşamalarında eksiklik olmadığının görüldüğü, hastanın semptomlarına yönelik gerekli tetkiklerin istenildiği, konsültasyonların yapıldığı ve gerekli tıbbi tedavinin uygulandığı anlaşılmakla hastanın tedavisinde görev alan Dr.... (Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı), Dr.... (Kardiyoloji Uzmanı), Dr.... (Dahiliye Asistanı), Dr.... (Beyin Cerrahisi Uzmanı) ve Dr....'un (Acil Tıp Asistanı) kusurları olmadığı görüşüne yer verildiği anlaşılmış olmakla; Tüm dosya kapsamı ve bilirkişi raporlarındaki tespitlere göre, sanıkların, tanı, tedavi ve takip aşamalarındaki uygulamalarında bir eksiklik bulunmadığının, bu suretle sanıkların kusurunun bulunmadığının anlaşılması karşısında; sanıkların beraatine ilişkin Mahkeme'nin kabul ve takdirinde bir isabetsizlik bulunmadığı anlaşılarak yapılan incelemede; Yapılan yargılama sonunda yüklenen suç açısından sanıkların taksirinin bulunmadığı gerekçeleri gösterilerek mahkemece kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılanlar vekilinin eksik incelemeye ve sanıkların mahkumiyetine karar verilmesi gerektiğine ilişkin temyiz itirazlarının reddiyle beraata ilişkin hükmün isteme uygun olarak ONANMASINA; 25.10.2018 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2019/8895
K. 2019/9916
T. 8.10.2019

"İçtihat Metni" Mahkemesi :
Sulh Ceza Hakimliği

Taksirle ölüme neden olma suçundan şüpheli ... hakkında yapılan soruşturma evresi sonunda Gaziosmanpaşa Cumhuriyet Başsavcılığınca verilen 02/07/2018 tarihli ve 2017/15677 soruşturma, 2018/13814 sayılı kovuşturmaya yer olmadığına dair karara yönelik itirazın reddine ilişkin merci İstanbul 9.Sulh Ceza Hakimliğinin 04/10/2018 tarihli ve 2018/3778 değişik iş sayılı kararını kapsayan dosya incelendi. Dosya kapsamına göre, şüpheli hakkında Gaziosmanpaşa Cumhuriyet Başsavcılığınca taksirle ölüme neden olma suçundan yürütülen soruşturma sonucunda, "... Yüksek Sağlık Şurasının 10-11/05/2018 tarihli ve 13981 sayılı raporu ile Gögüs ağrısı, fenalaşma, baş dönmesi şikayetleri ile .....Eğitim Ve Araştırma Hastanesine başvuran hastanın muayene, EKG ve Troponin bulguları ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla girişimsel tanı ve tedavi imkanları bulunan bir merkeze sevk edilmesinin tıp kurallarına uygun olduğu; ..... Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Servisine yatırılmasının ve koroner anjiyografi yapılmasının tıp kurallarına uygun olduğu, ancak koroner anjiyografi sonucunda LAD de % 20 darlık bulunmasının hastanın şikayetlerinin izah etmeyeceği ve koroner anjiyografi sonucunda kritik darlık saptanmayan hastada göğüs ağrısı ve troponin yüksekliği ile seyreden diğer tanıların araştırılmamasının koroner yoğun bakımda yatan hastaya anjiyografi öncesi ve sonrası ekokardiyografi yapılmamış olmasının kusur olduğuna, Koroner anjiyografi işlemini yapan Kardiyoloji uzmanı DR. ...'ın hastanın taburculuğuna kadar hastanın tıbbi durumundan birinci derecede sorumluluk sahibi olduğu, hastanın vefat etmesi ile sonuçlanan süreçte kusurlu olduğuna, hastanın son tıbbi durumunda genel durum bozukluğu, hipotansiyon, ekokardiyografide sağ kalp boşluklarında genişleme ve sağ kalp boşluklarında yoğun trombüsler izlendiği dikkate alındığında hastanın pulmoner emboli sebebiyle ölmüş olabileceği düşünülmekle birlikte otopsi yapılmamış olması nedeniyle kesin

ölüm nedeni tespit edilemediğinden Kardiyoloji uzmanı Dr....'ın kusuru ile ölüm arasında İlliyet bağının kurulamayacağına karar verildiği, ve böylelikle Yüksek Sağlık Şurasınca E...'in ölümü ile ilgili olarak şüpheli ...'ın kusurlu olduğu ancak şüphelinin kusuru ile ölüm arasında illiyet bağı bulunmadığının tespit edilmesi ve bir suçun maddi unsurlarından olan illiyet (illiyet) bağı unsurunun olayda bulunmaması nedeniyle atılı suçun oluşmadığı..." gerekçesiyle kovuşturmaya yer olmadığına ilişkin karar verilmiş ise de; Yüksek Sağlık Şurasının 10-11/05/2018 tarihli ve 13981 sayılı raporu ile koroner anjiyografi sonucunda kritik darlık saptanmayan hastada göğüs ağrısı ve troponin yüksekliği ile seyreden diğer tanıların araştırılmamasının ve koroner yoğun bakımda yatan hastaya anjiyografi öncesi ve sonrası ekokardiyografi yapılmamış olmasının kusur olduğuna işaret edilmesi karşısında, şüphelinin üzerine atılı suça ilişkin delillerin takdir ve değerlendirmesinin mahkemesince incelenmesi gerektiği gözetilmeksizin, kovuşturmaya yer olmadığına dair karara yönelik itirazın bu yönüyle kabulü yerine, yazılı şekilde reddine karar verilmesinde isabet görülmediğinden bahisle, 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 309.maddesi uyarınca İstanbul 9. Sulh Ceza Hakimliğinin 04/10/2018 tarih ve 2018/3778 D.iş sayılı kararının bozulması lüzumu Yüksek Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğünün 29/05/2019 gün ve 94660652-105-34-2586-2019-Kyb sayılı yazılı istemlerine müsteniden ihbar ve mevcut evrak tevdi kılınmakla;

Dosya incelenerek gereği düşünüldü: Ölen ...'ın göğüs ağrısı, baş dönmesi ve halsizlik şikayetleri ile iki kez ...Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvurduğu, soğuk algınlığı tanısıyla ilaç tedavisi düzenlendiği, şikayetlerinin devam etmesi üzerine 11/02/2013'te tekrar aynı hastanenin acil servisine üçüncü kez başvurduğu, göğüs ağrısı olan hastanın akut koroner sendromu ön tanısıyla şüphelinin kardiyoloji uzmanı doktor olarak görev yaptığı Özel ..... Hastanesine sevk edildiği, koroner yoğun bakım ünitesine kabul edilerek yatışının yapıldığı, burada şüpheli tarafından koroner anjiyografi yapıldığı, sol ön inen arterde anlamlı darlık yapmayan LAD saptandığı(%20), işlem sonrası koroner yoğun bakımdaki yatağına transfer edildiği, gece hastanede kaldığı, ertesi gün yani 12/02/2013 tarihinde kardiyak açıdan medikal takip önerilerek taburcu edildiği, aynı gün evine gidince fenalaşarak yakınları tarafından .... Araştırma Hastanesine götürüldüğü, burada yapılan müdahaleye rağmen hayatını kaybettiği, İstanbul Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 17/12/2014

tarihli raporunda, kişinin ölümünün kalp damar hastalığı ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu, koroner anjiyografı endikasyonu konulmasının uygun olduğu, usulüne uygun olarak yapılan anjiografide sol ön inen arterde (LAD) anlamlı darlık yapmayan LAD saptandığı (%20), işlemle ilgili herhangi bir komplikasyon gelişmediği, klinik olarak taburculuğa engel bir tablonun tanımlanmadığı, şüpheliye kusur atfedilemeyeceğinin kanaatinin, Yüksek Sağlık Şurasının 10-11 Mayıs 2018 tarihli kararında ise anjiyografi yapılmasının tıp kurallarına uygun olduğu, ancak hastada göğüs ağrısı ve troponin yüksekliği ile seyreden diğer tanıların araştırılmamasının, koroner yoğun bakımda yatan hastaya anjiyografi öncesi ve sonrası ekokardiyografi yapılmamış olmasının kusur olduğu, koroner anjiyografı işlemini yapan şüphelinin hastanın taburculuğuna kadar hastanın tıbbi durumundan birinci derecede sorumluluk sahibi olduğu, koroner yoğun bakımda da hastanın doktor olarak şüphelinin adına yatmış olduğu, hastanın kesin tanısı konmadan, ilave tetkikler yapılmadan (ekokardiyografı, CT anjiografi, sintigrafı veya tomografık tetkik), konsültasyon istenmeden taburcu edilmesi ve aynı gün kötüleşmesi üzerine götürüldüğü hastanede vefat etmesi ile sonuçlanan süreçte şüphelinin kusurlu olduğu, ancak hastanın pulmoner emboli sebebiyle ölmüş olabileceği düşünülmekle birlikte, otopsi yapılmamış olması nedeniyle kesin ölüm sebebi tespit edilmediğinden şüphelinin kusuru ile ölüm arasında doğrudan illiyet bağı kurulamayacağı kanaatinin bildirildiği anlaşılmakla, kovuşturmaya yer olmadığına dair karara itirazın reddine ilişkin İstanbul 9. Sulh Ceza Hakimliğinin 04/10/2018 tarihli ve 2018/3778 değişik iş sayılı kararında usul ve yasaya aykırılık bulunmadığından; bu karara yönelik kanun yararına bozma talebinin CMK'nın 309. maddesi gereğince REDDİNE, müteakip işlemlerin mahallinde yapılmasına, dosyanın mahalline gönderilmesi için Yargıtay Cumhuriyet Başsavcılığına TEVDİİNE, 08/10/2019 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
12. CEZA DAİRESİ
E. 2013/11750
K. 2014/5182
T. 3.3.2014

DAVA : Taksirle öldürme suçundan sanığın mahkumiyetine ilişkin hüküm, sanık müdafii tarafından temyiz edilmekle, dosya incelenerek gereği düşünüldü:

KARAR : Ölen A.. T..›un, sol kolda ağrı, sol el orta ve yüzük parmağında uyuşma şikayeti ile ...Devlet Hastanesi Acil Servisine başvurduğu, çekilen EKG'sinin değerlendirilemeyecek kadar parazitli olduğu, hastaya ikinci bir EKG çekildiğinin söylenmesine rağmen ikinci bir EKG'nin dosyada mevcut olmadığı, hastanın kardiyak enzimlerinin anlamlı bir şekilde yüksekliği nedeniyle **kardiyoloji** konsültasyonu istenilmesi gerekirken, hasta kısa bir süre gözlem altında tutulup, taburcu edildiği, hastane çıkışı aracına binerek seyri sırasında, hastane bahçesinin duvarına çarparak durduğu, hastaneye getirildiği, öldüğünün anlaşıldığı, Adli Tıp 3. İhtisas Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası tarafından verilen raporlarda sonuç olarak; «A.. T..›un yapılan otopsisinde ölümünün önceden geçirilmiş miyokart enfarktüsü zemininde gelişen akut miyokart enfarktüsü sonucu meydana geldiği, hastada sol kolda ağrı, kardiak enzim yüksekliği ve EKG'lerinde bazı derivasyonlarında ST değişikliği olmakla birlikte parazitler nedeniyle EKG'nin teknik olarak değerlendirmesinin yapılamadığı, sol kolda ağrı ve enzim yüksekliği olan hastanın **kardiyoloji** konsültasyonu yapılarak yatırılması ve izlenmesinin gerektiği, bu çerçevede zamanında ve uygun tedavi yapmadığından sanık Dr. A.. T..'nin kusurlu olduğunun" tespit edildiği olayda, Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu raporu ve üçlü heyetten alınan raporlarda, ölenin gözlem altında tutulmuş olsada, muhtemelen sonucun değişmeyeceği belirtildiğinden, bu konuda ihmali olan sanığın eyleminin taksirle öldürme suçunu oluşturmayacağı, eyleminin TCK›nın 257/2. maddesine uygun suçu oluşturacağı ve hukuki durumunun buna göre takdir ve tayini gerektiği gözetilmeden, suç vasfında yanılgıya düşülerek yazılı şekilde hüküm kurulması,

SONUÇ : İsabetsiz olup, sanık müdafinin temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden, hükmün bu sebeplerden dolayı 5320 sayılı Kanunun 8. maddesi uyarınca halen uygulanmakta olan 1412 sayılı CMUK'un 321. maddesi gereğince isteme uygun olarak BOZULMASINA, 03.03.2014 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

KARDİYOLOJİ HUKUK

T.C.
YARGITAY
13. HUKUK DAİRESİ
E. 2016/7997
K. 2016/14872
T. 13.6.2016

DAVA : Taraflar arasındaki tazminat davasının yapılan yargılaması sonunda ilamda yazılı nedenlerden dolayı davanın reddine yönelik olarak verilen hükmün süresi içinde davalı avukatınca temyiz edilmesi üzerine dosya incelendi gereği konuşulup düşünüldü.

KARAR : Davacılar, murislerinin plastik fabrikasında çalıştığı sırada zehirlenerek kalp krizi geçirmesi üzerine 06.04.2007 tarihinde davalı hastaneye kaldırıldığını, kalbinin çalıştırılarak yoğun bakıma alındığını, yoğun bakım sırasında yapılan tetkikleri ve **kardiyoloji** uzmanının konsültasyonu sonucu bir kalp rahatsızlığının bulunmadığının tespit edildiğini, murisin arkadaşları tarafından dumandan rahatsızlandığının doktorlara iletildiği ve davalı hastane doktorları tarafından zehirlenmeden şüphelenilmesine rağmen bunun gereklerinin yapılmadığını, sekiz gün süren yoğun bakım tedavisi sonucu vefat ettiğini, her ne kadar ölüm sebebi olarak kalp krizi olduğu belirtilmiş ise de, zehirlenme sebebiyle yapılması gereken tedavinin uygulanmamasına bağlı olarak ölümün gerçekleştiğini ileri sürerek; fazlaya dair haklarını saklı tutarak 10.000 TL maddi tazminatın davalılardan tahsiline karar verilmesini talep etmişlerdir.

Davalı ... savunmasında, hastaya gerekli tıbbi müdahalenin yapıldığını kusurlarının bulunmadığını savunarak davanın reddini istemiştir.

Mahkemece davanın reddine karar verilmiş, hüküm davacılar tarafından temyiz edilmiştir.

1-)Davacılar, murislerinin zehirlenmeye bağlı geçirdiği kalp krizi sonrasında yapılan tedavi kapsamında, davalı tarafından bu yönde bir tedavi uygulanmamasına bağlı olarak hatalı ve eksik teşhis ve tedavi sonucunda ölümüne sebebiyet verdiğini ileri sürerek maddi tazminat isteminde bulunmuştur.

Dava, davalı doktorun vekillik sözleşmesinden kaynaklanan özen borcuna aykırı davrandığı iddiasına dayanmaktadır (B.K. 386, 390 md).

Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil de, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna dair kurallara bağlıdır (B.K. 390/II). Vekil, işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, hafif kusurundan bile sorumludur (B.K. 321/1 md). O sebeple doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Doktorlar, hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır. Doktor, tıbbi çalışmalarda bulunurken, bazı mesleki şartları yerine getirmek, hastanın durumuna değer vermek, tıp biliminin kurallarını gözetip uygulamak, tedaviyi her türlü tedbirlerini alarak yapmak zorundadır. Doktor, özen yükümlülüğü kapsamında en ufak bir tereddüt gösteren durumlarda, bu tereddütü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada koruyucu tedbirler almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında seçim yaparken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmalı ve en emin yolu tercih etmelidir (Bkz. Tandoğan, Borçlar Hukuk Özel Borç İlişkileri, Cild, Ank.1982, Sh.236 vd). Gerçektende mesleki bir işgören; doktor olan vekilden ona güvenen muvekkil titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemekte haklıdır. Titiz bir özen göstermeyen vekil, B.K. 394/1 uyarınca vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.

Dava konusu olay itibariyle, davacıların murisi ...ın 06.04.2007 tarihinde çalıştığı işyerinde kalp krizi geçirmesi üzerine davalı doktorun görev yaptığı özel hastaneye getirildiği, hastane tarafından düzenlenen aynı tarihli hasta kabulüne dair günlük doktor takip formunda hastayı getiren çalışma arkadaşlarından alınan beyanlara atıfla ani gelişen bayılma ve morarma sonrası nefes almadığı fark edilerek suni teneffüs yaptırılarak özel araba ile acil olarak hastaneye kaldırıldığı ve davalı doktor tarafından tıbbi müdahalenin gerçekleştirildiğinin belirtildiği, bu kayıtlarda hastanın zehirlenmeye bağlı bir öyküsü olduğuna dair her hangi bir açıklamanın bulunmadığı anlaşılmaktadır.

Hasta ...'ın rahatsızlanması üzerine hastaneye getirilmesini sağlayan ...ın tanık sıfatıyla mahkemece alınan beyanında özetle, olay günü fabrikada hammadde denendiği sırada ağır bir koku çıktığını, bu sırada murisin rahatsızlanarak ayran içtikten sonra geri döndüğünü ve sandalyede otururken rahatsızlandığını, murisi 4-5 kişi birlikte hastaneye götürdük-

lerini, hastanede bayan bir doktorun muayene ettiğini, nerede çalıştığını sorduğunu, kendisine plastık fabrikasında çalıştığını söylemeleri üzerine plastık zehirlenmesine bağlı kalp krizi olabileceğini söylediğini, yoğun bakıma alındığını ve sonrasında vefat ettiğini beyan etmiştir.

Mahkemece yapılan yargılama kapsamında alınan .... İhtisas dairesinin 20.11.2013 tarihli bilirkişi raporunda; Hastanın arrest halde getirildiği, davalı doktor tarafından muayenesinin, laboratuvar tetkiklerinin, radyolojik ve kardiak tetkiklerinin yapılmış, yoğun bakım ünitesinde gerekli takibin yapılmış olduğu, konsültasyonlarının yapıldığı, klinik durumuna uygun tedavisinin yapıldığı cihetle kişinin muayenesine, takip ve tedavisine katılan doktorun bir kusurunun bulunmadığı, mevcut tıbbi kayıtlara göre hastanın ölümünün kalp damar hastalığı sonucu meydana gelmiş olduğu rapor edilmiştir. Bu olaya dair C.Savcılığı tarafından yürütülen soruşturma kapsamında aynı ... ihtisas dairesinden alınan 17.03.2010 tarihli raporda da hastanın ölümünün kalp damar hastalığı sonucu meydana gelmiş olduğu, davalı doktor tarafından hastanın klinik durumuna uygun tedavi yapıldığı ve atfı kabil bir kusur bulunmadığı rapor edilmiştir.

Dosya kapsamında tanık olarak ifadesi yer alan ...'ın beyanlarına göre hasta..'ın çalıştığı plastik fabrikasında hammadde denenmesi sırasında ortaya çıkan ağır koku sonrasında rahatsızlanarak davalı doktorun çalıştığı hastaneye getirildiği, hastanın anamnezini alan davalı doktor tarafından plastık zehirlenmesine bağlı kalp krizi olabileceğinin ifade edildiği, ayrıca hastanın hastaneye kabulüne dair düzenlenen doktor günlük takip formunda ilaç alma olasılığına karşı mide lavajı yapılarak eucorbon verildiğinin kayıtlara alınması itibariyle hastada bir zehirlenme şüphesinin oluştuğu, nitekim davalı doktorun savunmasında göz pupillerinin 5/5 büyümüş olduğunu bununda hastanın uzun süre hipokside kaldığını gösterdiğini, kan gazı ve gks bulgularının bunu desteklediğini ifade ettiği hususları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, hastanın zehirlenmeye bağlı bir rahatsızlık geçirme ihtimalinin bulunduğu ortaya çıkmaktadır.

Dosya kapsamında 1. İhtisas dairesi tarafından düzenlenen bilirkişi raporunda her ne kadar hasta kayıtlarına göre ölüm sebebinin kalp damar hastalığı olduğu belirtilmiş ise de, davacıların iddiaları ve bu iddaları destekleyen tanık beyanları kapsamında mevcut tıbbi kayıtlara göre hastanın zehirlenmeye maruz kalıp kalmadığına dair davalı doktor ta-

rafından gerekli tetkik ve teşhise yönelik bir araştırmanın yapılıp yapılmadığı, şayet zehirlenme bulgularının mevcut olması halinde bu yönde yapılması gereken bir tedavinin uygulanıp uygulanmadığı hususunda herhangi bir tespite yer verilmediği görülmüştür. ... Kurumu raporunun bu haliyle hüküm kurmaya elverişli bulunmadığı anlaşılmaktadır. O halde mahkemece yapılacak iş, Üniversitelerin ilgili ana bilim dallarından seçilecek konularında uzman doktorlardan oluşturulacak bir bilirkişi kuruluna dosya tevdi edilerek, davalının açıklanan hukuki konum ve sorumluluğu, dosyada mevcut delillerle birlikte bir bütün olarak değerlendirilip, tıbbın gerek ve kurallarına göre olayda davalının sorumluluğunu gerektirecek ihmal ve hata bulunup bulunmadığını gösteren, nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınmak suretiyle hasıl olacak sonuca uygun bir karar vermekten ibarettir. Mahkemece, değinilen bu yön göz ardı edilerek eksik incelemeye dayalı olarak yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırıdır. Bozmayı gerektirir.

2-)Bozma nedenine göre, davacıların diğer temyiz itirazlarının bu aşamada incelenmesine gerek görülmemiştir.

SONUÇ : Yukarıda (1) numaralı bentte açıklanan sebeplerle kararın davacılar yararına BOZULMASINA, (2) numaralı bent uyarınca, davacıların diğer temyiz itirazlarının incelenmesine yer olmadığına, peşin alınan 25,20 TL harcın istenmesi halinde iadesine, 13/06/2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
13. HUKUK DAİRESİ
E. 2014/43980
K. 2015/36163
T. 10.12.2015

DAVA : Taraflar arasındaki tazminat davasının yapılan yargılaması sonunda ilamda yazılı nedenlerden dolayı davanın reddine yönelik olarak verilen hükmün davacılar avukatınca duruşmalı olarak temyiz edilmesi üzerine ilgililere çağrı kağıdı gönderilmişti. Belli günde davacılar vekilleri avukat ..., avukat...ile davalılar vekili avukat...ın gelmeleriyle duruşmaya başlanılmış ve hazır bulunan avukatların sözlü açıklamaları dinlenildikten sonra karar için başka güne bırakılmıştı. Bu kez temyiz dilekçesinin süresinde olduğu saptanarak dosya incelendi, gereği konuşulup düşünüldü.

KARAR : Davacılar, murisleri ...tanısı ile 26/01/2011 tarihinde davalı hastanede Koroner Yoğun bakım Ünitesine yatırıldığını ve diğer davalı ...'in de hasta doktoru olduğunu, hastanın 31/01/2011 günü sabahı vefat ettiğini, doktorun anjiyo yapmadığını, yapılsaydı bu durumun meydana gelmeyeceğini ileri sürerek, murisi hiç beklemedikleri bir anda kaybetmeleri sebebiyle büyük bir manevi zarar gördüklerini ileri sürerek, fazlaya dair tüm hakları saklı kalmak kaydı ile, her bir davacı için 500.000,00TL olmak üzere toplam 1.000.000,00TL manevi tazminatın 31/01/2011 tarihinden itibaren işleyecek faizi ile davalılardan tahsilini istemişlerdir.

Davalılar, davanın reddini dilemişlerdir.

Mahkemece, davanın reddine, karar verilmiş; hüküm, davacılar tarafından temyiz edilmiştir.

Dava, davalı doktorun ihmali ile murisin vefatı sebebiyle istenilen manevi tazminata ilişkindir. Taraflar arasındaki ilişki vekalet sözleşmesidir. Vekil, vekalet görevini yerine getirirken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışlarının özenli olmayışından doğan zararlardan sorumludur. O nedenle, vekil konumunda olan doktorların bilim ve teknolojinin getirdiği bütün imkanları kullanmak suretiyle özen borcunu yerine getirmeleri gerekir.

Mahkemece, dosyaya biri **Kardiyoloji** Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve biri de Ticaret ve Borçlar Hukuku Öğretim Üyesi olan iki kişilik kuruldan bilirkişi raporu alınmak suretiyle, davanın reddine karar verilmiştir. Oysaki davacılar alınan rapora itiraz etmiştir; itirazlarını destekler biçimde aldıkları özel raporları da dosyaya ibraz etmişlerdir. Alınan rapor hüküm kurmaya elverişli değildir. Hâl böyle olunca mahkemece, konusunda uzman rapor düzenlemeye ehil ve donanımlı bir Üniversiteden, aralarında konularında uzmanların bulunduğu, akademik kariyere sahip 3 kişilik bilirkişi kurulundan, davacıların itirazlarını karşılar şekilde olayda davalılara atfı kabil bir kusur olup olmadığı hususunda, nedenlerini açıklayıcı, taraf, Mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli yeni bir rapor alınarak, davalıların kusurlu olup olmadığının belirlenmesi, sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, bu yön göz ardı edilerek, eksik incelemeye dayanılarak, yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırı olup, bozmayı gerektirir.

SONUÇ : Yukarıda açıklanan sebeplerle hükmün temyiz eden davacılar yararına BOZULMASINA, 1100,00 TL duruşma avukatlık parasının davalılardan alınarak davacılara ödenmesine, peşin alınan 25,20 TL. temyiz harcının davacılara iadesine, HUMK'nun 440/1 maddesi uyarınca tebliğden itibaren 15 gün içerisinde karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 10/12/2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
13. HUKUK DAİRESİ
E. 2014/23144
K. 2015/14595
T. 7.5.2015

- **MADDİ VE MANEVİ TAZMİNAT DAVASI (Tıbbın Gerek ve Kurallarına Göre Olayda Davalıların Sorumluluğunu Gerektirecek İhmal ve Hata Bulunup Bulunmadığını Gösteren Nedenlerini Açıklayıcı Taraf Mahkeme ve Yargıtay Denetimine Elverişli Rapor Alınmak Suretiyle Hasıl Olacak Sonuca Uygun Bir Karar Verilmesi Gerektiği)**
- **BİLİRKİŞİ KURULUNUN OLUŞTURULMASI (Üniversitelerin Ana Bilim Dallarından Seçilecek Beyin Cerrahi Kardiyoloji ve Hematoloji Uzmanlarından Oluşacak Bir Bilirkişi Kuruluna Dosya Tevdi Edilerek Rapor Alınmak Suretiyle Sonuca Gidilmesi Gerektiği - Maddi ve Manevi Tazminat Davası)**
- **DOKTOR VE ÖZEL HASTANENİN SORUMLULUĞU (Maddi ve Manevi Tazminat İstemi - Tıbbın Gerek ve Kurallarına Göre Olayda Davalıların Sorumluluğunu Gerektirecek İhmal ve Hata Bulunup Bulunmadığını Gösteren Nedenlerini Açıklayıcı Taraf Mahkeme ve Yargıtay Denetimine Elverişli Rapor Alınması Gerektiği)**
- **ADLİ TIP RAPORU (İnceleme Raporunda Bu Koşullardaki Bir Hastanın Yatırılarak Takip Edilmesi Gerektiği Hasta Yakınlarının Hastayı Kendi İstekleriyle Çıkardıklarına Dair İmzalı Bir Belge Bulunmadığı Bu Sebeple Hastanenin Kusurlu Olduğunun Mütalaa Edildiği - Salt Adli Tıp Kurumu Raporuna İtibar Edilerek Hüküm Kurulamayacağı)6100/m.33**

ÖZET : Dava, maddi ve manevi tazminat istemine ilişkindir. Dava bu haliyle doktor ve özel hastanenin sorumluluğuna dair olup, bir davada dayanılan olguları hukuksal açıdan nitelendirmek ve uygulanacak yasa hükümlerini arayıp bulmak hakimin doğrudan görevidir. Davacıların şikayeti üzerine yapılan inceleme neticesinde düzenlenen inceleme raporunda; bu koşullardaki bir hastanın yatırılarak takip edilmesi gerektiği, hasta yakınlarının hastayı kendi istekleriyle çıkardıklarına dair imzalı bir belge bulunmadığı, bu sebeple hastanenin kusurlu olduğu mütalaa

edilmiştir. Hal böyle olunca salt Adli Tıp Kurumu raporuna itibar edilerek hüküm kurulamaz. Bu durumda mahkemece yapılacak iş, üniversitelerin ana bilim dallarından seçilecek beyin cerrahi, **kardiyoloji** ve hematoloji uzmanlarından oluşacak bir bilirkişi kuruluna dosya tevdi edilerek, davalıların açıklanan hukuki konum ve sorumlulukları, dosyada mevcut delillerle ve raporlarla birlikte bir bütün olarak değerlendirilip, tıbbın gerek ve kurallarına göre olayda davalıların sorumluluğunu gerektirecek ihmal ve hata bulunup bulunmadığını gösteren, nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınmak suretiyle hasıl olacak sonuca uygun bir karar vermekten ibarettir.

DAVA : Taraflar arasındaki tazminat davasının yapılan yargılaması sonunda ilamda yazılı nedenlerden dolayı davanın reddine yönelik olarak verilen hükmün süresi içinde davacılar avukatınca temyiz edilmesi üzerine dosya incelendi gereği konuşulup düşünüldü:

KARAR : Davacılar, kızları ve kardeşleri olan B. O.'un 1998 yılında davalı hastanede kalp ameliyatı geçirdiğini, iki kalp kapağının değiştirildiğini, rutin kontrol için 10.4.2003 tarihinde davalı hastaneye gittiğinde ınr değerinin 4.04 bulunması üzerine davalı Dr. Ö. Y. tarafından aynı dozda ilaca devam etmesi gerektiğinin söylendiğini, hastanın durumu hakkında bir bilgi verilmediğini, B.'ün söylenen şekilde tedavisine devam ettiğini ancak 3 gün sonra ateş, baş ağrısı ve ense ağrısı, konuşma güçlüğü, bilinç dışı davranışlar sergilemesi üzerine derhal hastanenin acil bölümüne götürüldüğünü, acil serviste Dr. G. B. tarafından muayene edildiğini, hastanın ınr değerinin ölçülmediğini, daha önce söylenenin aksine ilacın dozunun azaltılması gerektiğinin önerildiğini ve durumu değişmez ise hastanın tekrar getirilmesi koşuluyla hastanın bırakıldığını, B.'ün durumunun ağırlaşması üzerine tekrar hastaneye getirildiğini ve yanlış tedavi yönteminin uygulandığı söyleyerek hastaneye yatırıldığını, aynı gün beyin kanaması geçirdiğini, hastanenin ilgisizliği sonucu üç gün boyunca durumunda değişme olmadığını, bitkisel hayata girdiğini, başka bir özel hastaneye nakledildiğini ve burada yaşamını yitirdiğini belirterek, davalıların mesleki özensizlikleri, ihmalleri ve görevlerinin gereklerini yerine getirmemeleri sebebiyle toplam 55.000,00 TL manevi (anne ve baba için 20.000'er TL, kardeşler için 7.500-TL), ve 1.000,00 TL maddi tazminatın davalılardan tahsiline karar verilmesini istemişlerdir.

Davalılar, hastanenin ve diğer davalı doktorlarının hiçbir ihmal ve kusurlarının bulunmadığını, tüm telkinlere rağmen hastanın en geç 1

gün sonra getirilmesinin istenmesine rağmen 10 gün sonra hastaneye getirildiğini, davacıların kusurlu olduğunu savunarak davanın reddini dilemişlerdir.

Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş; hüküm, davacılar tarafından temyiz edilmiştir.

1-) Davacılar, davalı doktorlar ve hastanenin özen yükümlülüğüne aykırı davranmaları sebebiyle kalp hastalığı sebebiyle kontrol altında olan muris B.'ün beyin kanaması geçirerek vefat ettiğini ileri sürerek maddi ve manevi zararının tazmini istemiyle eldeki davayı açmışlardır. Dava bu haliyle doktor ve özel hastanenin sorumluluğuna dair olup, bir davada dayanılan olguları hukuksal açıdan nitelendirmek ve uygulanacak yasa hükümlerini arayıp bulmak hakimin doğrudan görevidir. (1086 Sayılı H.U.M.K. 76. md.; 6100 Sayılı H.M.K. 33. md.). Dava, davalı doktorların vekillik sözleşmesinden kaynaklanan özen borcuna aykırılık olgusuna dayanmaktadır (B.K. 386, 390 md). Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil de, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna dair kurallara bağlıdır (B.K. 390/II). Vekil, işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, hafif kusurundan bile sorumludur (B.K. 321/1 md). O sebeple doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Doktorlar, hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır. Doktor, tıbbi çalışmalarda bulunurken, bazı mesleki şartları yerine getirmek, hastanın durumuna değer vermek, tıp biliminin kurallarını gözetip uygulamak, tedaviyi her türlü tedbirlerini alarak yapmak zorundadır. Doktor, ufak bir tereddüt gösteren durumlarda, bu tereddüdü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada koruyucu tedbirler almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında seçim yaparken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmalı ve en emin yolu tercih etmelidir (Bkz. Tandoğan, Borçlar Hukuk Özel Borç İlişkileri, Ank.1982, Sh.236 vd). Gerçektende mesleki bir işgören (doktor)olan vekilden, ona güvenen müvekkil titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemekte haklıdır. Titiz bir özen göstermeyen vekil, B.K. 394/1 uyarınca vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.

Somut olayda Adli Tıp Kurumu 1.İhtisas Kurulundan alınan 17.10.2012 tarihli raporda sonuç olarak; 9 yaşında 1998 yılında .... Hastanesinde atriyal septal defektin kapatılması ve mitral valv replasmanı operasyonu geçiren 1979 doğumlu B. O.'un 10.4.2003 tarihinde davalı hastaneye geldiği, doktor Ö. Y. tarafından muayene ve kontrolünün yapıldığı, 13.4.2003 tarihinde tekrar hastaneye müracaat ettiği, hastanın takibiyle davalı doktor G. B.'nın ilgilendiği, gerekli muayene ve takiplerin yapıldığı, hastanın kendi isteğiyle hastaneden ayrıldığı, 22.4.2003 tarihinde yeniden hastaneye müracaat eden hastayla dava dışı Uz. Doktor A. B. U.'ın ilgilendiği, servise yatışının yapıldığı, tedavisiyle ilgili tüm tıbbi işlemlerin yapıldığı, hastanın durumunun kötüleşmesi sebebiyle 25.4.2003 tarihinde yakınlarının istemi üzerine ..... Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesine sevk edildiği, burada 30.4.2003 tarihinde vefat ettiği, kişinin ilk hastaneye müracaatında tespit edilen ınr düzeyinin normal tedavi aralığı içinde olduğu, 4 gün veya 1 hafta sonra tekrar ınr kontrolünün önerildiği, hastanın Dr. G. B. tarafından yapılan muayenesinde; hastanın ajitasyonu dolayısıyla tetkik ve tedaviye direnç gösterdiği, kanının alınamadığı, ilaç dozunun azaltılmasının aileye öğütlendiği, nöroloji konsültasyonu yaptırıldığı, ancak ajitasyon sebebiyle ailenin istemi üzerine hastanın hiçbir uygulama yapılamadan hastaneden çıkmasına izin verildiği, reçete düzenlendiği ve tekrar ateşi olursa hastaneye başvurmasının tembihlendiği, aradan 9 gün geçtikten sonra ailenin hastayı muayeneye getirdiği, davalı doktorların işlem ve eylemlerinin tıp kurallarına uygun olduğu, kendilerine kusur yüklenilemeyeceği belirtilmiştir. Mahkemece, ATK raporu hükme esas alınarak davanın reddine karar verilmiştir. Oysa ki, atk raporunda, davalı doktorlar tarafından uygulanan tedavinin yeterli ve tıp kurallarına uygun olup olmadığı, 13.4.2003 tarihinde tekrar hastaneye müracaat eden ve mitral mekanik kapağı bulunan, bu sebeple Coumadine isimli ilacı kullanan hastanın şikayetleri sebebiyle yakın (yatırılarak) takibinin gerekip gerekmediği, davacıların kendi istekleriyle hastayı çıkardıklarına dair imzalı beyanları bulunmadığına göre hastanın hastaneden çıkarılmasının uygun olup olmadığı hususlarında bir irdeleme yapılmadığı gibi, bu rapor ayrıntılı bilgi vermekten uzaktır ve soyut ifadeler içermektedir. Ayrıca, beyin cerrahi ve hematoloji uzmanı da raporu düzenleyen heyette bulunmamaktadır. Davacıların şikayeti üzerine yapılan inceleme neticesinde .... Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Kardiyoloji** Klinik Şefi Doç. Dr. C. K. tarafından düzenlenen inceleme rapo-

runda; bu koşullardaki bir hastanın yatırılarak takip edilmesi gerektiği, hasta yakınlarının hastayı kendi istekleriyle çıkardıklarına dair imzalı bir belge bulunmadığı, bu sebeple hastanenin kusurlu olduğu mütalaa edilmiştir. Hal böyle olunca salt ATK raporuna itibar edilerek hüküm kurulamaz. Bu durumda mahkemece yapılacak iş, üniversitelerin ana bilim dallarından seçilecek beyin cerrahi, **kardiyoloji** ve hematoloji uzmanlarından oluşacak bir bilirkişi kuruluna dosya tevdi edilerek, davalıların açıklanan hukuki konum ve sorumlulukları, dosyada mevcut delillerle ve raporlarla birlikte bir bütün olarak değerlendirilip, tıbbın gerek ve kurallarına göre olayda davalıların sorumluluğunu gerektirecek ihmal ve hata bulunup bulunmadığını gösteren, nedenlerini açıklayıcı, taraf, mahkeme ve Yargıtay denetimine elverişli rapor alınmak suretiyle hasıl olacak sonuca uygun bir karar vermekten ibarettir. Mahkemece, değinilen bu yön gözardı edilerek eksik araştırmayla yazılı şekilde hüküm kurulmuş olması usul ve yasaya aykırıdır. Bozmayı gerektirir.

2-)Bozma nedenine göre, davacıların diğer temyiz itirazlarının bu aşamada incelenmesine gerek görülmemiştir.

SONUÇ : Yukarıda 1. bentte açıklanan sebeplerle hükmün davacılar yararına BOZULMASINA, 2. bent gereğince davacıların diğer temyiz itirazlarının şimdilik incelenmesine yer olmadığına, peşin alınan harcın istenmesi halinde iadesine, 07.05.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
13. HUKUK DAİRESİ
E. 2015/6624
K. 2015/9604
T. 26.3.2015

DAVA : Taraflar arasındaki tazminat davasının yapılan yargılaması sonunda ilamda yazılı nedenlerden dolayı davanın reddine yönelik olarak verilen hükmün süresi içinde davacılar ile davalılardan ... ve ... avukatınca temyiz edilmesi üzerine dosya incelendi gereği konuşulup düşünüldü.

KARAR : Davacılar, murisleri . .. davalı hastanede davalı Prof.Dr.... denetiminde kalp rahatsızlığı sebebiyle tedaviye alındığını, kalp damarlarından operasyon geçirdiğini operasyon öncesinde davalı hastanenin kan bankası kurma ve işletme izni olmadığı halde yasa dışı oluşturduğu davalı uzman Dr. ...'nın sorumlusu olduğu kan merkezinden temin ettiği kanların ağır ihmal sonucu gerekli testler yapılmaksızın muris . .. verilmesi neticesinde akut Hepatit B kan hastalığına yakalanarak hastanın yaşlı ve vücudunun savaşamamış olması sebebiyle subfulminan hepatit yetmezlik ve akut Hepatit B sebebiyle vefat ettiğini, hastanenin en hafif kusurlarından dahi tamamen kusurlu olduğunu ileri sürerek, maddi kayıpları sebebiyle fazlaya dair hakları saklı kalmak kaydıyla şimdilik 50.000,00 TL maddi tazminatın olay tarihinden itibaren işleyecek avans faizi ile birlikte, davacı eş ... için 75.000,00 TL, . .. ve ...'ın her biri için 50.000,00'er TL olmak üzere toplam 175.000 TL manevi tazminatın olay tarihinden itibaren işleyecek avans faizi ile, birleşen dava ile de davacılar ... mirasçısı olarak 75.000,00-TL manevi tazminatın davalılardan tahsiline karar verilmesini istemişlerdir.

Davalılar, davanın reddini dilemişlerdir.

Mahkemece, asıl ve birleşen davaların reddine dair verilen kararın davacılar tarafından temyiz edilmesi üzerine, hüküm, Dairemizin 20.11.2014 tarih, 2014/10969 Esas, 2014/36597 Karar sayılı ilamı ile bozulmuş, davacılar ve davalı **Kardiyoloji** .... ile davalı ... karar düzeltme isteminde bulunmuştur.

1-) Dosyadaki yazılara mahkeme kararında belirtilip Yargıtay ilamında benimsenen gerektirici sebeplere göre HUMK'nun 440. maddesinde sayılan nedenlerden hiçbirisine uygun olmayan davalı **Kardiyoloji** ..... tüm, davacıların aşağıdaki bendin kapsamı dışında kalan sair karar düzeltme taleplerinin reddine karar vermek gerekmiştir.

2-) Davanın temelini vekillik sözleşmesi oluşturmaktadır. Dava, davalı hastane ve doktorlarının vekillik sözleşmesinden kaynaklanan özen borcuna aykırılık olgusuna dayanmaktadır. (B.K. 386, 390 md). Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil de, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna dair kurallara bağlıdır (B.K. 390/II). Vekil, işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, hafif kusurundan bile sorumludur (B.K. 321/1 md). O sebeple doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Doktorlar, hastalarının zarar görmemesi için yalnız mesleki değil, genel hayat tecrübelerine göre herkese yüklenebilecek dikkat ve özeni göstermek zorundadır. Doktor, tıbbi çalışmalarda bulunurken, bazı mesleki şartları yerine getirmek, hastanın durumuna değer vermek, tıp biliminin kurallarını gözetip uygulamak, tedaviyi her türlü tedbirlerini alarak yapmak zorundadır. Doktor, ufak bir tereddüt gösteren durumlarda, bu tereddütü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada koruyucu tedbirler almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında seçim yaparken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmalı ve en emin yolu tercih etmelidir (Bkz. Tandoğan, Borçlar Hukuk Özel Borç İlişkileri, Cild, Ank.1982, Sh.236 vd). Gerçektende mesleki bir işgören; doktor olan vekilden ona güvenen müvekkil titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemekte haklıdır. Titiz bir özen göstermeyen vekil, B.K. 394/1 uyarınca vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.

Tüm dosya kapsamından davalı **Kardiyoloji** .... . olay tarihinde mevcut ruhsat kapsamı dışında kan ürünü satışı yaptığı, ikaz ve cezai işleme rağmen bu fiilin mükerrer devam ettiği, davacıların murisleri olan .. . öncesinde akut Hepatit B hastası olmadığı halde davalı hastanede kalp ameliyatı sırasında verilen kan ile Hepatit B kan hastalığına yakalanarak vefat ettiği anlaşılmaktadır. Hal böyle olunca davalı şirketin davacıların maddi ve manevi zararlarından vekil sıfatıyla sorumlu olduğu açıktır. Bu durumda davacıların maddi ve manevi tazminat taleplerinin mahkemece değerlendirilerek ve davacıların kazanılmış hakları da gözetilerek hasıl olacak sonuca göre bir karar verilmesi gerekir. Kararın bu gerekçe ile bozulması gerekirken zühulen ilamda yazılı şekilde bozulduğu bu kez

yapılan inceleme ile anlaşılmış olmakla davacıların bu yöne dair karar düzeltme taleplerinin kabulüne karar vermek gerekmiştir.

3-)Davalı ...'ın karar düzeltme itirazlarının incelenmesinde; 28.3.2013 tarihli bilirkişi heyeti raporunda da belirtildiği üzere, **kardiyoloji**k açıdan hastayı takip eden doktor ...'ın gerekli önlemleri alması, uygun ve yerinde uygulanan ilaç tedavileri ile hastanın bu riskli müdahaleyi sorunsuz atlatabildiği, bu girişimden aylar sonra **kardiyoloji**k sebep dışı, fulminan hepatit sebebiyle vefat ettiği, bir başka ifade ile doktor ...'ın operasyonu, teşhis ve tedavisinde bir özensizlik, hata, ihmal yada eksiği bulunmadığı açıktır. Davalı doktorun ameliyat esnasında gönderilen ve üzerinde bulaşıcı hastalıklara dair yapılan testlerin negatif olduğu iki ünite kanı hastaya usulüne uygun olarak verdiği hususunda bir ihtilaf da bulunmamaktadır. Bu durumda davalı doktor ... hakkında açılan davanın reddedilmesinde usul ve yasaya bir aykırılık bulunmadığı halde kararın zühulen ilamda yazılı şekilde bozulduğu bu kez yapılan inceleme ile anlaşılmış olmakla, davalı doktor ...'ın karar düzeltme talebinin kabulüne Dairemizin 20.11.2014 tarih, 2014/10969 Esas, 2014/36597 Karar sayılı "bozma" ilamının kaldırılmasına, mahkeme kararının yukarda açıklanan sebeplerle bozulmasına karar vermek gerekmiştir.

SONUÇ : Yukarıda (1) numaralı bentte açıklanan sebeplerle davalı **Kardiyoloji** ..... tüm, davacıların sair karar düzeltme taleplerinin reddine, (2) ve (3) numaralı bentlerde açıklanan sebeplerle Dairemizin 20.11.2014 tarih, 2014/10969 Esas, 2014/36597 Karar sayılı bozma ilamının kaldırılmasına ve hükmün açıklanan gerekçe sebebiyle BOZULMASINA, peşin alınan 57,60 TL harcın istenmesi halinde davacılara ve davalı ...'a iadesine, 26.3.2015 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
21. HUKUK DAİRESİ
E. 2013/13764
K. 2014/25170
T. 25.11.2014

DAVA : Mahkeme ilamında belirtildiği şekilde, isteğin kısmen kabulüne karar vermiştir.

Hükmün taraf vekillerince temyiz edilmesi üzerine temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hakimi tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra işin gereği düşünüldü ve aşağıdaki karar tesbit edildi.

KARAR : 1-Dosyadaki yazılara, toplanan delillere, hükmün dayandığı gerektirici nedenlere göre davalı Kurumun temyiz itirazlarının reddine,

2-Davacının temyiz itirazlarına gelince;
Dava, davacının tedavisinde kullanılan ilaç salınımlı stent bedelinin tahsili istemine ilişkindir.

Mahkemece, davanın kısmen kabulü ile hükümde yazılı şekilde karar verilmiştir.

Dosyadaki kayıt ve belgelerden, 01.02.1980 tarihinden itibaren 506 sayılı Kanun kapsamında yaşlılık aylığı alan davacıya 12.08.2010 tarihinde .... Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde, Aterosklerotik kalp hastalığı dolayısıyla 2 adet ilaç salınımlı stent takıldığı, 13.08.2010 tarihli faturada stent bedelinin 10.000,00 TL olduğu, davacının 21.09.2010 tarihinde stent bedelini Kurumdan talep ettiği, Kurum tarafından ödeme yapılmadığı, **Kardiyoloji** Uzmanı tarafından düzenlenen 07.09.2011 havale tarihli bilirkişi raporunda; "ilaçlı stentlerin hayati öneme haiz olmadığı, ancak tekrar daralma ve yeniden koroner girişim ihtimalini azalttığı, zorunluluk değil tercih nedeni olduğu, 5.092,59 TL bedelli stendin hem çap hem de boy bakımından SGK tarafından ödenmesi kararlaştırılan ödeme koşullarına uygun olduğu, ancak 4.166,67 TL bedelli stendin ise çap bakımından koşullara uygun iken uzunluk bakımından uygun olmadığının" belirtildiği, 25.04.2012 ve 20.11.2012 havale tarihli bilirkişi raporlarında, "her iki stent içinde SUT'a göre belirlenen değer üzerinden davacının 2.198,88 TL alacağının olduğu ve 21.09.2010 tarihinden itibaren faiz talep edebileceğinin" belirtildiği anlaşılmaktadır.

Damar tıkanıklığı olan hastalarda, cerrahi müdahale yoluyla tedaviden önceki aşamada, damarlar balon vs. yöntemi ile açılarak, yeniden daralmanın önlenmesi için damara stent yerleştirilerek tedavinin yapıldığı anlaşılmaktadır.

Kurum, açılan damara stent yerleştirilmesi yoluyla tedavi yöntemini uyuşmazlık konusu yapmamaktadır. Uyuşmazlık, 05.07.2010 tarihinden sonra davacıya takılan ilaç salınımlı stent için ödeme yapılırken SUT'ta belirtilen damar ve çap uzunluğunun aranıp aranmayacağı ve ödemenin SUT'a göre mi, yoksa fatura bedeli üzerinden mi yapılacağı noktasında toplanmaktadır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun "Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri ve Süresi" başlıklı 63. maddesi, "Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.
c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) (Değişik bend:17.04.2008-5754 S.K./40.mad) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72 nci maddeye göre belirlenen tutarı,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

(Değişik fıkra:17.04.2008-5754 S.K./40. mad; Değişik fıkra:06.02.2014 - 6518 s.K./81.mad) Kurum, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin

teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, ödeme usul ve esaslarını Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir. Ancak, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının görüşünün alınması (f) bendinde belirtilen ortez, protez ve diğer iyileştirici nitelikteki araç ve gereçlerin miktarını, standartlarını, sağlanmasını, uygulanmasını, kullanma sürelerini ve garanti süresi sonrası bakım, onarım ve yenilenmesi hususlarını kapsar. Kurum, bu amaçla komisyonlar kurabilir, ulusal ve uluslararası tüzel kişilerle işbirliği yapabilir. Komisyonların çalışma usul ve esasları Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Kurumca belirlenir.

60 ıncı maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.

(Değişik fıkra:06.02.2014 - 6518 s.K./81.mad) Bu Maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının görüşü üzerine Kurum tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir." şeklindedir.

Söz konusu Yasa maddesinde Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri sayılmıştır. Kurumun idari işlemleri ile bunu daraltacak şekilde uygulama yapması doğru değildir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun "Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri" başlıklı 64. maddesinde ise, "Kurumca finansmanı sağlanmayacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışındaki estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.
b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmteleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri.
c) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları,

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak, Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir." kuralı yer almıştır.

Söz konusu Yasa maddesinde, davalı Kurumca bedeli ödenmeyecek sağlık hizmetleri sayılmak suretiyle belirlenmiştir. Dolayısıyla bu maddede sayılanlar haricindeki sağlık hizmetine ilişkin tedavi giderlerinin Kurumca karşılanması gerekmektedir.

Bu yasal düzenlemeler uyarınca, düzenlenme yapan Kurum tarafından çıkarılan ve 25.03.2010 tarih ve 27532 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan S.. K.. Sağlık Uygulama Tebliğinin, Tıbbi Malzeme Temin Esasları 7.1. maddesinin 18. fıkrasında ilaçlı stent bedellerinin Kurumca ödenmeyeceği belirtilmiştir. Ancak ilgili maddenin iptali için açılan davada; Danıştay Onuncu Dairesi 16.06.2010 tarih ve 2010/6009 sayılı kararı ile tebliğin anılan maddesinde yazılı "ilaçlı stent bedelleri Kurumca ödenmez" kuralının yürütmesinin durdurulmasına, 06.02.2012 gün ve 2012/392 sayılı kararı ile de iptaline karar vermiştir. Kurum, 06.08.2010 tarih ve 27664 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak, 05.07.2010 tarihinden itibaren yürürlüğe giren değişiklikle, tebliğin 20. maddesi ile yukarıda belirtilen SUT'un 7.1 numaralı maddesinin 18. fıkrasında yer alan "ve ilaçlı stent bedelleri" ibaresini metinden çıkarmış, tebliğin 21. maddesi ile de, SUT'a 7.3.25. madde olarak eklenen düzenleme ile, belli şartların varlığı halinde ilaçlı stent bedelinin karşılanacağı belirtilmiştir. Buna göre, "Referans damar çapı 3.0 mm altında ve 15 mm uzunluğunda olan olgularda (her iki koşulu bir arada sağlaması şartıyla) veya rekürrent (stent restenozu tespit edilmiş olup balon anjiyoplasti uygulanmış ancak tekrar restenoz gelişmiş) insegment stent restenozu olan olgularda, bir hastada en fazla 3 (üç) adet ilaçlı stent bedelinin Kurumca karşılanacağı" düzenlemesine yer verilmiştir.

Ulusal ve uluslararası bilimsel makalelerin bir kısmında, yine **kardiyoloji** alanındaki bir kısım uzman görüşlerinde, takılan stentin, vücut tarafından yara olarak algılanması nedeniyle, stent takılan damarın aynı yerden yeniden tıkanabildiği, bunu engellemek için pek çok yöntemin uygulandığı, şu ana kadar bulunan en başarılı yöntemin, bu hücrelerin oluşumunu engelleyen ve yavaşlatan ilaçların bu bölgeye doğrudan uygulanması sağlanan ilaç salınımlı stentlerin kullanılması olduğu, bu durumun, stent takıldıktan itibaren ilk 1 yıl içinde, yeniden daralma riskini % 60'a varan oranda azaltarak, tekrarlanacak müdahalelerin önlenmesi

yoluyla tedaviyi kolaylaştırıp, yeniden müdahale olasılığını azalttığı için yaşam kalitesini artırdığı, böylece, cerrahi müdahale edilerek tedavi olasılığının da azaldığı belirtilmekte; bir kısmı tarafından ise, kısa vadedeki bu avantajın, uzun vadede etkili olmadığı ve stentler arasında bir farkın kalmadığı belirtilmektedir. Kurum, daha önceki düzenlemelerde, ilaç salınımlı stentin tedavide etkinliğinin kesin olarak ortaya konulmadığından bahisle, finansmanının sağlanmayacağını belirtmekte iken, Sağlık Uygulama Tebliğinde sonradan yapılan değişiklik ile, yukarıdaki bentlerde yazılan şartların varlığı halinde, ilaç salınımlı stentin tedavi için tıbben gerekli olabileceğini esas alarak, Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen bedeli ödemeye başlamıştır.

S.. K.. ise, Sağlık Uygulama Tebliği ile ilaç salınımlı stentlerin, referans damar çapının 3.0 mm altında ve 15 mm uzunluğunda olan olgularda (her iki koşulu bir arada sağlaması şartıyla) veya rekürrent (stent restenozu tespit edilmiş olup balon anjiyoplasti uygulanmış ancak tekrar restenoz gelişmiş) insegment stent restenozu olan olgularda, bir hastada en fazla 3 (üç) adet ilaçlı stent bedelinin Kurumca karşılanacağı" şeklinde şarta bağlanmıştır.

Ancak, ilaç salınımlı stentlerin veya başka bir tedavi şeklinin, hastaların tedavisinde tıbben gerekli olduğu hususu, bilim dünyası tarafından, kesin kanaat oluşturacak şekilde ortaya konulamamış ise de; bir kısım uzman görüşleri ile yayınlanan bir kısım bilimsel makalelerde, bu tür hastaların tedavisinde ilaç salınımlı stentin, çıplak stente oranla, en azından kısa vade için daha etkili olduğunun belirtilmesi; Kurum'un da bazı hallerde ilaç salınımlı stent kullanılmasının hastalar için tıbben gerekli olduğunu kabul etmesi; kısa süre içinde müdahale gereken bir halde bulunan hastadan, hangi özellikte ve sayıdaki stentin kendi tedavisi için daha uygun olduğu hususunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi kendisinden beklenemeyecek olup, hekiminin yaptığı tercihi kabul edeceği; yine, insan yaşamının kutsallığı ve temel insan haklarından olan, yaşama ve sosyal güvenlik hakkının özüne dokunacak sınırlamalar getirilemeyeceği yönündeki ilkeler göz önüne alındığında; ilaç salınımlı stentle sınırlı olarak, uyuşmazlığın, hekimin tercihine üstünlük tanınarak giderilip, tedavide kullanılması durumunda, ilaç salınımlı stentin, hasta açısından tıbben gerekli olduğu esas alınarak sonuca gidilmemesi hatalı olmuştur.

Öte yandan, ilaç salınımlı stentlerin Kurumca temin edilerek sigortalıya sunulmaması, sigortalının piyasada temin etmek zorunda bırakıl-

ması, piyasada belirlenen fiyatların Kurum tarafından SUT ile belirlenen bedelin çok üzerinde olması karşısında, SUT'ta belirlenen ve piyasa rayiç bedelinin çok altında olan bedel üzerinde ödeme yapılması şeklindeki kabulün de hatalı olduğu görülmüştür.

Mahkemece yapılacak iş, tedaviyi yapan hekimin uygun görmesi nedeniyle SUT'ta belirtilen şartlar aranmaksızın, ilaçlı stentlerin zorunlu olduğunun kabulü ile, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu v.b. kuruluşlardan sorulup davaya konu sağlık malzemesine ilişkin ihalelerde teklif edilen fiyat ortalaması alınarak rayiç fiyat belirlenmeli, ödemeye esas fiyatın bu şekilde belirlenmesinin mümkün olmaması halinde, konu hakkında teknik ve mali bilgiye sahip bilirkişiden piyasa değerleri ve ilgili kuruluşların görüşü ışığında fiyat tespitine ilişkin rapor alınmalı, tüm araştırmalar yapılmak suretiyle rayiç bedelden sigortalının katılım payı düşüldükten sonra kalan kısmın, S.. K..nun temerrüde düştüğü tarih itibariyle yasal faiziyle tahsiline karar verilmesinden ibarettir.

O halde, davacı vekilinin bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır.

SONUÇ : Hükmün yukarıda açıklanan nedenlerle BOZULMASINA, temyiz harcının istek halinde davacıya iadesine, 25.11.2014 gününde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
21. HUKUK DAİRESİ
E. 2013/5084
K. 2014/5560
T. 21.03.2014

- **İNSAN YAŞAMININ KUTSALLIĞININ GÖZETİLMESİ GEREĞİ (Açılan Damara Rayiç Değeri Yüksek Olan İlaçlı Stend Kulanımı/ Tedaviyi Kolaylaştırdığı/Hekimin Tercihine Üstünlük Tanınacağı - SGK'nun Temerrüt Tarihi İtibariyle Yasal Faiziyle Tahsiline Karar Verilmesi Gerektiği)**
- **İLAÇLI STEND KULLANIMININ TIBBEN GEREKLİ OLDUĞU (İnsan Yaşamının Kutsallığı ve Temel İnsan Haklarına Riayet Edileceği - Yaşama ve Sosyal Güvenlik Hakkının Özüne Dokunacak Sınırlamalar Getirilemeceği - Mahkemenin Davanın Reddinin Hatalı Olduğu)**
- **HEKİMİN TERCİHİNE ÜSTÜNLÜK SAĞLANMASI GEREĞİ (Tıbben İnsan Sağlığı İçin Gerekli Bulunan ve Tedaviyi Kolaylaştırdığı Bilimsel Olarak Tespit Edilen İlaçlı Stend Kullanımının Gerektiği - Mahkemece Rayiç Fiyat Tespiti Yapılması Gerektiği)**
- **İLAÇLI STEND BEDELİNİN KURUMDAN TAHSİLİ DAVASI (Hekimin Tercihine Üstünlük Tanınacağı - İlaç Salınımlı Stend Kullanımının Tıbben Gerekli Olduğunun Esas Alınacağı/İlaçlı Stend Kullanımının Tedaviyi Kolaylaştırdığı/Rayiç Bedel Tespiti Yapılacağı)**
- **İLAÇ SALINIMLI STENDLE İLGİLİ RAYİÇ FİYAT TESPİTİ YAPILMASI GEREĞİ (Yetkili Kuruluşlara Sorulacağı - Hasta Açısından Gerekli Olduğu/Fiyat Ortalaması Alınarak Rayiç Fiyat Tespiti/Lüzumu Halinde Uzman Bilirkişiden Yardım Alınması Gerektiği) 506/m. 32,34/son**
  Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği/m. 20,21

ÖZET : Dava, ilaçlı stent bedelinin Kurumdan tahsili istemine ilişkindir. Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş ise de varılan bu sonuç usul ve yasaya uygun değildir. Kurum, açılan damara stent yerleştirilmesi yoluyla tedavi yöntemini uyuşmazlık konusu yapmamaktadır. Uyuşmazlık, finansmanı sağlanacak stentin, rayiç değeri daha düşük olan çıplak stent mi, yoksa değeri daha yüksek olan ilaç salınımlı stent mi olması

gerektiği noktasındadır. Ulusal ve uluslararası bilimsel makalelerin bir kısmında, yine **kardiyoloji** alanındaki bir kısım uzman görüşlerinde, takılan stentin, vücut tarafından yara olarak algılanması nedeniyle, stent takılan damarın aynı yerden yeniden tıkanabildiği, bunu engellemek için pek çok yöntemin uygulandığı, şu ana kadar bulunan en başarılı yöntemin, bu hücrelerin oluşumunu engelleyen ve yavaşlatan ilaçların bu bölgeye doğrudan uygulanması sağlanan ilaç salınımlı stentlerin kullanılması olduğu ve tedaviyi kolaylaştırdığı kabul edilmektedir ve ilaç salınımlı stent kullanılmasının hastalar için tıbben gerekli olduğunun esas alındığı; kısa süre içinde müdahale gereken bir halde bulunan hastadan, hangi özellikte ve sayıdaki stentin kendi tedavisi için daha uygun olduğu hususunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi kendisinden beklenemeyecek olup, hekiminin yaptığı tercihi kabul edeceği; yine, insan yaşamının kutsallığı ve temel insan haklarından olan, yaşama ve sosyal güvenlik hakkının özüne dokunacak sınırlamalar getirilemeyeceği yönündeki ilkeler göz önüne alındığında; uyuşmazlığın, ilaç salınımlı stentle sınırlı olarak, hekimin tercihine üstünlük tanınarak giderilmesi gerekir.Bu nedenle, ilaç salınımlı stentin, hasta açısından tıbben gerekli olduğu esas alınarak, yetkili kuruluşlardan sorulup davaya konu sağlık malzemesine ilişkin ihalelerde teklif edilen fiat ortalaması alınarak raiç fiat belirlenmeli, ödemeye esas fiatın bu şekilde belirlenmesinin mümkün olmaması halinde, konu hakkında teknik ve mali bilgiye sahip bilirkişiden piyasa değerleri ve ilgili kuruluşların görüşü ışığında fiat tespitine ilişkin rapor alınmalı, tüm araştırmalar yapılmak suretiyle raiç bedelden sigortalının katılım payı düşüldükten sonra kalan kısmın, SGK'nun temerrüde düştüğü tarih itibariyle yasal faiziyle tahsiline karar verilmesi gerekir.

DAVA : Davacı, ödediği 4.269,63 TL ilaçlı stent bedelinin yasal faiziyle birlikte Kurumdan tahsiline karar verilmesini istemiştir.

Mahkeme ilamında belirtildiği şekilde, isteğin reddine karar vermiştir.

Hükmün, davacı vekili tarafından temyiz edilmesi üzerine temyiz isteğinin süresinde olduğu anlaşıldıktan ve Tetkik Hakimi tarafından düzenlenen raporla dosyadaki kağıtlar okunduktan sonra işin gereği düşünüldü ve aşağıdaki karar tespit edildi:

KARAR : Davacı, 25.12.2008 tarihinde kaldırıldığı ...Tıp Fakültesi Hastanesinde takılan ilaçlı stent bedeli olan 4.629,63 TL'nin davalıdan tahsilini istemiştir.

Mahkemece, davanın reddine karar verilmiş ise de varılan bu sonuç usul ve yasaya uygun değildir.

Davacının kalp rahatsızlığı nedeniyle hastanece yapılan tedavisinde ilaçlı stent kullanıldığı ve bu malzemenin ortez niteliğinde olduğu uyuşmazlık konusu değildir. Uyuşmazlık, davacının bu tedavi giderini Kurumdan isteyip isteyemeyeceği noktasındadır.

Davanın yasal dayanağı 506 Sayılı Yasa'nın 32. ve devamındaki maddelerdir. Anılan Yasa'nın 34 /son maddesinde Kurumun, sigortalının iyileşmesine yarayacak, yahut iş göremezliğini az çok gidermesi için gerekli görülecek protez, araç ve gereçleri, maddede belirtilen süreler ile bağlı olmaksızın sağlamak, onarmak ve tespit edilen süre ve şartlarla yenilemekle yükümlü olduğu belirtilmiştir. Görüldüğü gibi; protez araç ve gereçlerin temini konusunda yasa iki şart öngörmüş ve bunu "sigortalının iyileşmesine yarayacak" olma veya "işgöremezliği az çok giderecek" olma ifadeleri ile belirtilmiştir. Aynı hüküm Yasanın Ek 32. Maddesinde de yer almaktadır. Söz konusu hükümlerle, sigortalının iyileşmesine yada iş göremezlik derecesine olumlu yönde katkısı olmayacak, hayati önemi haiz olmayan veya kişinin hayatını idame ettirmesi için zorunlu olmayan, protez, araç ve gereçlerin Kurumca karşılanmasının mümkün olmadığı ifade edilmekle, yapılacak sağlık yardımlarının kapsamı ve amacı bu şekilde belirlenmiş olmaktadır.

25.03.2010 tarih ve 27532 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin, Tıbbi Malzeme Temin Esasları 7.1. maddesinin 18. fıkrasında ilaçlı stent bedellerinin Kurumca ödenmeyeceği belirtilmiş ise de; Danıştay Onuncu Dairesi'nin 16.06.2010 tarih ve 2010/6009 sayılı kararı ile tebliğin anılan maddesinde yazılı "ilaçlı stent bedelleri Kurumca ödenmez" kuralının yürütmesinin durdurulmasına, 06.02.2012 gün ve 2012/392 sayılı kararı ile de iptaline karar verilmiştir.

Kurum, 06.08.2010 tarih ve 27664 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak, 05.07.2010 tarihinden itibaren yürürlüğe giren değişiklikle, tebliğin 20. maddesi ile yukarıda belirtilen SUT'un 7.1 numaralı maddesinin 18. fıkrasında yer alan "ve ilaçlı stent bedelleri" ibaresini metinden çıkarmış, tebliğin 21. maddesi ile de, SUT'a 7.3.25. madde olarak eklenen düzenleme ile, belli şartların varlığı halinde ilaçlı stent bedelinin karşılanacağı belirtilmiştir. Buna göre, "Referans damar çapı 3.0 mm altında ve 15 mm uzunluğunda olan olgularda (her iki koşulu bir arada sağlaması şartıyla) veya rekürrent (stent restenozu tespit edilmiş olup balon anjiyoplasti uygulanmış ancak tekrar restenoz gelişmiş) insegment stent restenozu

olan olgularda, bir hastada en fazla 3 (üç) adet ilaçlı stent bedelinin Kurumca karşılanacağı" düzenlemesine yer verilmiştir.

Kurum, açılan damara stent yerleştirilmesi yoluyla tedavi yöntemini uyuşmazlık konusu yapmamaktadır. Uyuşmazlık, finansmanı sağlanacak stentin, rayiç değeri daha düşük olan çıplak stent mi, yoksa değeri daha yüksek olan ilaç salınımlı stent mi olması gerektiği noktasında toplanmaktadır.

Ulusal ve uluslararası bilimsel makalelerin bir kısmında, yine **kardiyoloji** alanındaki bir kısım uzman görüşlerinde, takılan stentin, vücut tarafından yara olarak algılanması nedeniyle, stent takılan damarın aynı yerden yeniden tıkanabildiği, bunu engellemek için pek çok yöntemin uygulandığı, şu ana kadar bulunan en başarılı yöntemin, bu hücrelerin oluşumunu engelleyen ve yavaşlatan ilaçların bu bölgeye doğrudan uygulanması sağlanan ilaç salınımlı stentlerin kullanılması olduğu, bu durumun, stent takıldıktan itibaren ilk 1 yıl içinde, yeniden daralma riskini %60'a varan oranda azaltarak, tekrarlanacak müdahalelerin önlenmesi yoluyla tedaviyi kolaylaştırıp, yeniden müdahale olasılığını azalttığı için yaşam kalitesini artırdığı, böylece, cerrahi müdahale edilerek tedavi olasılığının da azaldığı belirtilmekte; bir kısmı tarafından ise, kısa vadedeki bu avantajın, uzun vadede etkili olmadığı ve stentler arasında bir farkın kalmadığı belirtilmektedir. Kurum, daha önceki düzenlemelerde, ilaç salınımlı stentin tedavide etkinliğinin kesin olarak ortaya konulmadığından bahisle, finansmanının sağlanmayacağını belirtmekte iken, Sağlık Uygulama Tebliğinde sonradan yapılan değişiklik ile, yukarıdaki bentlerde yazılan şartların varlığı halinde, ilaç salınımlı stentin tedavi için tıbben gerekli olabileceğini esas alarak, Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen bedeli ödemeye başlamıştır.

Her ne kadar, ilaç salınımlı stentlerin veya başka bir tedavi şeklinin, hastaların tedavisinde tıbben gerekli olduğu hususu, bilim dünyası tarafından, kesin kanaat oluşturacak şekilde ortaya konulamamış ise de; bir kısım uzman görüşleri ile yayınlanan bir kısım bilimsel makalelerde, bu tür hastaların tedavisinde ilaç salınımlı stentin, çıplak stente oranla, en azından kısa vade için daha etkili olduğunun belirtildiği; Kurum'un da bu görüşlere itibar ederek, SUT'da belirtilen şartların varlığı halinde, ilaç salınımlı stent kullanılmasının hastalar için tıbben gerekli olduğunun esas alındığı; kısa süre içinde müdahale gereken bir halde bulunan hastadan, hangi özellikte ve sayıdaki stentin kendi tedavisi için daha

uygun olduğu hususunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi kendisinden beklenemeyecek olup, hekiminin yaptığı tercihi kabul edeceği; yine, insan yaşamının kutsallığı ve temel insan haklarından olan, yaşama ve sosyal güvenlik hakkının özüne dokunacak sınırlamalar getirilemeyeceği yönündeki ilkeler göz önüne alındığında; uyuşmazlığın, ilaç salınımlı stentle sınırlı olarak, hekimin tercihine üstünlük tanınarak giderilmesi gerekir.

Yapılacak iş, ilaç salınımlı stentin, hasta açısından tıbben gerekli olduğu esas alınarak, Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu v.b. kuruluşlardan sorulup davaya konu sağlık malzemesine ilişkin ihalelerde teklif edilen fiyat ortalaması alınarak rayiç fiyat belirlenmeli, ödemeye esas fiatın bu şekilde belirlenmesinin mümkün olmaması halinde, konu hakkında teknik ve mali bilgiye sahip bilirkişiden piyasa değerleri ve ilgili kuruluşların görüşü ışığında fiyat tespitine ilişkin rapor alınmalı, tüm araştırmalar yapılmak suretiyle rayiç bedelden sigortalının katılım payı düşüldükten sonra kalan kısmın, SGK'nun temerrüde düştüğü tarih itibariyle yasal faiziyle tahsiline karar verilmesinden ibarettir.

Mahkemece bu maddi ve hukuki olgular gözetilmeksizin yanılgılı değerlendirme ve eksik araştırma ve incelemeyle yazılı şekilde karar verilmesi usul ve yasaya aykırı olup bozma nedenidir.

O halde davacının bu yönleri amaçlayan temyiz itirazları kabul edilmeli ve hüküm bozulmalıdır.

SONUÇ : Hükmün yukarıda açıklanan nedenlerle BOZULMASINA, temyiz harcının istek halinde davacıya iadesine, 21.03.2014 gününde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
4. HUKUK DAİRESİ
E. 2012/9302
K. 2013/6592
T. 9.4.2013

DAVA : Davacı ... vekili Avukat .... tarafından, davalı ... aleyhine 28/07/2010 gününde verilen dilekçeyle hatalı tedavi sebebiyle ödenen bedelin sorumlu davalı doktordan rücuen tahsili istenmesi üzerine yapılan yargılama sonunda; Mahkemece davanın kabulüne dair verilen 15/03/2012 tarihli kararın Yargıtay'da duruşmalı olarak incelenmesi davalı vekili tarafından süresi içinde istenilmekle, daha önceden belirlenen 09/04/2013 duruşma günü için yapılan tebligat üzerine temyiz eden davalı asil ... ve vekili Avuka.... ile karşı taraftan davacı vekili Avukat.... geldiler. Açık duruşmaya başlandı. Süresinde olduğu anlaşılan temyiz dilekçesinin kabulüne karar verildikten ve hazır bulunanların sözlü açıklamaları dinlendikten sonra taraflara duruşmanın bittiği bildirildi. Dosyanın görüşülmesine geçildi. Tetkik hakimi tarafından hazırlanan rapor ile dosya içerisindeki kağıtlar incelenerek gereği düşünüldü.

KARAR : Davacı ..., askerlik görevi sırasında hatalı tedavi sonucu ölen desteğin yakınlarına ödediği tazminatı olayda kusuru bulunan davalı doktordan rücuen tahsilini istemiştir.

Davalı, genel cerrahi uzmanı olduğunu, askerlik hizmetini Tabip Asteğmen olarak yaptığı sırada göğüs ağrısı ve kusma şikayeti ile tedavi olmak için gelen destek ...tedavisinde herhangi bir kusurunun bulunmadığını belirterek haksız ve yersiz açılan davanın reddini savunmuştur.

Yerel mahkemece, istemin kabulüne dair verilen karar, davalı tarafından temyiz edilmiştir.

Dosya içeriğinden; genel cerrahi uzmanı olan ve askerliğin...olarak yapan davalının, göğüs ağrısı ve kusma şikayeti ile tedavi olmak için gelen destek uzman ...çektiği, bulguların normal olduğu belirtilip mideye bağlı tedavi uygulanarak ve ertesi gün dahiliye servisine müracaatı önerilerek gönderildiği ancak desteğin ertesi gün yatağında ölü olarak bulunduğu yapılan otopsi raporuna göre ölüm nedeninin de; "kronik kalp rahatsızlığına bağlı kalp yetmezliği" olduğunun tespit edildiği anlaşılmaktadır.

Yukarıda açıklaması yapılan eylem sebebiyle davalı hakkında "taksirle ölüme sebebiyet vermek" suçundan kamu davası açıldığı, yapılan ceza

yargılamasında; davalının TCK 85/1 maddesi uyarınca mahkumiyetine ve Hükmün Açıklanmasının Geri Bırakılmasına karar verildiği ve kararın kesinleştiği anlaşılmaktadır.

Ceza yargılamasında aldırılan ... Kurumu 3. İhtisas Kurulu raporunda, "..normal olduğu belirtilmişse de **kardiyoloji** uzmanı tarafından çekilen .... bölgelerinde sivrileşmenin olduğu bu bulgunun iskemi lehine anlamlı bir bulgu olacağı ancak bunun tipik miyokart infarktüsü olmadığı genel cerrahi uzmanı tarafından fark edilemeyebileceği, ...otopsi bulgularına göre kişinin kurtarılmasının kesin olmadığı..." belirtilmiş, yine 4/11/2011 tarihli ... Uzmanı Prof. Dr. H. ,,, tarafından düzenlenen rapora göre de; "...Acil koşullarının yetersiz olduğu, ... EKG'de geçmişe yönelik farklılık olmasının normal bir durum olduğu, ...normal tipik miyokart infarktüsü olmadığı ve bunun genel cerrahi uzmanınca tespit edilemeyebileceği belirtilerek davalı doktorun kusurunun bulunmadığı, meydana gelen ölüm neticesi ile davalının tedavisi arasında illiyet bağının bulunmadığı belirtilmiştir

Davalı hakkında TCK 85/1 maddesi uyarınca verilen Hükmün Açıklanmasının Geri bırakılması kararı, Borçlar Kanunu 53. maddesinde düzenlenen (Yeni TBK 74.md.) ve hukuk hakimini bağlayan kesinleşmiş ceza mahkumiyeti niteliğinde bir karar değildir. Diğer yandan, az yukarda açıklanan somut olayın gelişim biçimi, tedaviden kısa süre sonra ölümün gerçekleşmesi ile ... Kurumu...Kurulu raporu ve 4/11/2011 tarihli ... Uzmanı Prof. Dr. tarafından düzenlenen rapora göre davalıyı sorumlu tutmak mümkün değildir.

Şu halde istemin tümden reddine karar verilmesi gerekirken yazılı gerekçeyle davalının sorumluluğuna karar verilmiş olması doğru değildir. Bu sebeple kararın bozulması gerekmiştir.

SONUÇ : Temyiz olunan kararın yukarda açıklanan sebeplerle davalı yararına BOZULMASINA ve davalı yararına takdir olunan 990,00 TL duruşma avukatlık ücretinin davacıya yükletilmesine ve temyiz eden davalıdan peşin alınan harcın istenmesi halinde iadesine 09/04/2013 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
YARGITAY
4. HUKUK DAİRESİ
E. 2003/307
K. 2003/5910
T. 6.5.2003

- **TAZMİNAT DAVASI (Haksız Eylem Nedeniyle)**
- **HAKSIZ EYLEM NEDENİYLE TAZMİNAT DAVASI (Davacı Bacağından Damar Nakledilmesi Sonucu Daha Sonradan Ortaya Çıkan Maddi ve Manevi Zararlarından Ötürü Tazminat Davası Açması)**
- **DAVA KONUSUNUN ETRAFLICA İNCELENMESİ (Yetersiz Raporlara İstinaden Karar Verilmesinin Yasaya Aykırı Olması)**
- **KUSUR SORUMLULUĞU (Davalının Kusurlu Olup Olmadığı Kesin Olarak Belirlenmesinin Ve Davalının Gerekli Özeni Gösterip Göstermediği Dikkatlice İncelenmesinin Gerekli Olması)**
- **BİLİMİN ÖNGÖRDÜĞÜ BİÇİMDE HAREKET (Davalının Kusurunun Tespit Edilmesinde Onun Somut Olaya Göre Bilimin Öngördüğü Biçimde Hareket Edip Etmediğinin Saptanması)**
- **TALEP SONUCU (Mahkeme Davacının Taleplerini Dikkate Alarak Manevi Tazminata da Hükmetmesinin Gerekli Olması) 818/m.41,47,49**

ÖZET : Raporda, davacının bacağında iki gün önce yapılmış olan anjiyo kateter giriş yerine ait damar lezyonunda oluşan tıkanmanın gecikmeyle fark edildiği, fakat bacakta kompartman sendromu gelişerek uzun süre pansuman yapılması gerekirken bacak lezyonu oluştuğu belirlendikten sonra davalının kusuru bulunmadığı sonucuna ulaşılması, raporun yeterli olmadığını göstermektedir.

Dava konusu olay etraflıca incelenerek davalının kusurlu olup olmadığı kesin olarak belirlenmeli, bunun için, somut olayın özelliği itibariyle davalının tıp biliminin gerektirdiği konularda gerekli özeni gösterip göstermediği, diğer bir anlatımla, somut olaya göre bilimin öngördüğü biçimde hareket edip etmediği saptanmalıdır. O halde, dosyadaki tüm veriler gönderilip bunlar değerlendirilmek suretiyle Adli Tıp Kurumundan, gerekirse Üst Kuruldan doyurucu bir rapor alınmalıdır.

DAVA : Davacı S. G. vekili Avukat F. A. tarafından, davalı E. H. aleyhine 19.7.2000 gününde verilen dilekçe ile haksız eylem sonucu uğranılan za-

rarın ödetilmesinin istenmesi üzerine yapılan yargılama sonunda; Mahkemece maddi tazminat isteminin reddine, manevi tazminat isteminin kısmen kabulüne dair verilen 12.11.2002 günlü kararın Yargıtay da duruşmalı olarak incelenmesi davalı vekili tarafından süresi içinde istenilmekle, daha önceden belirlenen 6.5.2003 duruşma günü için yapılan tebligat üzerine temyiz eden davalı vekili Avukat C. Ö. ile karşı taraftan davacı asil S. G. geldiler. Açık duruşmaya başlandı. Süresinde olduğu anlaşılan temyiz dilekçesinin kabulüne karar verildikten ve hazır bulunanların sözlü açıklamaları dinlendikten sonra taraflara duruşmanın bittiği bildirildi. Dosyanın görüşülmesine geçildi. Tetkik hakimi tarafından hazırlanan rapor ile dosya içerisindeki kağıtlar incelenerek gereği görüşüldü:

KARAR : Davacı, 1997 yılında geçirdiği kalp rahatsızlığı nedeniyle .... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin **kardiyoloji** bölümünde uygulanan by pass ameliyatı sırasında sağ bacağından damar alındığını, hastanede kaldığı süre içerisinde ve sonrasında sağ bacağında bazı ağrılar hissettiğini, aradan geçen uzun sürede sağ bacağının tutmaz duruma geldiğini, ameliyatı gerçekleştiren davalının sakat kalmasına yol açtığını belirterek maddi ve manevi tazminat isteminde bulunuştur. Yerel mahkemece, Adli Tıp Kurumunun 14.12.2001 tarihli raporu gerekçe gösterilerek maddi tazminat isteminin reddine, by pass ameliyatı sırasında damar alınan sağ bacağın gerektiği gibi işleme tabi tutulmaması sonucu zarar gördüğü benimsenerek manevi tazminat isteminin bir bölümünün kabulüne karar verilmiştir. Kararı davalı temyiz etmiştir.

Davacının yapılan ameliyat ve tedaviden sonra sakat kaldığı ve zarar gördüğü dosyadaki bilgi ve belgelerden anlaşılmaktadır. Ancak bu sonucun davalının kusurlu eyleminden kaynaklanıp kaynaklanmadığının tartışılması gerekir. Bu konuda Adli Tıp Kurumundan alınan raporda, olayın gelişiminden söz edildikten sonra; dava dosyası arasında bulunmayan ve .....Üniversitesi .....Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalından alındığı belirtilen 8.11.2001 gün ve 303 sayılı mütalaada 'hastanın tedavisinde iyi niyetli acil olarak ameliyat yapıldığı, tedavinin her safhasında yakın izlenen hastanın bu alevli devrede bacağında iki gün önce yapılmış olan anjiyo kateter giriş yerine ait damar lezyonunda oluşan tıkanmanın gecikmeyle fark edildiği, yine acil olarak müdahale edildiği, fakat bacakta kompartıman sendromu gelişerek uzun süre pansuman yapılması gerekirken bacak lezyonu oluştuğu, acil şartlarda girişim yapılması gereken bu tür ağır kalp hastalarının tedavisi

ve ameliyat sonrası izlenmesinde bu tür problemlerin ortaya çıkmasının olası olduğu, kardiyak nedenli komplikasyon tedavisi sırasında damar tıkanıklığına müdahalenin ikinci sırada yer almasının hayati fonksiyonların düzenlenmesindeki aciliyet bakımından doğal sıralama olduğu, gelişen komplikasyonlarda hekim hatası olarak değerlendirilebilecek husus görülmediği belirtildiğine' biçiminde görüş bildirildiği açıklanarak davacıda geliştiği bildirilen komplikasyonların yapılan müdahalelerin beklenebilir sonucu olduğu, davalıya atfedilecek kusur bulunmadığı belirtilmiştir.

Anılan raporda, davacının bacağında iki gün önce yapılmış olan anjiyo kateter giriş yerine ait damar lezyonunda oluşan tıkanmanın gecikmeyle fark edildiği, ... fakat bacakta kompartıman sendromu gelişerek uzun süre pansuman yapılması gerekirken bacak lezyonu oluştuğu belirlendikten sonra davalının kusuru bulunmadığı sonucuna ulaşılması, raporun yeterli olmadığını göstermektedir.

Diğer yandan, mahkemenin karar yerinde anılan bu rapordan söz edip davalının kusurlu bulunmadığını benimseyerek davalının maddi tazminattan sorumlu olmayacağı gerekçesiyle maddi tazminat istemi reddedildiği halde davalının manevi tazminatla sorumlu tutulması da çelişki oluşturmaktadır.

Şu durumda, dava konusu olay etraflıca incelenerek davalının kusurlu olup olmadığı kesin olarak belirlenmeli, bunun için, somut olayın özelliği itibariyle davalının tıp biliminin gerektirdiği konularda gerekli özeni gösterip göstermediği, diğer bir anlatımla, somut olaya göre bilimin öngördüğü biçimde hareket edip etmediği saptanmalıdır. O halde, dosyadaki tüm veriler gönderilip bunlar değerlendirilmek suretiyle Adli Tıp Kurumundan, gerekirse Üst Kuruldan doyurucu bir rapor alınmalıdır. Mahkemece, anılan yönler gözetilmeden yazılı biçimde hüküm kurulmuş olması doğru değildir.

SONUÇ : Temyiz olunan kararın yukarıda gösterilen nedenlerle BOZULMASINA ve temyiz eden davalı vekili için takdir olunan 275.000.000 lira duruşma avukatlık ücretinin davacıya yükletilmesine ve peşin alınan harcın istek halinde geri verilmesine 6.5.2003 gününde oybirliğiyle karar verildi.

KARDİYOLOJİ İDARE

T.C.
DANIŞTAY
15. DAİRE
E. 2015/7219
K. 2016/1328
T. 3.3.2016

İstemin Özeti : .... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde davacıya konulan teşhiş ve yapılan tedavinin hatalı ve gecikmeli olması sebebiyle uğranıldığı ileri sürülen 20.000-TL maddi, 50.000-TL manevi tazminatın yasal faiziyle birlikte ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılan dava sonucunda. Sivas İdare Mahkemesi›nce; Dairemizin bozma kararına uyularak 10.3.2004 tarihli Adli Tıp Kurumu Raporunda; davacının 4.8.1999'da geçirmiş olduğu ASD onarım operasyonundan 23 sonra 27.8.1999'da kalp tamponadı teşhis edilerek, drenaj tedavisi yapılırken 9.9.1999'daki muayenesinde tespit edilen sol hemipleji ve santral fasiyal paralizi, serebral tromboemboli sebebiyle oluşmuş olabileceği, bunun operasyonun beklenen komplikasyonlarından olması sebebiyle ....Üniversitesine atf-ı kabil kusur bulunmadığı tespitlerine yer verildiği, ...Üniversitesi Tıp Fakültesi **Kardiyoloji** Anabilim Dalından 3 öğretim görevlisince Adli Tıp raporuna yapılan itiraz üzerine düzenlenen 4.3.2005 tarihli raporda; hastanın ilk başvuru tablosuna uygun tanı ve tedavi metodlarıyla yaklaşıldığı, ancak etkin, kalıcı rahatlamanın sağlanamamasından dolayı daha etkili perikard sıvısı boşaltma metodu olabilecek cerrahi tüp drenajı gerekliliği konusunda daha erken ve elektif şartlarda kalp cerrahisi konsültasyon yapmanın uygun olacağı, hastanın mevcut durumunun tedavinin gecikmesiyle ilgili olabileceğinin belirtildiği, ...Üniversitesi, ... Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalında görevli 3 öğretim görevlisince hazırlanan 18.10.2005 tarihli raporda ise; kalp etrafında toplanan sıvı sebebiyle beyne yeteri kadar kan pompalanamadığı, kalpte biriken sıvının EKG›de belirtileri çıkar çıkmaz hastaya tüp yerleştirilseydi beyne yeteri kadar kan ve oksijenin gideceği ve hastada felç ve konuşamama rahatsızlığının ortaya çıkmamış olacağı, davacıya yapılan tıbbi müdahaleler ve tedavileri gerekli ve doğru olduğu, ancak kalp damar cerrahisi kliniğinden konsültasyon istemede geç kalındığının belirtildiği, yine Adli Tıp Kurum Başkanlığı'ndan davacının

maluliyet tespiti istemi sonrası düzenlenen 11.9.2006 raporda; davacının geçirdiği rahatsızlığın, operasyonun beklenen komplikasyonlarından olduğu ve davalı idareye atf-ı kabil kusur bulunmadığından maluliyet tayinine mahal olmadığı belirtildiği, ... Üniversitesi ..... Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalından davalı idarenin kusur oranının tespiti amacıyla ek rapor istenmesi sonucu düzenlenen 21.11.2007 tarihli raporda davalı idarenin kusur oranının %20 olduğunun belirtildiği, uyuşmazlığa konu olayda davacıların destekten yoksun kalma sonucu uğradığı maddi zarar miktarının tespiti amacıyla Mahkemece dosya üzerinde yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucunda 16.5.2015 tarihli bilirkişi raporunda, davacının olay tarihinde 16 yaş 5 ay 25 günlük olduğu, davacının bakiye ömrünün PMF yaşama tablosuna göre ortalama olarak 48 yıl 7 ay 16 olarak hesaplandığı, çalışabileceği faal ömrünün 45 yıl olarak belirtildiği, davacının maluliyeti olmadığı yani sağlam olarak çalışması halinde elde edilebilecek gelirin 3 kalem üzerinden 410.679,60-TL olarak hesaplandığı, davadaki %32,3'lük maluliyet oranı ile davalı kurumun %20'lik hizmet kusuru hesaba katıldığında, maddi tazminat miktarının 410,679,60-TL / 100 x 32,3 = 132.649,51-TL /100 x 20 = 26,529,90-TL olarak hesaplandığı, bilirkişi raporunda belirtilen ve ıslah edilerek 26,529,90-TL maddi tazminat ile olay nedeni ile davacının manevi acı ve üzüntü duyduğu açık olup, bu acı ve üzüntünün karşılığı olarak olayın meydana geliş biçimi ve manevi tazminatın manevi tatmin aracı olmasından dolayı zenginleşmeye yol açmayacak şekilde belirlenmesi gerektiği hususları dikkate alınarak 20.000,00 TL manevi tazminatın adli yargıda dava açma tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte davacıya ödenmesi isteminin kabulüne, fazlaya dair manevi tazminat taleplerinin reddi yolunda verilen kararın, taraflarca aleyhlerine olan kısımların hukuka uygun olmadığı ileri sürülerek temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir.

Savunmaların Özeti :Davalı idare davacının temyiz isteminin reddi gerektiğini savunmaktadır. Davacı tarafından savunma dilekçesi verilmemiştir.

Düşüncesi : Temyiz istemlerinin reddi gerektiği düşünülmektedir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar veren Danıştay Onbeşinci Dairesi'nce, dava dosyasının tekemmül ettiği görüldüğünden, davalı idarenin yürütmenin durdurulması istemi

hakkında ayrıca bir karar verilmeksizin, tetkik hakiminin açıklamaları dinlenip, dosyadaki belgeler incelenerek gereği görüşüldü:

KARAR : 2577 Sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun "Kararın Bozulması" başlıklı 49. maddesinin 1. fıkrasında; temyiz incelemesi sonucu Danıştayın; a) Görev ve yetki dışında bir işe bakılmış olması, b) Hukuka aykırı karar verilmesi, c) Usul hükümlerine uyulmamış olunması sebeplerinden dolayı incelenen kararı bozacağı kuralına yer verilmiştir.

Dosyadaki belgeler ile temyiz dilekçesindeki iddiaların incelenmesinden, temyiz istemine konu kararın hukuka ve usule uygun olduğu, kararın bozulmasını gerektirecek yasal bir sebebin bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

SONUÇ : Açıklanan nedenlerle; temyiz istemlerinin reddine, Sivas İdare Mahkemesi'nin 22.5.2015 tarih ve E:2014/1453, K:2015/1054 Sayılı kararının ONANMASINA, dosyanın Mahkemesine gönderilmesine, , artan posta ücretinin istemi halinde davalı idareye iadesine, 2577 Sayılı Kanun'un 54. maddesinin 1. fıkrası uyarınca bu kararın tebliğ tarihini izleyen günden itibaren onbeş gün içinde karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 3.3.2016 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

2) **İstemin Özeti :** İstanbul3. İdare Mahkemesi›nin 12/11/2015 tarih ve E:2013/2253; K:2015/2149 Sayılı kararının hukuka uygun olmadığı ileri sürülerek temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir.

Savunmanın Özeti :Temyiz isteminin reddi gerektiği savunulmaktadır. verilmemiştir.

Tetkik Hakimi Düşüncesi :Mahkeme kararının bozulması gerektiği düşünülmektedir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar veren Danıştay Onbeşinci Dairesince, dosyanın tekemmül ettiği görüldüğünden, tetkik hakiminin açıklamaları dinlenip, dosyadaki belgeler incelenerek gereği görüşüldü:

KARAR : Dava, T. 14/02/2017K.'ın 20.03.2010 tarihinde grip şikayeti ile gittiği .... Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanan yanlış teşhis ve tedavi sonucu 12.04.2010 tarihinde beyin faaliyetleri tamamen bozulmuş bir şekilde taburcu edilmesi neticesinde uğradığı 100.000-TL maddi, 300.000-TL manevi tazminatın eylem tarihinden itibaren işleyecek yasal faiziyle birlikte tahsili istemiyle açılmıştır.

İdare Mahkemesince; Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2.İhtisas Kurulunun 06/0372015 tarihli ve 1453 Sayılı kararında; 22.03.2010 Tarihinde nefes darlığı, bacaklarında şişlik yakınması nedeni ile **kardiyoloji** kliniği birimine yatışının olduğu, 25.03.2010 tarihinde her iki alt ekstremitede var olan ödemin devam ettiği ve önceki muayeneden farklı olarak kızarıklığın ve ısı artışının başlaması üzerine selülit ön tanısıyla öncesine dair ilaç allerjisi olmadığı teyit edilerek sulbaktam ampisilin öncelikle doktor gözetiminde hemşire tarafından test dozunun yapıldığı, testin sonucu menfi olduğu, ampislin-sulbaktamın (Duocid) ilk dozun yapılmasından sonra kızarıklığı ve kaşıntısının olduğu, 1.dakika içerisinde ilk müdahelenin yapıldığı, stridoruda başlayan kişiye airway takıldığı, medikal tedavinin uygulandığı, solunum durması geliştikten 1 dakika sonra kişinin entübe edilerek yoğun bakım ünitesinde takip edildiği, çekilen kranial MR incelemesinde hipoksik bulguların olduğunun saptandığı, söz konusu olay tarihinden 3.5 ay sonra yapılan EKO incelemesinde sol ventrikül sistolik fonksiyonlarının normal olduğunun tespit edildiği, frontal işlevlerde ve bellekte ağır kusur sebebiyle %90 özür oranının olduğunun anlaşıldığı, kişiye ait laboratuvar tetkik ve görüntüleme incelemelerinin bir bütün olarak değerlendirildiğinde kişinin nonkritik koroner arter hastalığı, diabetis mellitus, hipertansiyon, muhtemel üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası geçirilmiş myokardite bağlı dilate kardiomyopati tanılarının koyulmasının ve uygulanan tedavilerin tıbben doğru olduğu, enfeksiyöz bir hastalık olan sellülitin uygulanan tedavilerden kaynaklanmadığı, penicilin grubu ilaçlara karşı alerji hikayesi olmayan kişilerde alerji için rutin deri testi önerilmemekle birlikte allerjik reaksiyonların deri testi negatif olanlarında, daha önceki kullanımlarında olmayıp sonra gelişebileceğinin tıbben bilindiği, penisilin grubu ilacın intravenöz (karın bölgesine değil) uygulanmasına bağlı gelişen anaflaktik reaksiyonun her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi ihmal ve kusura izafe edilemeyen komplikasyon olarak nitelendirildiği, komplikasyon yönetiminin tıp kurallarına uygun gerçekleştirildiği, kardiyomyopatinin bir kısmının kısmen veya tamamen düzelebileceğini tıbben bilindiği, kişinin sonraki takiplerinde yapılan tetkiklerde kalp atım fonksiyonunun (ejeksiyon fraksiyonu) normal seyretmesinin kişide gelişen söz konusu kardiyomyopatinin düzeldiğinin anlaşıldığı cihetle, ilgili sağlık personellerine atfı kabil bir kusur tespit edilmediği gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

Davacı tarafça, hükme esas alınan Adli Tıp Raporunun idarenin tek taraflı açıklama ve kayıtlarına istinaden düzenlendiği, müdahale öncesi hastanın muvafakatinin alınmadığı, gerekli ve yeterli aydınlatmanın yapılmadığı, olayda bu yönüyle hizmet kusuru bulunduğu gerekçesiyle Mahkeme kararının bozulması istenilmektedir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. maddesinin devlete yüklediği pozitif yükümlülükler, devlet tarafından, özel ya da kamu hastanelerine hastaların yaşamını koruyacak nitelikteki tedbirleri alma zorunluluğu getiren yasal ve düzenleyici çerçevenin konulmasını gerektirmektedir. Bu yükümlülük, hastaları, tıbbi müdahalelerin bu bağlamda meydana getirebileceği ağır sonuçlardan mümkün olabildiğince koruma gerekliliğine dayanmaktadır. Böylelikle, taraf devletler, bu yükümlülük uyarınca, hekimlerin, uygulanması düşünülen tıbbi müdahalenin hastaların fiziksel bütünlüğüyle ilgili olarak meydana getirebileceği öngörülebilir sonuçlar hakkında sorgulanmaları ve hastalarını aydınlatarak, rıza göstermelerini sağlayacak şekilde kendilerini bu tıbbi müdahale hakkında önceden bilgilendirmeleri amacıyla gereken düzenleyici yasal tedbirleri almakla yükümlüdürler (Codarcea/Romanya, No. 31675/04, 2 Haziran 2009).

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair 11 Nisan 1928 tarihli ve 1219 Sayılı Kanun'un 70. maddesinde, tabipler, diş tabipleri ve dişçilerin öngörülen tedaviler için hastanın veya vasisinin muvafakatini almaları gerektiği belirtilmektedir.

1 Ağustos 1998 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanan, Hasta Hakları Yönetmeliği de hastanın bilgilendirilmesini ve herhangi bir tıbbi tedaviye başlamadan önce hastanın aydınlatılarak rızasının alınmasını öngörmektedir. Yönetmelikte, bununla birlikte, söz konusu rızanın alınma şekli konusunda herhangi bir özel şart belirtilmemektedir. Türkiye Tabipler Birliği tarafından 1 Şubat 1999 tarihinde yayımlanan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 21. maddesinde, bir doktorun, hastanın sağlığıyla ilgili kararlar alırken, özellikle hastanın bilgilendirilme hakkı ve hastanın bilgilendirildikten sonra bir karar vererek, tedaviyi kabul etme ya da reddetme hakkı olmak üzere, hasta haklarına saygı duyması gerektiği ifade edilmektedir.

...'ın, rahatsızlığı sebebiyle götürüldüğü sağlık kuruluşunda uygulanan tedavi çerçevesinde, toplardamar içine penisilin enjekte edilmesinin ardından meydana gelen anaflaktik şok sonucu %90 zihinsel engelli hale geldiği Adli Tıp Kurumu raporunda belirtilmektedir. Alerji yapabileceği

bilinen ilaçların verilmesi durumunda, hastaya muhtemel sağlık geçmişinin sorulması, tedavi, fiziksel bütünlükle ilgili tahmin edilemez olası bir risk taşıdığında, hekimlerin, hastalarını aydınlatarak rıza göstermelerine imkân sağlayacak şekilde kendilerini önceden bu tedavi hakkında bilgilendirmeleri gerekmektedir.

Bunun bir sonucu olarak, özellikle, hastanın kendi hekimleri tarafından önceden gerektiği gibi bilgilendirilmediği durumlarda bu türden öngörülebilir bir tehlikenin gerçekleşmesi halinde, ilgili taraf devlet, bu bilgilendirme eksikliği sebebiyle doğrudan sorumlu tutulabilmektedir (Altuğ ve Diğerleri Türkiye, No: 32086/07 30 Haziran 2015). 1219 Sayılı Kanun ve Hasta Hakları Yönetmeliği, sağlık personellerine hastayı bilgilendirme ve öngörülen tedaviye dair hastanın rızasını alma yükümlülüğü getirmektedir.

Dosyanın incelenmesinden, İdare Mahkemesince, tedaviyi düzenleyen ve uygulayan sağlık ekibinin, anamnez çerçevesinde kendi sağlık geçmişi hakkında hastaya ya da yakınlarına soru sormadığı, ilgiliyi penisilin tedavisinin muhtemel risklerine dair bilgilendirmediği ve yürürlükte olan mevzuat ve düzenlemeye rağmen hastanın rızasını almadığı yönünde davacı tarafça ileri sürülen başlıca iddiaların ele alınmadığı görülmektedir.

Adli Tıp Kurumunun raporunda, davanın bu yönlerinden bahsedilmemekte ve tedavi sonrası oluşan arazın, tedavinin risklerinden kaynaklandığı belirtilmektedir. Ancak hasta dosyanın incelenmesinden, 25.03.2010 tarihli epikrizde; "...selülit ön tanısıyla, öncesine dair ilaç alerjisi olmadığı tekrardan teyit edilerek sulbaktam ampisilin öncelikle doktor gözetiminde hemşire hanımca test dozu yapıldı. Test dozuna müteakip geçen 30 dakika içerisinde herhangi bir sıkıntı saptanmayan ve şikayeti olmayan hastaya, test sonucu menfi kabul edilerek 1gr 2x1 iv başlandı. İlk dozun yapılmasını müteakip kızarıklığı ve kaşıntısı belirlenmesi üzerine hemşire hanım tarafından derhal tarafımıza haber verildi..." tespiti yer almakta iken, Hemşire Gözlem Notunda; saat 10:00 hastaya Duocid test dozu yapıldı. Test (-) H.Ö. saat 11:20 duocid 1 gr iv yapıldıktan hemen sonra anaflaksi gelişti. Hastada kaşıntı ve kızarıklık gelişince hastaya 1 amp Avil, 40 mg Dekort, 1 amp Adrenalin yapıldı..." tespiti yer almaktadır.

Hemşire gözlem notunda doktora danışılarak yapılan işlemlerin yanına ilgili doktorun adı da yazılmak suretiyle kayıt tutulduğu, doktorlar

tarafından düzenlenen epikrizde hastaya doktor gözetiminde test dozunun uygulandığı belirtilmesine rağmen hemşire gözlem notunda testin doktor gözetiminde yapıldığına dair bir kaydın bulunmadığı görülmektedir. Ayrıca epikrizde hastaya test dozunu müteakip 30 dakika içinde herhangi bir şikayeti bulunmayan hastaya intravenöz penisilin enjekte edildiği belirtildiği halde, hemşire gözlem notunda saat 11:20 de hastaya 10:00 tedavilerinden Duocid 1 gr iv yapıldıktan hemen sonra anaflaksi geliştiği notu bulunduğu ve nottaki 11:20 ibaresinde gözle görülür bir düzeltmenin olduğu, epikriz ile hemşire gözlem notundaki bilgilerin tutarlı olmadığı ve birbirleriyle çeliştiği, hastanın penisilin alerjisine dair öyküsünün alındığına ve hastanın penisilin uygulaması sonrası gelişebilecek muhtemel risklere dair bilgilendirildiğine dair bir kayıt bulunmadığı görülmektedir.

Hemşire gözlem notu ile hasta epikrizi arasındaki çelişkiler ile hastanın penisilin alerjisi geçmişine dair hasta öyküsünün alındığına dair kayıtların ve hastanın penisilin uygulamasının olası risklerine dair bilgilendirildiğine dair kayıtların sunulamamasının, sunulan kamu hizmetinin kötü işlediğini ve ortada bir hizmet kusurunun bulunduğunu gösterdiğinden davacıların bu olay sebebiyle maruz kaldıkları manevi elem ve ızdırabı giderecek şekilde olayın meydana geliş şekli de dikkate alınarak hakkaniyete uygun bir manevi tazminata hükmedilmesi gerekirken, manevi tazminatın reddedilmesinde hukuka uyarlık bulunmamaktadır.

Maddi tazminat açısından ise Adli Tıp Kurumu Raporunda, hastaya konulan tanı ve uygulanan tedavilerin tıbben doğru olduğu ve penisilin grubu ilaçlara karşı alerji hikayesi olmayan kişilerde alerji için rutin deri testi önerilmemekle birlikte, alerjik reaksiyonların deri testi negatif olanların da, daha önceki kullanımlarında olmayıp sonra gelişebileceğinin tıbben bilindiği, penisilin grubu ilacın intravenöz (damar yoluyla) uygulanmasına bağlı gelişen anaflaktik reaksiyonun, her türlü özene rağmen oluşabilen herhangi bir tıbbi ihmal veya kusura izafe edilemeyen komplikasyon olarak nitelendirildiği, komplikasyon yönetiminin tıp kurallarına uygun olduğu ve ilgili sağlık personeline atfı kabil bir kusur tespit edilmediği belirtildiğinden, maddi tazminatın reddedilmesinin hukuka uygun olduğu anlaşılmaktadır.

SONUÇ : Açıklanan nedenlerle, İstanbul 3. İdare Mahkemesi'nin 12/11/2015 tarih ve E:2013/2253; K:2015/2149 Sayılı kararının maddi tazminatın reddine dair kısmının ONANMASINA oyçokluğuyla, manevi

tazminatın reddine dair kısmının BOZULMASINA oybirliğiyle, yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın adı geçen mahkemeye gönderilmesine, 2577 Sayılı Kanun'un 18.06.2014 gün ve 6545 Sayılı Kanunla eklenen Geçici 8. maddesinin 1. fıkrası ve 54. maddesinin 1. fıkrası uyarınca bu kararın tebliğ tarihini izleyen günden itibaren onbeş gün içinde karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 14/02/2017 tarihinde karar verildi.

KARŞI OY :

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrası'na Dair 11 Nisan 1928 tarihli ve 1219 Sayılı Kanun'un 70. maddesinde, tabipler, diş tabipleri ve dişçilerin öngörülen tedaviler için hastanın veya vasisinin muvafakatini almaları gerektiği belirtilmektedir.

1 Ağustos 1998 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan, Hasta Hakları Yönetmeliği de hastanın bilgilendirilmesini ve herhangi bir tıbbi tedaviye başlamadan önce hastanın aydınlatılarak rızasının alınmasını gerektirmektedir. Yönetmelikte, bununla birlikte, söz konusu rızanın alınma şekli konusunda herhangi bir özel şart belirtilmemektedir. Türkiye Tabipler Birliği tarafından 1 Şubat 1999 tarihinde yayımlanan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 21. maddesinde, bir doktorun, hastanın sağlığıyla ilgili kararlar alırken, özellikle hastanın bilgilendirilme hakkı ve hastanın bilgilendirildikten sonra bir karar vererek, tedaviyi kabul etme ya da reddetme hakkı olmak üzere, hasta haklarına saygı duyması gerektiği ifade edilmektedir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. maddesinin devlete yüklediği pozitif yükümlülükler, devlet tarafından, özel ya da kamu hastanelerine hastaların yaşamını koruyacak nitelikteki tedbirleri alma zorunluluğu getiren yasal ve düzenleyici çerçevenin konulmasını gerektirmektedir. Bu yükümlülük, hastaları, tıbbi müdahalelerin bu bağlamda meydana getirebileceği ağır sonuçlardan mümkün olabildiğince koruma gerekliliğine dayanmaktadır. Böylelikle, taraf devletler, bu yükümlülük uyarınca, hekimlerin, uygulanması düşünülen tıbbi müdahalenin hastaların fiziksel bütünlüğüyle ilgili olarak meydana getirebileceği öngörülebilir sonuçlar hakkında sorgulanmaları ve hastalarını aydınlatarak, rıza göstermelerini sağlayacak şekilde kendilerini bu tıbbi müdahale hakkında önceden bilgilendirmeleri amacıyla gereken düzenleyici yasal tedbirleri almakla yükümlüdürler (Codarcea/Romanya, No. 31675/04, 2 Haziran 2009 ve Mehmet Şentürk ve Bekir Şentürk/Türkiye, No. 13423/09, 9 Nisan 2013).

Davacılar yakınının, rahatsızlığı sebebiyle götürüldüğü sağlık kuruluşunda uygulanan tedavi çerçevesinde, toplardamar içine penisilin enjekte edilmesinin ardından meydana gelen anaflaktik şok sonucu %90 zihinsel engelli hale geldiği Adli Tıp Kurumu raporunda da belirtilmektedir. Alerji yapabileceği bilinen ilaçların verilmesi durumunda, hastaya muhtemel sağlık geçmişinin sorulması, tedavi, fiziksel bütünlükle ilgili tahmin edilemez olası bir risk taşıdığında, hekimlerin, hastalarını aydınlatarak rıza göstermelerine imkân sağlayacak şekilde kendilerini önceden bu tedavi hakkında bilgilendirmeleri gerekmektedir.

Bunun bir sonucu olarak, özellikle, hastanın kendi hekimleri tarafından önceden gerektiği gibi bilgilendirilmediği durumlarda bu türden öngörülebilir bir tehlikenin gerçekleşmesi halinde, ilgili taraf devlet, bu bilgilendirme eksikliği sebebiyle doğrudan sorumlu tutulabilmektedir (Altuğ ve Diğerleri Türkiye, No: 32086/07 30 Haziran 2015).

1219 Sayılı Kanun ve Hasta Hakları Yönetmeliği, sağlık personeline hastayı bilgilendirme ve öngörülen tedaviye dair hastanın rızasını alma yükümlülüğü getirmektedir. Hastaya yönelik tedaviyi düzenleyen ve uygulayan sağlık ekibinin, anamnez çerçevesinde kendi sağlık geçmişi hakkında hastaya ya da yakınlarına soru sorulduğuna, ilgilinin penisilin tedavisinin muhtemel risklerine dair bilgilendirildiğine ve yürürlükte olan mevzuat ve düzenlemeye rağmen hastanın rızasının alındığına dair kayıt ve belgenin davalı idarece sunulamadığı, bu yönüyle sağlık hizmetinin kötü işletildiği, bu sebeple İdare Mahkemesince, hizmet kusuru sebebiyle uğranılan maddi zarar miktarının da hesaplatılarak bir karar verilmesi gerekmekte olup, temyize konu mahkeme kararının maddi tazminatın reddine dair kısmının da bozulması gerektiği görüşüyle çoğunluk kararına katılmıyoruz.

T.C.
DANIŞTAY
15. DAİRE
E. 2013/4472
K. 2016/2826
T. 25.4.2016

İstemin Özeti : Ankara 7. İdare Mahkemesi›nin 06.10.2011 tarih ve E:2008/1962; K:2011/1647 Sayılı kararının, hukuka uygun olmadığı ileri sürülerek temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir.

Savunmanın Özeti :Savunma verilmemiştir.

Düşüncesi :Temyiz istemine konu İdare Mahkemesi kararının bozulması gerektiği düşünülmektedir.

TÜRK MİLLETİ ADINA
Karar veren Danıştay Onbeşinci Dairesi'nce; tetkik hakiminin açıklamakları dinlenip, dosyadaki belgeler incelenerek gereği görüşüldü:

KARAR : Dava, davacının eşi E.Ş'nin 17.7.2007 tarihinde muayene olduğu hastanenin **kardiyoloji** uzmanları tarafından yapılan değerlendirme sonucunda kalp rahatsızlığı sebebiyle derhal ameliyat olunması gerektiği teşhisi üzerine başvurduğu .... Hastanesi'nden reflü teşhisi konularak taburcu edilmesinden kısa bir süre sonra hayatını kaybetmesinde, gerekli tıbbi müdahalenin yapılmaması sebebiyle davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğu ileri sürülerek 30.000,00- TL maddi ve 10.000,00- TL manevi tazminatın ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılmıştır.

Ankara 7. İdare Mahkemesi›nce; tıbbi kontrol, tedavi ve müdahale sürecindeki kusur durumu ile kusur oranının, bünyesinde belirli bir risk unsuru barındıran sağlık hizmetinin özelliği de dikkate alınarak belirlenmesi amacıyla yaptırılan ve hükme esas alınabilecek nitelikte bulunan Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu›nun 18.05.2011 tarih ve 1436 Sayılı bilirkişi raporu da dikkate alınarak, tıbbı kontrol, tedavi ve müdahale sürecindeki tetkik ve takiplerin tıp kurallarına uygun olduğu, kişinin kesin ölüm sebebi belirlenemediğinden takip ve tedaviler yönünden herhangi bir kişiye kusur atfedilemeyeceği dolayısıyla idarenin tazmin yükümlülüğü olmadığı gerekçesiyle davanın reddine karar verilmiştir.

Davacı tarafından, hukuka aykırı olduğu ileri sürülerek, anılan İdare Mahkemesi kararının temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir.

Anayasanın 125. maddesinde, idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararları ödemekle yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır.

İdarenin yürütmekle yükümlü olduğu bir hizmetin kuruluşunda, düzenlenişinde veya işleyişindeki nesnel nitelikli bozukluk, aksaklık veya boşluk olarak tanımlanabilen hizmet kusuru; hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde gerçekleşmekte ve idarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır.

Zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı sağlık hizmetinde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için; zararın, idarenin hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir.

2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 1. maddesiyle Adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak üzere Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu kurularak; 2. maddesinde, Kurumun mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen Adli Tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmekle yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır.

2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 15. maddesinde, Adli Tıp Genel Kurulunun; Adli Tıp İhtisas Kurulları ve İhtisas Daireleri tarafından verilip de mahkemeler, hakimlikler ve savcılıklarca kapsamı itibariyle yeterince kanaat verici nitelikte bulunmadığı, sebebi de belirtilmek suretiyle bildirilen işleri; Adli Tıp İhtisas Kurullarınca oybirliğiyle karara bağlanamamış olan işleri; Adli Tıp İhtisas Kurullarının verdiği rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkiler; Adli Tıp İhtisas Kurulları ile İhtisas Dairelerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri; Adli Tıp İhtisas Kurulları ile Adli Tıp İhtisas Dairelerinin ve Adli Tıp Şube Müdürlüklerinin rapor ve görüşleri arasında ortaya çıkan çelişkileri; Adli Tıp İhtisas Kurulları ile Adli Tıp Kurumu dışındaki sağlık kuruluşlarının verdikleri rapor ve görüşler arasında ortaya çıkan çelişkileri; konu ile ilgili uzman üyelerin katılımıyla inceleyeceği ve kesin karara bağlayacağı kuralına yer verilmiştir.

Dosyanın incelenmesinden; davacının eşine 1991 tarihinde primum ASD operasyonu yapıldığı, 1994 tarihinde pacemaker takılmış olduğu, yaklaşık 1 haftadır yemek yememe, yemekle birlikte göğüs ön bölgesinde olup sırta vuran ağrı şikayetiyle 16.7.2007 tarihinde .... Hastanesi acil polikliğine başvurduğu, 17.7.2007 tarihinde .... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde muayene olduğu, 18.7.2007 tarihinde .... Hastanesi'ne

götürüldüğü, burada yapılan müdahalede kardiak patoloji saptanmadığı, reflü tanısı ile kendisine reçete verilerek taburcu edildiği, 21.7.2007 tarihinde aniden rahatsızlığının artması üzerine Özel .... Hastanesi'ne kaldırıldığı, yeniden canlandırma yapılmasının ardından .... Hastanesi acil servisine götürüldüğü, 22.7.2007 tarihinde burada vefat ettiği, davacı tarafından eşinin 17.7.2007 tarihinde muayene olduğu hastanenin **kardiyoloji** uzmanları tarafından yapılan değerlendirme sonucunda kalp rahatsızlığı sebebiyle derhal ameliyat olunması gerektiği teşhisi üzerine başvurduğu .... Hastanesi'nden reflü teşhisi konularak taburcu edilmesinden kısa bir süre sonra hayatını kaybetmesinde gerekli tıbbi müdahalenin yapılmaması sebebiyle davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğu ileri sürülerek maddi ve manevi zararının tazminine karar verilmesi istemiyle bakılan davanın açıldığı görülmektedir.

Olayda, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin 17.7.2007 tarihli tıbbi belgelerinde, **kardiyoloji** polikliniğinde yapılan EKO› da, davacının eşinde ileri derecede mitral yetmezlik, orta derecede aort yetmezliği tespit edildiği görülmektedir. Davacı ve eşi tarafından, ...Üniversitesi›nde 17.7.2007 tarihinde yapılan muayeneden sonra 18.7.2007 tarihinde .... Hastanesi'ne başvurulmuştur. .... Hastanesi'nin 18.7.2007 tarihli renkli doppler ekokardiyografi laboratuvarı sonuç raporunda, renkli dopler ekokardiyografik incelemede kalp boyutları ve duvar kalınlıklarının normal sınırlar içinde olduğu, perikardiyal effüzyon olmadığı, kapak yapıları ve kapak akımlarının normal olduğu, bölgesel duvar hareket bozukluğu olmadığı, kalp boşluklarının temiz olarak izlendiği belirtilmektedir. Fiziki muayene bulguları ve **kardiyoloji** muayene bulguları sonucu akut sistit ve gastro - özefageal reflü hastalığı tanısı konulan hasta, ilaç tedavisi reçete edilerek aynı gün taburcu edilmiştir.

Özel ... Hastanesi'nin 21.7.2007 tarihli acil servis hasta transfer formunda, kalp pili olan hastanın kalp pilinin devre dışı kaldığı, şuur kaybı sebebiyle acil servise getirilen hastanın kardiyo-pulmoner arrest tablosunda giriş yaptığı, entübe edildiği, kardiak yanıtı gelişen hastanın

yakınlarının istemi üzerine ileri merkeze gönderildiğinin belirtildiği görülmektedir.

21.7.2007 tarihinde .... Hastanesi'ne getirilen hastanın **kardiyoloji**k muayenesinin yapıldığı, hastada acil kardiak patoloji düşünülmediği, nörolojik yönden acil patoloji düşünülmüyorsa hastanın kalp pilinin takıldığı merkeze naklinin uygun görüldüğünün belirtildiği, sonrasında

nöroloji kliniğinde takip edilen ve 22.7.2007 tarihinde saat 06.00'da ani kardiak arrest gelişen hastaya CPR'a başlandığı, cevap vermeyen hastanın saat 07.35'te eks kabul edildiği görülmektedir.

... Hastanesi Nöroloji ABD Başkanlığı'nın hasta gözlem kağıdında, hastanın 21.7.2007 tarihinde geldiği, çıkış tarihinin 22.7.2007 tarihi olduğunun yazılı olduğu görülmekte olup, anılan hasta gözlem kağıdında hasta öyküsü özetle şu şekilde not edilmiştir; Yaklaşık bir haftadır yemek yememe, yemek yemekle birlikte göğüs bölgesinde olup sırta vuran ağrısı olan hastanın son bir haftadır ... ve ...'deki hastanelerde değerlendirildiği, öyküsünde 5 yaşında kardiak operasyon olan hastanın son bir haftadır ateşinin de mevcut olduğu, kalp kapakçıklarının çalışmadığı ve acilen ameliyat olması gerektiğinin bildirilmesi üzerine yakını tarafından ... acile getirildiği, kardiak patoloji saptanmadığı, 20.7.2007 tarihinde saat 13.00 sularında opere olduğu ... Üniversitesi'ne başvurduğu, kalp pilinin çalışmadığı ve kalp kapakçığının çalışmadığının belirtilerek pazartesi günü kontrole çağrıldığı, eve geldiğinde saat 23.30 sularında aniden yere düştüğü, bilinç kaybı geliştiği, Özel .... Hastanesi'ne getirildiği, kardiyopulmoner arrest olarak değerlendirilerek CPR uygulandığı, yanıt alınması üzerine ...'ya getirildiği, **kardiyoloji** polikliniği tarafından değerlendirilen hastada acil kardiak patoloji düşünülmediği, acil dahiliye kliniğinde yer olmaması nedeni ile hipoksik ensefalopati ön tanısı ile konsültasyon istenen hastanın mevcut durumu sebebiyle nöroloji kliniğine yatırıldığı belirtilmektedir.

İdare Mahkemesince uyuşmazlığın çözümü için, Adli Tıp Kurumuna bilirkişi incelemesi yaptırılmasına karar verilerek dosyanın Adli Tıp Kurumuna gönderildiği, Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 21.07.2010 tarih ve 1486 Sayılı yazısı ile davacının eşinin .... Hastanesi'ne 18.7.2007 tarihinde ilk gelişinde çekildiği belirtilen PA AC grafisi ile ....Hastanesi'ne 21.7.2007 tarihinde ikinci gidişinde çekildiği belirtilen BBT ve PA AC grafilerinin gönderilmesinin istenilmesi üzerine, Mahkemece 14.9.2010 ve 26.11.2010 tarihlerinde verilen ara kararlar ile davalı idareden anılan grafilerin istenildiği, ara karar cevabı üzerine gönderilen belgelerle birlikte dosyanın Adli Tıp Kurumuna gönderildiği anlaşılmaktadır.

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 18.05.2011 tarih ve 1436 Sayılı raporunda özetle,

21.7.2010 tarihli müzekkere ile istenen PA akciğer ve BBT grafilerinin gönderilmemiş olduğu belirtilerek, zamanında otopsi yapılarak iç

organ değişimleri araştırılmamış olduğundan mevcut bilgilerle kişinin ölüm sebebinin belirlenemediği; kişinin daha öncesinde var olan kalp hastalığına yönelik gerekli tetkiklerin yapılmış olduğu, yapılan kardiak muayene ve tetkiklerde daha öncesinde takılmış olan kalp pilinin aktif olmadığı, kişinin kendi ritminde kalp atımlarının olduğunun anlaşıldığı ve müdahaleyi gerektirir bir kardiak patoloji tespit edilmediği, dolayısıyla yapılan tetkik ve takiplerin tıp kurallarına uygun olduğu, kişinin kesin ölüm sebebi de belirlenemediğinden takip ve tedaviler yönünden herhangi bir kişiye kusur atfedilemeyeceği görüşüne yer verildiği görülmektedir.

Her ne kadar Adli Tıp Kurumu raporunda, ...Üniversitesi›nin 17.7.2007 tarihli tıbbi belgelerinden bahsedilmişse de .... Hastanesi'nin hastaya yönelik 18.7.2007 tarihli fiziki muayene bulguları ve **kardiyoloji** muayenesi bulguları ile ....Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi›nin 17.7.2007 tarihli tıbbi bulguları arasındaki farklılık hakkında değerlendirme yapılmadığı görülmektedir. İleri derecede mitral yetmezliği, orta derecede aort yetmezliği olan davacının eşinin rahatsızlığına yönelik, uygun yöntem ve araçlar kullanılarak değerlendirme yapılıp yapılmadığı hususu ortaya konulmadan hazırlanan raporun uyuşmazlığın çözümünde yeterli olmadığı, olayda hizmet kusuru bulunup bulunmadığının net olarak ortaya konulmadığı görülmektedir.

Mahkemece, ilgilinin ....Üniversitesi›nde 17.7.2007 tarihindeki muayenesine dair tıbbi bilgi ve belgeler, ...Üniversitesi›nde 20.7.2007 tarihindeki muayenesine dair tıbbi bilgi ve belgeler, ... Hastanesi'nde 18.7.2007 tarihinde çekildiği belirtilen PA AC grafisi ile 21.7.2007 tarihinde çekildiği belirtilen BBT ve PA AC grafileri istenilmek suretiyle davacının eşinin tedavisinde hizmet kusuru bulunup bulunmadığının araştırılarak, ulaşılacak bir sonuca göre karar verilmesi gerekmekte iken; uyuşmazlığın çözümü için yeterli olmayan bilirkişi raporuna dayalı olarak karar verildiği sonucuna varılmıştır.

Bu durumda, davacının eşinin tedavisinde idarenin hizmet kusurunun bulunup bulunmadığının, 2659 Sayılı Kanun hükümleri uyarınca dosyanın Adli Tıp Genel Kuruluna gönderilerek saptanmasından sonra çözümlenmesi gerekirken, eksik inceleme sonucu verilen kararda hukuki isabet bulunmamaktadır.

Öte yandan, ara kararına istinaden .... Hastanesi'nce grafilerin Mahkemeye sunulamaması durumunda, tıbbi müdahalenin irdelenmemesi-

ne yol açan grafilerin muhafaza edilememesi şeklindeki hizmet kusuru sonucu davacının mevcut belirsizlikten dolayı duyduğu üzüntü ve sıkıntının, kısmen de olsa giderilebilmesi için davacının manevi tazminat istemi hakkında ayrıca bir değerlendirme yapılması gerekmektedir.

SONUÇ : Açıklanan nedenlerle; 2577 Sayılı Kanun'un 49. maddesine uygun bulunan davacının temyiz isteminin kabulüyle Ankara 7. İdare Mahkemesi' nin 06.10.2011 tarih ve E.2008/1962, K:2011/1647 Sayılı kararının BOZULMASINA, dosyanın yeniden bir karar verilmek üzere anılan mahkemeye gönderilmesine, 2577 Sayılı Kanun'un 54. maddesinin 1. fıkrası uyarınca bu kararın tebliğ tarihini izleyen günden itibaren onbeş gün içinde karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 25.4.2016 tarihinde oyçokluğuyla karar verildi.

KARŞI OY :
Temyizen incelenen karar, usul ve hukuka uygun olup, dilekçede ileri sürülen temyiz nedenleri kararın bozulmasını gerektirecek nitelikte görülmediğinden temyiz isteminin reddi ile temyize konu idare mahkemesi kararının onanması gerektiği oyu ile çoğunluk kararına katılmıyorum.

T.C.
DANIŞTAY
1. DAİRE
E. 2011/842
K. 2011/1322
T. 21.9.2011

- **TIP FAKÜLTESİNDE KADROSUZ VE AYLIKSIZ UZMANLIK EĞİTİMİ GÖREN (Tıp Fakültesi Hastanesinde Teşhis ve Tedavide Gerekli Dikkat ve Özen Gösterilmediği İddiasıyla Hakkında Suç Duyurusunda Bulunulması - Soruşturmanın Genel Hükümlere Göre Yapılacağı)**
- **ÜNİVERSİTE HASTAHANESİNDE GEREKLİ DİKKAT VE ÖZENİN GÖSTERİLMEMESİ (Kadrosuz ve Aylıksız Olarak Uzmanlık Eğitimi Gören Kişi Hakkında Suç Duyurusunda Bulunulması - Genel Hükümlere Göre Soruşturma Yapılması Gerektiği)**
- **SORUŞTUMANIN GENEL HÜKÜMLERE GÖRE YAPILMASI (Tıp Fakültesi Hastanesinde Teşhis ve Tedavide Gerekli Dikkat ve Özen Gösterilmediği İddiasıyla Hakkında Suç Duyurusunda Bulunulan Kadrosuz ve Aylıksız Olarak Uzmanlık Eğitimi Gören Kişi Hakkında) 2547/m. 53 5237/m. 257**

ÖZET : Tıp Fakültesinde kadrosuz ve aylıksız olarak uzmanlık eğitimi gören, 2547 sayılı Kanun'un 53'. maddesinde belirtilen kadrolu ve sözleşmeli öğretim elemanı statüsünde bulunmayan kişilere isnat edilen "teşhis ve tedavide gerekli dikkat ve özenin gösterilmediği iddiasıyla" suç nedeniyle, genel hükümlere göre soruşturma yapılması gerekir.

DAVA : ... Üniversitesi Rektörlüğünün 10.5.2011 tarih ve 2479 sayılı yazısı ile gönderilen soruşturma dosyası, yukarıda belirtilen Kurul kararı ve bu karara yapılan itiraz, Tetkik Hakimi ...'ın açıklamaları dinlenildikten sonra, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 53. maddesi uyarınca incelendi;

Gereği Görüşülüp Düşünüldü:

KARAR : Dosyanın incelenmesinden, şikayetçinin babasının sırt ağrısı ve baş dönmesi şikayetiyle 20.10.2007 tarihinde saat 10.30'da ....Üniversitesi Tıp Fakültesi ....Hastanesi Acil Servisine getirildiği, Fizik Tedavi ve

Rehabilitasyon Anabilim Dalında fahri araştırma görevlisi olan ve Acil Serviste rotasyonda bulunan şüpheli ... tarafından hastaya ilk müdahalenin uygulandığı, bazı kan testleri yapıldığı, EKG ve akciğer grafisi çekildiği, söz konusu tetkiklerden hastanın kalp krizi geçirdiği anlaşılmasına rağmen tetkiklerin zamanında değerlendirilmemesi nedeniyle tanının konulamadığı ve gereken tedavinin uygulanmadığı, aynı gün saat 15.15 civarında hastanın genel durumunun kötüleşmesi üzerine Acil Serviste rotasyonda bulunan diğer şüpheli ...'e haber verildiği, ancak tüm müdahalelere rağmen saat 16.35'te hastanın yaşamını yitirdiği, şikayetçi tarafından teşhis ve tedavide gerekli dikkat ve özenin gösterilmediği iddiasıyla şüpheliler hakkında suç duyurusunda bulunulması üzerine Rektörlükçe yaptırılan soruşturma sonucunda Yetkili Kurulun 11.4.2011 tarihli kararıyla şüphelilerin men-i muhakemesine karar verildiği görülmüştür.

Soruşturma kapsamında .... Üniversitesi Tıp Fakültesi **Kardiyoloji** Anabilim Dalında görev yapan üç öğretim üyesinden temin edilen 3.3.2010 tarihli bilirkişi raporuda, hastanın Acil Servise gelişinden, genel durumunun kötüleşmesine kadar geçen süre içinde, hastaya akut miyokart infarktüsü (kalp krizi) tanısı konulmadığı ve yapılması gereken tıbbı tedavinin uygulanmadığı, hastaya yapılan ilk acil müdahalenin tıp kuralları ve tekniğine uygun olmadığı, bu müdahaleyi gerçekleştiren görevlilerin ihmali ve kusurunun bulunduğu kanaatine varıldığı bildirilmiştir.

Üniversitede fahri araştırma görevlisi olarak görev yapan şüpheliler ... ve ...›nin söz konusu bilirkişi raporuna göre olayda sorumlulukların bulunduğu görülmekle birlikte, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 53. maddesinin (c) fıkrasında, ceza soruşturmasının, yükseköğretim üst kuruluşları başkan ve üyeleri ile yükseköğretim kurumları yöneticilerinin, kadrolu ve sözleşmeli öğretim elemanlarının ve bu kuruluş ve kurumların 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi memurlarının görevleri dolayısıyla ya da görevlerini yaptıkları sırada işledikleri ileri sürülen suçlar hakkında yapılacağının hüküm altına alındığı, adı geçenlerin ise yabancı uyruklu oldukları ve Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesine göre Tıp Fakültesinde kadrosuz ve aylıksız olarak uzmanlık eğitimi gördükleri, dolayısıyla 53. maddede belirtilen kadrolu ve sözleşmeli öğretim elemanı statüsünde bulunmadıkları, bu nedenle haklarında anılan madde uyarınca ceza soruşturması

yapılamayacağı ve son soruşturmanın açılıp açılamayacağı yolunda bir karar alınamayacağı, ilgililer hakkındaki soruşturmanın genel hükümlere göre Ankara Cumhuriyet Başsavcılığınca yapılması gerektiği anlaşıldığından, Yetkili Kurulun 11.4.2011 tarihli kararının; ... ve ..,'nin men-i muhakemelerine ilişkin kısmının bozulmasına,

Ölüm olayının meydana gelmesinde, henüz iç hastalıkları ve **kardiyoloji** rotasyonu yapmamış, yeterli bilgi ve deneyim düzeyine ulaşmamış bir ... Anabilim Dalı Araştırma Görevlisinin, çoğunlukla komplike ve acil nitelikte vakaların geldiği son basamak bir sağlık kuruluşu olan ....Üniversitesi Tıp Fakültesi .... Hastanesi Acil Servisinde görevlendirilmesinin önemli bir rolü olduğu, şüphelilerden ...'ın ... Anabilim Dalı Başkanı olarak Acil Servis çalışma düzeninden ve personelin görevlendirilmesinden sorumlu bulunduğu, şüphelilerden ...'in ise, olay günü Acil Serviste tüm hastalardan sorumlu uzman hekim olduğu, hastaya teşhisin zamanında konulmadığı ve yapılması gereken tıbbı tedavinin uygulanmadığı hususunun bilirkişi raporuyla tespit edildiği, mevcut delillerin, atılı suçtan dolayı ... ve ... hakkında kamu davası açılması gerektiği hususunda yeterli şüphe oluşturduğu anlaşıldığından, ... Üniversitesi Rektörlüğünce oluşturulan Yetkili Kurulun; 11.4.2011 tarihli kararının ... ve ...'in men-i muhakemelerine ilişkin kısmının bozulmasına, adı geçenlerin lüzum-u muhakemelerine, şüphelilerin eylemlerine uyan Türk Ceza Kanununun 257 nci maddesi gereğince yargılanmalarına, yargılamalarının Ankara .Sulh Ceza Mahkemesinde yapılmasına,

SONUÇ : Dosyanın, lüzum-u muhakemelerine karar verilen ... ve ... ile haklarında genel hükümlere göre işlem yapılması gereken ...ve ... yönünden gereği için karar ekli olarak Ankara Cumhuriyet Başsavcılığına, kararın birer örneğinin .... Üniversitesi Rektörlüğü ile şikayetçi vekiline gönderilmesine, 21.09.2011 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
DANIŞTAY
1. DAİRE
E. 2010/1420
K. 2010/1337
T. 23.9.2010

- **MEN'İ MUHAKEME KARARI (Soruşturma Konusunu Tamamen Aydınlatmaya Yetecek Bilirkişi Raporunun Temini İle Şikayet Konusu Eylemle İlliyet Bağı Bulunan Diğer Kişilerin Şüpheli Olarak Soruşturmaya Dahil Edilmeleri Gerektiği)**
- **ŞÜPHELİ ÖLÜM NEDENİYLE SORUŞTURMA (Bilirkişi Raporunun Temini İle Şikayet Konusu Eylemle İlliyet Bağı Bulunan Diğer Kişilerin Şüpheli Olarak Soruşturmaya Dahil Edilmeleri Gerektiği)**
- **SORUŞTURMAYA DAHİL EDİLMELERİ GEREKEN KİŞİLER (Men'i Muhakeme Kararı - Soruşturma Konusunu Tamamen Aydınlatmaya Yetecek Bilirkişi Raporunun Temini İle Şikayet Konusu Eylemle İlliyet Bağı Bulunan Diğer Kişilerin Şüpheli Olarak Soruşturmaya Dahil Edilmeleri Gerektiği) 2547/m.53**

ÖZET : Soruşturma konusunu tamamen aydınlatmaya yetecek bilirkişi raporunun temini ile şikayet konusu eylemle illiyet bağı bulunan diğer kişilerin şüpheli olarak soruşturmaya dahil edilmeleri gerekir.

DAVA : ....Üniversitesi Rektörlüğünün .... tarih ve 1020-10308 sayılı yazısı ekinde gönderilen soruşturma dosyası ile yukarıda belirtilen Kurul kararı ve bu karara şikayetçi tarafından yapılan itiraz, Tetkik Hakimi ...'un açıklamaları dinlenildikten sonra, 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 53. maddesi uyarınca incelendi;

Gereği Görüşülüp Düşünüldü :

KARAR : Şikayetçi ...›ın .....Cumhuriyet Başsavcılığınca alınan 24.3.2009 tarihli ifadesinde, şeker hastası olan babası ...'ın ayağına çivi batması nedeniyle otuz iki gün .... Ünivesitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatarak tedavi gördüğünü, tedavisi bitmeden taburcu edildiğini, taburcu olduktan kısa süre sonra kötüleşmesi üzerine tekrar Hastaneye yatırıldığını, hastalığı teşhis edilemeden bir ay içinde öldüğünü belirterek, tedavisinde ihmal ve kusur gösteren doktorlardan şikayetçi olduğu, bu şikayet

üzerine Rektörlükçe yaptırılan soruşturmada, hastanın şeker hastalığı yanında kalp ve böbrek rahatsızlığının da olduğu, Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesinin 31.8.2009 tarihli raporuna göre, hastanın akciğer enfeksiyonuna bağlı solunum yetmezliği nedeniyle öldüğü, şüphelilerin ise hastanın, şeker hastalığının ve ayağının tedavisinde görev aldıkları, ölüm olayından sorumlu tutulamayacakları sonucuna varılması nedeniyle Yetkli Kurulun 5.7.2010 tarih ve 2010/36sayılı kararıyla şüphelilerin men-i muhakemelerine karar verildiği anlaşılmıştır.

Çivi batan ayağında yumuşak doku enfeksiyonu gelişen hastanın 29.1.2009 tarihinde Endokrin Servisine yatırıldığı, aynı zamanda şeker, kalp ve böbrek hastası olan kişinin tedavisinin şüphelilerce yürütüldüğü, tedavisine nefroloji ve intaniye doktorlarının da katıldığı, 23.2.2009 tarihinde iyileştiği kanaatiyle taburcu edildiği, 5.3.2009 tarihinde solunum sıkıntısı, şişlik, genel durum bozukluğu nedeniyle Nefroloji Servisine yatırıldığı, buradaki tedavisine, intaniye, göğüs hastalıkları, endokrin, **kardiyoloji** doktorları gibi birçok doktorun dahil olduğu, 23.3.2009 tarihinde de akciğer enfeksiyonuna bağlı solunum yetmezliği nedeniyle öldüğü, konuyla ilgili soruşturmada ise, hastanın, 23.2.2009 tarihinde erken taburcu edilip edilmediği, 23.2.2009 tarihinden öldüğü tarihe kadar tedavisinde hekim hatası olup olmadığı, akciğer enfeksiyonunun teşhisinde ve tedavisinde geç kalınıp kalınmadığı hususlarının incelenmediği görülmüştür.

SONUÇ : Hastanın akciğer enfeksiyonuna bağlı solunum yetmezliği nedeniyle öldüğü dikkate alınarak, öncelikle hastanın tedavisiyle ilgilenen İntaniye, Göğüs Hastalıkları ve **Kardiyoloji** Servislerindeki görevli doktorlar ile Nefroloji Servisindeki görevli doktorların da şüpheli olarak soruşturmaya dahil edilmelerinin gerektiği, öte yandan, şüphelilerin görev yaptığı Üniversite dışında başka üniversiteden enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, nefroloji ve ortopedi uzmanı olan en az beş öğretim üyesinden oluşturulacak bilirkişilerden, hastaya uygulanan tedavilerin tıbbi gereklere uygun olup olmadığı, takip, teşhis ve tedavi aşamalarında bir kusur veya acemilik bulunup bulunmadığı, hastanın 29.1.2009 tarihinde başlayan tedavisi sonrasında erken taburcu edilip edilmediği, gerek 29.1.2009 tarihinde, gerekse 5.3.2009 tarihinde başlayan tedavisinin gereği gibi yapılıp yapılmadığı, akciğer enfeksiyonunun teşhisinde ve tedavisinde geç kalınıp kalınmadığı hususlarını belirleyen, konuyu aydınlatan, sorulan hususlara açıklık getiren bir rapor temin edilerek yeniden bir karar verilmesi gerektiğinden,

SONUÇ : Eksik inceleme sonucu düzenlenen soruşturma raporu esas alınarak Yetkili Kurulca verilen5.7.2010 . tarih ve 2010/36sayılı men-i muhakeme kararının bozulmasına, yukarıda sözü edilen bilirkişi raporu ile suçla illiyet bağı bulunan şüpheliler yönünden eksiklikler tamamlandıktan sonra düzenlenecek soruşturma raporuna göre Yetkili Kurulca yeniden bir karar verilmesi, şikayetçiye ve şüphelilere bildirim yapıldıktan sonra kararın türüne göre Yasa gereği veya itiraz edilmesi halinde itiraz dilekçesi ve tebligat alındıları da dosyaya eklenerek incelenmek üzere Dairemize gönderilmesi için dosyanın ....Üniversitesi Rektörlüğüne iadesine, 23.09.2010 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

T.C.
DANIŞTAY
2. DAİRE
E. 2016/13969
K. 2019/6783
T. 03/12/2019
"İçtihat Metni"

İSTEMİN KONUSU : ... İdare Mahkemesince verilen ... günlü, E:...; K:... sayılı kararın temyizen incelenerek bozulması istenilmektedir.

YARGILAMA SÜRECİ :

Dava Konusu İstem : Dava; ... Devlet Hastanesinde Devlet hizmeti yükümlüsü Uzman Doktor olarak görev yapan davacının, 4924 sayılı Kanun'a tabi sözleşmeli personel statüsüne geçirilmesi talebiyle yaptığı başvurunun reddine ilişkin 01/04/2014 günlü, 2327 sayılı işlemin iptali istemiyle açılmıştır.

İlk Derece Mahkemesi Kararının Özeti :

... İdare Mahkemesince verilen ... günlü, E:...; K:... sayılı kararla; davanın reddine hükmedilmiştir. Davacının temyiz istemi üzerine Danıştay Beşinci Dairesinin 07/12/2015 günlü, E:2015/4125, K:2015/9987 sayılı kararıyla; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 3. maddesine göre, iradesini sözleşmeli olarak çalışma yönünde ortaya koyan davacının, bu talebinin hastane için boş ve vizeli sözleşmeli pozisyon bulunmadığı gerekçesiyle reddedilmesine ilişkin işlemde hukuka uygunluk bulunmadığı gerekçesiyle Mahkeme kararının bozulmasına hükmedilmiştir. Danıştay Beşinci Dairesinin anılan bozma kararından sonra ... İdare Mahkemesinin ... günlü, E:...; K:... sayılı kararıyla dava yetki yönünden reddedilerek, dosya yeni kurulan ve ... ili'nin yargı çevresi bakımından bağlandığı ... İdare Mahkemesine gönderilmiştir.

... İdare Mahkemesince, Danıştay Beşinci Dairesinin bozma kararına uyularak verilen temyize konu kararla; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda, ilgililere Devlet hizmeti yükümlülüğünü Devlet memuru

veya 10/07/2013 günlü, 4924 sayılı Kanun'a tabi sözleşmeli sağlık personeli olarak yapmak konusunda seçme hakkı tanındığı ve bu tercihlerini kullanmaları için herhangi bir şart öngörülmediği, iradesini sözleşmeli olarak çalışma yönünde ortaya koyan davacının, bu talebinin reddedilmesine ilişkin işlemde hukuka uygunluk bulunmadığı gerekçesiyle dava konusu işlemin iptaline hükmedilmiştir.

TEMYİZ EDENİN İDDİALARI : Davalı idare tarafından; davacının talepte bulunmasının, görev yaptığı sağlık kuruluşunda 4924 sayılı Kanun kapsamında sözleşmeli personel olarak çalışması için yeterli olmadığı, bunun için o kuruluşta vizeli boş pozisyon olması gerektiği, boş pozisyon olmadığı için davacının talebinin reddedilmesinde hukuka aykırılık bulunmadığı ileri sürülerek İdare Mahkemesi kararının bozulması istenilmektedir.

KARŞI TARAFIN CEVABI : Cevap verilmemiştir.

DANIŞTAY TETKİK HAKİMİ :
DÜŞÜNCESİ : Temyiz isteminin reddi ile İdare Mahkemesi kararının onanması gerektiği düşünülmektedir.

TÜRK MİLLETİ ADINA

Karar veren Danıştay İkinci Dairesi'nce, Danıştay Beşinci Dairesi tarafından, Danıştay Başkanlık Kurulunun 01/08/2016 günlü, K:2016/32 sayılı kararının "Ortak Hükümler" kısmının 1. fıkrası uyarınca, ayrıca bir gönderme kararı verilmeksizin Dairemize iletilen dosyada, 25/08/2017 günlü, 30165 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen Geçici 15. madde uyarınca, Başkanlığının dava ve icra takip işlerinin Sağlık Bakanlığına devredildiği görülmüş olup, davanın Sağlık Bakanlığı husumetiyle görülmesine karar verilip, Tetkik Hakiminin açıklamaları dinlendikten ve dosyadaki belgeler incelendikten sonra gereği görüşüldü:

İNCELEME VE GEREKÇE :
MADDİ OLAY:

... Devlet Hastanesinde Devlet hizmeti yükümlülüğü kapsamında Uzman Doktor olarak görev yapan davacının, 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca sözleşmeli pozisyona geçme talebinin 2014 yılında hastaneye ilişkin vize cetvelinde davacının branşına ihdas edilmiş vizeli boş pozisyon bulunmadığı gerekçe gösterilerek 01/04/2014 günlü, 2327 sayılı işlemle reddedilmesi üzerine, bu işlemin iptali istemiyle temyizen incelenmekte olan iş bu dava açılmıştır.

İLGİLİ MEVZUAT:

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 3. maddesinin dava konusu işlem tarihindeki şeklinde; "İlgili mevzuata göre yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerini tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar, her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tarafından hazırlanan İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralamasında yer alan ..... Gün, Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığınca uygun görülen diğer kuruluşlarda Devlet memuru veya ilgililerin talebi halinde 10/07/2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanuna tâbi sözleşmeli sağlık personeli olarak Devlet hizmeti yapmakla yükümlüdürler..." hükmü yer almaktadır. 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un "Amaç ve kapsam" başlıklı 1. maddesinin dava konusu işlem tarihi itibarıyla yürürlükte olan ikinci fıkrasında, "Sözleşmeli personel istihdam edilecek hizmet birimleri; Başbakanlık Doğu ve Güneydoğu Eylem Planı, Devlet Planlama Teşkilâtı tarafından yayınlanmış en son ilçe bazındaki sosyo ekonomik gelişmişlik kriterleri, ilçelerin sağlık göstergeleri ile coğrafi konumları dikkate alınarak, Sağlık Bakanlığının teklifi üzerine yılda bir kez Bakanlar Kurulu kararı ile tespit edilir. Dağıtımı yapılacak pozisyon sayısı 22000'i geçemez..."; "Sözleşmeli personelin sayısı ve çalıştırılacakları yerler" başlıklı 3. maddesinin dava konusu işlem tarihindeki şeklinde, "Bakanlık, bu Ka-

nunun 1 inci maddesi gereğince hazırlanan Bakanlar Kurulu kararında belirtilen hizmet birimlerinde ve ekli (1) sayılı cetvelde gösterilen pozisyon unvanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, Maliye Bakanlığı tarafından vize edilmiş pozisyonlarda Bakan onayı ile sözleşmeli personel istihdam edebilir. Sözleşmeli personelin pozisyon unvanlarını ve niteliklerini gösteren ekli (1) sayılı cetvel ile bu Kanunun 1 inci maddesinde belirtilen sözleşmeli personel sayısı hizmete duyulan ihtiyaçtaki değişmeler dikkate alınarak yılda bir kez olmak kaydıyla, Devlet Personel Başkanlığı ile Maliye Bakanlığının görüşü ve Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca yeniden belirlenebilir. Bu Kanuna göre istihdam edilecek sözleşmeli personel pozisyonlarının, bu Kanunun 1 ve 3 üncü maddeleri gereğince Bakanlar Kurulu kararıyla belirlenen hizmet birimlerinde ve bu kararlarda belirtilen azami pozisyon sayısını geçmemek üzere, sağlık kurum ve kuruluşları ile gezici sağlık ve 112 acil servis gibi hizmet bazında birimler ve pozisyon unvanları itibarıyla dağılımına ilişkin vize işlemi, Bakanlığın teklifi üzerine yılda bir kez olmak üzere Maliye Bakanlığınca yapılır. (Ek cümle: 28/3/2007-5614/7 md.) Ancak, sözleşmeli personel pozisyonlarının bulunduğu hizmet birimlerinin, birleşme, nitelik değiştirme veya isim değiştirme gibi nedenlerle değişikliğe uğraması halinde bu değişiklikler, il içinde olması kaydıyla, yılda en fazla iki kez Bakanlar Kurulu Kararı aranmaksızın Maliye Bakanlığı vizesiyle yapılabilir. Vize işlemine aykırı pozisyon unvanlarında ve sağlık birimlerinde sözleşmeli personel istihdam edilemez. Bakanlık, sözleşmeli personel pozisyonlarının hizmet ihtiyaçlarına en uygun şekilde dağılımının sağlanması için gerekli tedbirleri alır ve bu amaçla norm pozisyon sayılarını tespit eder. Norm pozisyon sayısının değişmesi dışında, pozisyonların birimler itibarıyla dağılımı değiştirilemez." hükmüne yer verilmiştir. 02/09/2003 günlü, 25217 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren ve dava konusu işlem tarihinde yürürlükte bulunan Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği'nin 13/04/2007 günlü, 26492 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Yönetmeliğin 4. maddesi ile değişik 8/j maddesinde ise; "5371 sayılı Kanuna göre Devlet hizmeti yükümlüsü olarak çalışmakta olanlardan sözleşmeli pozisyona geçmek isteyenlerin, müracaatları halinde istihdam edildikle-

ri birimlerdeki durumlarına uygun boş sözleşmeli personel pozisyonlarına atanabilecekleri, boş sözleşmeli personel pozisyonundan fazla müracaatın olması halinde ise, daha önce müracaat etmiş olanın müracaatının öncelikle değerlendirileceği" kurala bağlanmıştır.

HUKUKİ DEĞERLENDİRME :

Yukarıda yer verilen hükümler birlikte değerlendirildiğinde; 3359 sayılı Kanun'un Ek 3. maddesi uyarınca, uzman tabip ve tabiplerin Devlet hizmeti yükümlülüğünü ifa ederken, Devlet memuru veya 4924 sayılı Kanun'a tabi sözleşmeli statüde görev yapma hususunda tercih haklarının bulunduğu açık olmakla birlikte; 4924 sayılı Kanun'un dava konusu işlem tarihindeki halinde; sözleşmeli sağlık personeli pozisyon sayısının azami 22.000 olacağı, sözleşmeli personelin istihdam edilecek hizmet birimlerinin Bakanlar Kurulu kararı ile tespit edileceği ve pozisyonların Maliye Bakanlığı tarafından vize edileceği; davalı idarenin, sözleşmeli personel pozisyonlarının hizmet ihtiyaçlarına en uygun şekilde dağılımının sağlanması için gerekli tedbirleri almak ve bu amaçla norm pozisyon sayılarını tespit etmekle görevlendirildiği anlaşılmaktadır.

Bu kapsamda, 31/12/2013 günlü, 28868 sayılı (2. Mükerrer) Resmi Gazete'de yayımlanan "4924 Sayılı Kanun'un 1. Maddesi Hükümleri Çerçevesinde 2014 Yılında Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdam Edilecek Hizmet Birimlerinin Tespit Edilmesi Hakkında" 2013/5721 sayılı Bakanlar Kurulu kararının ekindeki tabloda; 2014 yılını kapsayan sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilecek hizmet birimlerinin sayılarının tespit edildiği, idareler bazında personel dağılımlarına yer verildiği ve 10.018 adet sözleşmeli pozisyonunun belirlendiği; ayrıca Maliye Bakanlığının 15/01/2014 günlü, 395 sayılı yazısı ile 01/01/2014 tarihinden geçerli olmak üzere 10.018 adet sözleşmeli personel pozisyonunun 4924 sayılı Kanun'un 3. maddesi uyarınca vize edildiği; Bakanlar Kurulu tarafından belirlenen ve Maliye Bakanlığınca vize edilen bu 10.018 adet sözleşmeli personel pozisyonu içerisinde davacının görev yaptığı hastanede **Kardiyoloji** branşına yer verilmediği görülmektedir. Buna göre, 2014 yılı vize cetvelinde ... Devlet Hastanesinde davacının branşına (**Kardiyoloji**) ihdas edilmiş vizeli pozisyon bulunmadığı sabit olup; Devlet hizmeti yükümlüsü olarak çalışmakta olan-

lardan sözleşmeli pozisyona geçmek isteyenlerin taleplerinin boş sözleşmeli personel pozisyonu bulunmadan kabul edilme imkanı olmadığından, davacının sözleşmeli statüye atanma talebinin reddedilmesi yolundaki dava konusu işlemde hukuka aykırılık, anılan işlemin iptali yolunda verilen İdare Mahkemesi kararında ise hukuki isabet görülmemiştir. Nitekim, İdari Dava Daireleri Kurulunun 22/03/2018 günlü, YD İtiraz No:2018/55 sayılı kararı da bu yöndedir.

KARAR SONUCU :

Açıklanan nedenlerle;

1. DAVALI İDARENİN TEMYİZ İSTEMİNİN KABULÜNE; 2. ... İdare Mahkemesince verilen ... günlü, E:...; K:... sayılı kararın, 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun temyize konu kararın verildiği tarih itibarıyla yürürlükte olan haliyle 49. maddesi, 1/b fıkrası uyarınca BOZULMASINA, 3. Aynı maddenin 3622 sayılı Yasa ile değişik 3. fıkrası uyarınca, yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın adı geçen İdare Mahkemesi'ne gönderilmesine, 4. 2577 sayılı Yasa'nın (Geçici 8. maddesi uyarınca uygulanmasına devam edilen) 54. maddesinin 1. fıkrası uyarınca bu kararın tebliğ tarihini izleyen günden itibaren onbeş (15) gün içinde Danıştay'da karar düzeltme yolu açık olmak üzere, 03/12/2019 tarihinde oybirliğiyle karar verildi.

NOBEL

SAĞLIK İÇİN
DEĞER

Nobel İlaç'ın koşulsuz desteği ile...

ISBN: 978-605-7607-77-5