

ANAYASA MAHKEMESİ KARARI

Anayasa Mahkemesi Başkanlığından:

**İKİNCİ BÖLÜM
KARAR****ALİ FİNDİK VE DİĞERLERİ BAŞVURUSU**

Başvuru Numarası : 2018/15233
Karar Tarihi : 18/5/2021

Başkan : Kadir ÖZKAYA
Üyeler : Engin YILDIRIM
M. Emin KUZ
Yıldız SEFERİNOĞLU
Basri BAĞCI

Raportör : Volkan ÇAKMAK

Başvurucular : 1. Ali FİNDİK
2. Ayşe FİNDİK
3. Hatice TAPÇI
4. Mehmet FİNDİK

Başvurucular Vekili : Av. Ayça KAYA TERZİ

I. BAŞVURUNUN KONUSU

1. Başvuru; tıbbi ihmal dolayısıyla açılan tazminat davasının reddedilmesi nedeniyle yaşam hakkının, yargılamanın uzun sürmesi nedeniyle adil yargılanma hakkının ihlal edildiği iddialarına ilişkindir.

II. BAŞVURU SÜRECİ

2. Başvuru 16/5/2018 tarihinde yapılmıştır.
3. Başvuru, başvuru formu ve eklerinin idari yönden yapılan ön incelemesinden sonra Komisyona sunulmuştur.
4. Komisyonca başvurunun kabul edilebilirlik incelemesinin Bölüm tarafından yapılmasına karar verilmiştir.
5. Bölüm Başkanı tarafından başvurunun kabul edilebilirlik ve esas incelemesinin birlikte yapılmasına karar verilmiştir.
6. Başvuru belgelerinin bir örneği bilgi için Adalet Bakanlığına gönderilmiştir.

III. OLAY VE OLGULAR

7. Başvuru formu ve eklerinde ifade edildiği şekliyle olaylar özetle şöyledir:

8. Başvurucu Ayşe Fındık'ın kızı diğer başvuruların ise kardeşi olan, 2/2/1990 doğumlu S.F. 14 yaşında merdivenden düşmesi sonucu boyun ağrısı yaşamaya başlamıştır. Ağrıların şiddetlenmesi üzerine Kahramanmaraş'ta bir sağlık kurumuna götürülen S.F. için *odontoid kırığı* (omurga kemiği çıkıntısı) teşhisi konulmuş ve ameliyat önerilmiştir. Ameliyatın kabul edilmemesi üzerine S.F. Ankara'ya sevk edilmiştir.

9. S.F., *odontoid kırığı* ve *atlantoaksiyel dislokasyon* (boyun hareketlerinin engellenmesi) tanısı ile Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Hastane) Beyin Cerrahisi Kliniğine 10/7/2007 tarihinde yatırılmıştır.

10. Beyin Cerrahi Kliniğinde görevli doktorlar tarafından S.F. için ameliyat kararı alınmıştır. Beyin cerrahisi klinik şefi olan Dr. M.F.Ö ve beyin cerrahisi alanında uzman olan Dr. G.A.nın Ankara Valiliği tarafından yapılan inceleme sırasında alınan ifadelerine göre tedavi süreci ve yapılması planlanan ameliyat hususunda ağabey Mehmet Fındık bilgilendirilmiştir. Ameliyatta kullanılacak olan titanyum malzemenin temin edilme süreci zaman alacağından bu süre zarfında istirahat için S.F. evine gönderilmiştir.

11. Ameliyat için gereken malzemenin temin edilmesinin ardından S.F. 25/9/2007 tarihinde ameliyat edilmiştir.

12. Ameliyat öncesinde S.F.nin ağabeyi Mehmet Fındık'a 23/9/2007 tarihli *Bilgilendirilmiş Hasta İzin Formu* imzalatılmıştır. Söz konusu form, cerrahi girişime ilişkin olup muhababının cerrahi girişimin risk ve sonuçlarını anladığına dair onayını talep etmektedir. Başvurucular söz konusu formdaki tarihin ayı belirleyen 7 rakamının 9 rakamına çevrilmesi suretiyle değiştirildiğini, belgedeki tarihin aslen 23/7/2007 olduğunu ve ameliyat için değil hastaneye yatış için imzalatıldığını iddia etmiştir. İzin formunu imzalatan asistan doktor M.E.Y. ifadesinde "*söz konusu formun 23/7/2007 tarihinde imzalatılmasının mümkün olmadığını zira o tarihte henüz ameliyat için malzeme temini aşamasında bulunulduğundan S.F.nin istirahat için evine gönderilmiş olduğumu, ayrıca hasta yakınlarından hastaneye yatış için bir izin/onay alınmasının söz konusu olmadığını, belgede 9 rakamı üzerinde yapılan değişikliğin ise bir an için yazılıp düzeltilmiş olmasından kaynaklanabileceğini*" belirtmiştir.

13. S.F. ameliyat sonrası solunum zorluğu yaşadığından yoğun bakıma alınmıştır.

14. Yapılan tetkik ve muayenelerde ameliyat ile yerleştirilen titanyum telin gevşediği tespit edilince S.F. 2/10/2007 tarihinde yeniden ameliyata alınmıştır. Ameliyat öncesi ağabey Mehmet Fındık'a klinik şefi olan Dr. M.F.Ö tarafından bilgi verilmiş ve 1/10/2007 tarihli *Bilgilendirilmiş Hasta İzin Formu* imzalatılmıştır.

15. İkinci ameliyat sonrası yoğun bakımda solunum cihazına bağlanan S.F.nin tedavisine devam edilmiştir. Bu süreçte S.F.; Dâhiliye, Göğüs Hastalıkları, Plastik Cerrahi Klinikleri tarafından da değerlendirilmiştir. Yoğun bakım sürecinde S.F. birkaç defa solunum/dolaşım problemi yaşamış ve son olarak 6/8/2008 tarihinde yaşadığı solunum sıkıntısı sonucu hayatını kaybetmiştir.

16. S.F.nin vefatının ardından ağabey Mehmet Fındık tarafından otopsi yapılması talep edilmiştir. Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin 27/11/2008 tarihli otopsi raporunun sonuç kısmında "ölüm sebebi hakkında bir kanaate varılmadığı, kesin ölüm sebebi ve kişinin ölümü ile uygulanan tedavi arasında illiyet bağı bulunmadığı hususunda düzenlenen otopsi raporu, hasta müşahade dosyası ve adli tahkikat evrakının birlikte Adli Tıp Kurumu Başkanlığı ilgili İhtisas Kuruluma gönderilerek oradan görüş alınmasının uygun olacağı" ifade edilmiştir.

17. Ankara Valiliğinin 9/1/2009 tarihli işlemi ile S.F.nin vefatı hakkında inceleme başlatılmış ve inceleme sürecinde ağabey Mehmet Fındık ile tedavi sürecinde yer alan doktorların anestezi uzmanları da dâhil olmak üzere ifadelerine başvurulmuştur. 10/2/2009 tarihinde bitirilen inceleme sonucu Op. Dr. Ö.Ş. tarafından düzenlenen raporda "otopsi raporunda yer alan, 'bulgular kronik hasra sekeri ve tamir bulguları ile uyumludur' ibaresinin S.F. de ameliyat öncesi mevcut bir kronik sürece işaret ettiği, her ne kadar ameliyatlardan öncesi izin alınmadığı iddia edilmiş ise de abi Mehmet Fındık'ın iki ayrı onam formunu da imzaladığı, klinik şefinin ilk ameliyata girmemiş olmasının ameliyata giren diğer iki doktorun uzman hekim olması karşısında bir kusur teşkil etmediği, bununla beraber ameliyat öncesi izin formları imzalanmış ise de, hasta yakınlarına detaylı açıklamanın eksik yapılmış olabileceği, sonuç olarak, tedavi sürecinde yer alan doktorların cezalandırılmasına yer olmadığı ancak cezai mahiyette olmamak üzere ikaz edilmelerinin uygun olacağı" ifade edilmiştir.

18. Ankara Valiliği 12/2/2009 tarihli işlemi ile tedavi sürecinde yer alan doktorlar hakkında soruşturma izni verilmemesine karar vermiştir. Mehmet Fındık'ın karara yaptığı itiraz Ankara Bölge İdare Mahkemesi tarafından 28/5/2009 tarihli hükümlerle reddedilmiştir.

19. Ankara Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından ilgili doktorlar hakkında görevi kötüye kullanma suçu isnadıyla başlatılan soruşturma, Ankara Valiliğinin 12/2/2009 tarihli işlemi esas alınarak 5/3/2009 tarihli işlemle kaldırma kararı ile sonuçlanmıştır.

20. Başvurucular 30/7/2009 tarihinde, gereken özenin gösterilmemesi, hatalı işlem yapılması, operasyon öncesi gereken izinlerin alınmaması suretiyle S.F.nin ölümüne sebebiyet verildiğini ileri sürerek uğradıkları maddi ve manevi zararlar karşılığı Sağlık Bakanlığından tazminat talep etmiştir. Sağlık Bakanlığı, S.F.nin ölümünde hizmet kusuru bulunmadığını belirterek 16/9/2009 tarihli işlemle tazminat talebini reddetmiştir.

21. Başvurucular 13/11/2009 tarihinde Ankara 4. İdare Mahkemesi (Mahkeme) nezdinde idari başvuru sırasında ileri sürdükleri iddialara yer vererek tam yargı davası açmıştır.

22. Mahkeme, uyumsuzluğun sonuca bağlanabilmesi adına hizmet kusurunun bulunup bulunmadığının tespiti amacıyla Adli Tıp Kurumu nezdinde bilirkişi incelemesi yaptırmıştır. Bilirkişi heyeti adli tıp, beyin ve sinir cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum ile genel cerrahi alanında uzman olan doktorlardan teşekkül etmiştir.

23. 13/4/2011 tarihli bilirkişi raporunun ilgili kısmı şöyledir;

"1-Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi Formunda:

'14 yaşındayken merdivenden düşme sonucu boyun ağrıları başlamış. Ağrıları şiddetlenince doktora gitmişler. Hastaya ilaç tedavisi uygulanmış. Herhangi bir düzelme olmayınca Kahramanmaraş Üniversitesi Tıp Fakültesine gitmişler. Burada yapılan tetkiklerinde odontoid kemikte kırık tespit edilmiş ve ameliyat önerilmiş. Ameliyatı kabul etmeyen hasta polikliniğimize başvurmuş.

Odontoid kırığı + atlanto aksiyel dislokasyon

Bilinç açık koopere oryante pupiller izokorik dır/duz:++/++ göz hareketleri her yöne serbest. Kranial sinirler intakt. Duyu defisiti yok. Alt ve üst ekstremiteelerde minimal spastisite var. DTR ler bilateral alt ve üst ekstremitede hiperaktif. TCR: ekstansiyon/ekstansiyon, klonus: bilateral 1-2 atımlık asıl klonusu var. Hofman: +/- . Serebellar testler değerlendirilebildiği kadariyle intakt.

25/09/2007 tarihinde operasyona alındı. Gaa hasta supin pozisyonunda operasyona alındı. Sağ iliak kanat bölgesi temizlendi. Cilt ve cilt altı geçildi. Mıdas motor yardımıyla kemik greet alındı. Sütüre edildi. Baş çevili başlığa alınarak skopi kontrolünde oturur pozisyona getirildi ve tespit edildi. Boyun ve oksipital bölgenin temizliği yapıldı. Oksipital orta hattan ilerlenerek kas-yapıları ekarte edildi. C vertebra spinöz prosesi bulunuldu. Kenarları disseke edidi. Yukarı doğru ilerlenerek C1 vertebra lamınası bulunuldu. Arbyn markasından temin edilen titanyum tel c1 vertebra laminasının altından geçirildi. C2 vertebra spinöz prosusunun altından bağlandı. Stabilizasyon sağlandı. Ameliyat esnasında anestezî tarafından kardiyak pulmoner ve hemodinamik patoloji bildirilmedi. Kanama kontrolünün ardından katlar usulüne uygun olarak prumer kapatıldı. Perop komplikasyon olmadı. Kan kullanılmadı. Ameliyat sonrasında hastada spontan solunumunun olmaması nedeniyle yoğun bakıma alındı. Hastaya çekilen kontrol grafide telin gevşemiş olduğu tespit edilmesi üzerine hasta 02/10/2007 tekrar operasyona alındı. Gaa hasta prone pozisyonunda baş çevili başlıkta boyun hiperekstansiyonda operasyona alındı. Skopi ile boyuna pozisyon verildi. Eski cilt insizyonundan girildi. Cilt cilt altı ve kaslar geçildi. Önceki stabilizasyon telinin gevşemiş olduğu görüldü. Tel kestilerek çıkarıldı. Yeni mr uyumlu titanyum (arbyn firmasından) c1 lamınası önünden geçirildi. C2 vertebra spinöz proses delik açıldı. Tel bu delikten geçirildi. Tel sıkacı aparatı ile sıkıldı. Skopi ile kontrol edildi. Füzyon sağlamak amacıyla c1-c2 spinöz prosesler arasında kemik grefti yerleştirildi. Kanama kontrolünün ardından katlar usulüne uygun olarak kapatıldı. Perop komplikasyon olmadı kan kullanılmadı. Hasta supin pozisyona çevrilerek trakeostomi açıldı ve nazogastrik sonda takıldı.

Postop dönemde beyin cerrahî yoğun bakıma alındı. Hasta yoğun bakım takibi sırasında dahiliye, göğüs hastalıkları, plastik cerrahî tarafından değerlendirilerek tedavi düzenlendi (ayrıntılı konsültasyon notları doktor gözlemlerinde dosyasında bulunmaktadır). hastaya günlük olarak fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulandı. Beslenme komitesi tarafından günlük kalori ihtiyacı hesaplanarak düzenlendi.

Hastaya albumin düşüklüğü olduğu dönemlerde kalbumun infuzyonu order edildi. Hasta aralıktı olarak (hb düşüklüğü olduğunda) eritrosit süspanzyonu verildi.

Hastaya ağızdan su verilmekte, 38 dereceye varan ateşleri olmakta, 2 lı antibiyotik almakta, kan şekerleri 120 civarında seyretmekte, TA ortalama 140/80 civarında, albumin düşüklüğü nedeniyle H.albumin verilmekte, hb:10.6, acü:-400, duyu-algı koordinasyon muayenesi yapıldı, yara pansumanları yapıldı.

27-09-07 po 2. Gün bilinç açık koopere oryante pupiller izokorik DIR/IDIR ++/+++, alt ve üst ekstremitelerde 2/5 motor kuvvet ve hipoestezisi var solunum zaman zaman var, mekanik ventilatörde SIMV modda. Takip ediliyor. Kan gazı değerleri normal sınırlarda. Sefazol 3x1 gr + Genta 1x160 mg Prednol 4x250 mg + Ulcuran 4x1 tedavisi alıyor. Yara pansumanı yapıldı ve temiz olduğu görüldü. Duyu muayenesi yapıldı. Nbz 35-40 arası dopamin infüzyonu başlandı.

02/10/07 po:7. Günde olan hastanın doktorların ortak kararı ile sabah tekrar ameliyata alındı. Saat:11:30 civarında ameliyatı biten hasta trakeostomiden entübe olarak yoğun bakıma alındı. Bilinç açık koopere olmaya çalışıyor. Oryantasyon net değerlendirilemedi. Pupiller izokorik dir/udir: ++/+++. Hastada 4 ekstremitede 1/5 motor kuvvet var. Hipoestezisi var. 2 li antibiyotik 4 tedavisi alıyor.

08-10-2007 bilinci açık, koopere oryante, pupiller izokorik, dir/udir: ++/+++, kranyal sinirler intakt, hasta sumv modda trakeostomiden mekanik ventilatöre bağlı parenteral beslenmesine devam edilmekte, ensure 10cc/h devam edilmekte, aralıklı olarak ağızdan su verilmekte, duyu-algı koordinasyon muayenesi yapıldı, yara pansumanları yapıldı

20/11/2007 bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, paraplejik dir/udir ++/+++, trakeostomiden ventilatöre bağlı, spontan solunumu yok, jevity plus 50cc/h alıyor. Dopamin inf. alıyor.

28/11/2007 bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, paraplejik, dir/udir ++/++ dekübit, pansumanları yapıldı. Santral kateteri değiştirildi. Kan ve kateter kültürü gönderildi. Dopamin inf. ile TA stabil seyretmekte, antibiyotikleri enf. Hast. tarafından kesildi. Enteral beslenmeye devam edilmekte jevity plus 50cc/h

04/12/2007 bilinç açık, koopere, oryante, pupiller izokorik, paraplejik dir/udir ++/++ dekübit, pansumanları yapıldı. Dopamin inf. ile TA stabil seyretmekte hastaya enteral beslenme jevity plus 10cc/*h devam ediyor. Antibiyotiksiz takibine devam edilmekte.

13/01/2008 bilinç açık, trakeostomiden, ventilatöre bağlı, hastanın dopamin inf devam etmekte. Ağızdan su ve meruve suyu ve sıvı gıdalar verilmekte.

23/01/2008 bilinç açık trakeostomiden ventilatöre bağlı, dopamin inf devam etmekte. Nutrizyon komitesi tarafından peg takılması planlandı

25/02/2008 bilinç açık, koopere, oryante, tetraplejik. Spontan solunumu mevcut, trakeostomiden mekanik ventilatöre bağlı. Kan gazı değerleri normal sınırlarda, mevcut medikal tedavisine devam edilmekte.

Sonraki tarihlerdeki takiplerinde; göğüs hastalıkları konsültasyonunda çekilen PA AC grafisinde sol akciğerde havalanma azlığı tespit edilip tedavisinin başlandığı, dahiliye konsültasyonunda vücutta yaygın ödem ve hipoksi saptandığı, batin USG ve kan tetkikleri önerildiği, ES, human alb + dopamin tedavisinin düzenlendiği,

Servikal dislokasyon nedeniyle opere edilen postoperatif yoğun bakım ünitesinde izlenmekte olan hastada 06/08/2008, saat 00:15'de kardiyopulmoner arrest gelişti. 45 (kırkbeş) dakika yapılan kardiyopulmoner resüstasyona yanıt alınmadı. Hasta 06/08/2008 saat 01:00 itibari ile exitus kabul edilmiştir" şeklinde kayıtlı olduğu,

2-Maremar Tıp Merkezi'nin 18/06/2007 tarihli Servikal Spinal MR raporunda; "Servikal spinal MR tetkikinde; Atlanto axtel eklem ve dens axis seviyesinde belirgin

düzensizlik (Posttramatik fraktür? Posto dejeneratif hastalıklara bağlı?), bu seviyede spinal kanal çapında belirgin daralma ve tekal saka ve korda belirgin bası, kord santralinde myelopati ile uyumlu intensite artışı, servikal lordozda düzleşme" şeklinde kayıtlı olduğu,

3-Adli Tıp Kurumu Ankara Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesi'nin 27/11/2008 tarih, 9971 protokol nolu Otopsi Raporunda;

"175 cm boyunda, 18-19 yaşlarında, tahminen 85-90 kg ağırlığında, kahverengi saçlı, buğday tenli, kadın cesedinde, ölü katılığının başlayıp devam ettiği ve ölü lekelerinin sırtta ve belde vücudun bası görmeyen yerlerinde meydana geldiği görüldü.

Saçlı deri oksipital bölge orta hattan başlayıp enseye doğru uzanan 8 cm uzunluğunda sedefi renkte eskitye ait operasyon izi;, sol diz kapağı arkasında 5x3 cm ebadında, batın sol üst kadranda 3x2 ebadında,sağ uyluk üst dış yanda 4 cm Uzunluğunda, sağ bacak dış yanda 2 adet 0,5 ye 1 cm uzunluklarında sedefi renkte tiyleşmiş yara nedbeleri; sakrumda 4x2 cm ebadında dekubit yarası saptandı.

Boyun önde orta hatta 1,5 cm uzunlukta yatay seyirli trakeostomi takılmasına bağlı müdahale izi, sağ klavikula üzerinde, her iki dirsekte ve inguinal bölgede tıbbi müdahaleye bağlı enjeksiyon izleri, göğüs ön yüzde defibrilatör uygulanmasına bağlı müdahale izleri tespit edildi.

Tüm vücudun muayenesinde; herhangi bir şüpheli darp cebir asarına, ateşli silah veya kesici delici alet yarasına, boyunda telem veya boğma izine rasılmadı.

BAŞ AÇILDI: *Saçlı deri kaldırıldı. Saçlı deri altı ve her iki temporal adale grubunda kanama ve ekimoz görülmüdü. Kafa kubbe kemikleri sağlam olup, kafatası açıldı. Epidural, subdural ve subaraknoidal kanama görülmüdü. Beyin-beyincik çıkarıldı, 1083 gr tartıldı. Yüzevi ödemli görünümünde olup, kesitlerinde makroskopik patolojik özellik saptanmadı.Kafa kaide kemiklerinde kırık görülmüdü.*

BOYUN GÖĞÜS AÇILDI: *Boyun ve göğüs dertsii kaldırıldı. Boyun ciltaltı ve yüzevel adale gruplarında kanama ve ekimoz görülmüdü. Hyoid kemik, tiroid kartilaj ve boyun omurları sağlam bulundu. Trakea ve özefagus lümenlerinin boş olduğu tespit edildi.*

Harici muayenede ense orta hatta tarif edilen operasyon izi altına uyan bölgede ciltaltı ve yumuşak dokularda kanama ve ekimoz görülmüdü.C2 vertebra processus'u spinosus delinerek buradan geçirilip bağlanmış tel ile C1-C2 vertebraın birbirleri ile bağlanmış olduğu telin yerinde olup stabilizasyonun sağlanmış bulunduğu. C1-C2-C3 vertebralar inceleme yapılmak üzere çıkarılarak bu bölgeden omurilik için örnek alındı.

Göğüs ciltaltı ve İnterkostal adale gruplarında kanama ve ekimoz görülmüdü. Kostalar sağlam olup, sternal kapak kaldırıldı. Göğüs boşluklarından sağda 300 cc, solda 1000 cc seröz mayili boşaltıldı. Akciğerler elle ayrılabilir düzeyde göğüs duvarına yapışık bulundu. Her iki akciğer çıkarıldı. Sağ akciğer 670 gr, sol akciğer 460 gr tartıldı. Yüzevleri yaygın noktaevi kanamalı olup, kesitlerinden bol köpüklü ödem mayii geldiği görüldü.Kalp dışarı alındı, 315 gr tartıldı. Triküspit kapak çevresi: 10 cm, sağ ventrikül duvar kalınlığı:0,3 cm, pulmoner kapak çevresi:7 cm, mitral kapak çevresi:8 cm, sol ventrikül duvar kalınlığı:2 cm, Aort kapak çevresi:5cm, ölçüldü.Koronar damarlar açık bulundu. Yapılan myokart kesitlerinde makroskopik patolojik özellik görülmüdü.

BATIN AÇILDI: *Batın derisi kaldırıldı. Batın ciltaltı, yüzevel adale grubu ve peritonda kanama ve ekimoz görülmüdü. Batın boşluğundan 2500 cc seröz mayili boşaltıldı. Karaciğer*

çıkarıldı, 2540 gr tartıldı.Yüzeyi sarı yağlı görünümde olup, kesitlerinde, makroskopik patolojik özellik görülmedi. Mide dışarı alındı, açıldı, boş olduğu görüldü.Her iki böbrek çıkarıldı.Sağ böbrek 140 gr, sol böbrek 140 gr tartıldı.Yüzey ve kesitlerinde makroskopik patolojik özellik görülmedi.Dalak çıkarıldı, 755 gr tartıldı. Yüzey ve kesitlerinde makroskopik patolojik özellik görülmedi

Sakral bölgede orta hatta 3x3 cm ebadında dekubit yarası görüldü.

Otopsi sırasında cesetten alkol, uyutucu-uyuşturucu aranmak üzere kan, uyutucu-uyuşturucu aranmak üzere mesane yıkama suyu,sistemik toksikolojik analiz için iç organ parçaları ve içeriği ile birlikte mide alınarak kimya ihtisas dairesine gönderildi.

Otopsi sırasında cesetten Beyin, akciğer, böbrek, karaciğer, kalp, dalak, medulla spinalis ve cilt-ciltaltı parçaları alınarak histopatolojik tetkik yapılmak üzere histopatoloji laboratuvarına gönderildi.

Kimya İhtisas Dairesi'nin 12.09.2008 tarih ve 9971/1830/1653 sayılı raporunda;

-İç organ parçalarında sistemattteki maddelerin bulunmadığı,

-Mide multeviyatında sistemattteki maddelerin bulunmadığı,

-Kanda,

a-Alkol (Etil ve Metil alkol) bulunmadığı,

b-Sistemattteki uyutucu-uyuşturucu maddelerin bulunmadığı,

Mesane yıkama suyunda yapılan sistemik uyutucu-uyuşturucu analizi sonucunda sistemattteki uyutucu-uyuşturucu maddelerin bulunmadığı,

Morg İhtisas Dairesi Histopatoloji Tetkik Şubesinin 06.10.2008 tarih ve patoloji no: 2008/602 sayılı histopatoloji inceleme raporunda;

Mikroskopik Bulgular;

Beyin, dalak ve kalp kesitlerinde konjesyon, karaciğerde otoliz bulguları ve konjesyon izlenmiştir. Böbrekte konjesyon ve interstisyumda bir kaç alanda mononükleer inflamasyon gözlenmiştir. Şakrak böl geden gönderilen cilt-cilt altı kesitlerinde epidermiste kayıp, bu alanda yüzeyde nekrotik materyal daha derinde granülasyon dokusu ye fibrozis, subkutan yağ dokuda hemosiderin yüklü makrofağlar, yer yer, seyrek mononükleer hücreler ve nötrofiller saptanmıştır. Akciğer kesitlerinde parankimde yama tarzında dağılım gösteren alveol ve bronş-bronşiol lümenlerinde nötrofil lökosit infiltrasyonu, bazı alveol lümenlerinde hemosiderin yüklü makrofağlar, plevrada ekstravazal eritrositler tespit edilmiştir. Operasyon bölgesinden gönderilen medulla spinalis kesitlerinde parankimde vasküler proliferasyon, histiyositler ve gliozis alanları, durada fibrozis dikkatli çekmiştir. Özellikle perit vasküler sahalarında iğsi görünümde yer yer nodüler alanlar oluşturan hücre proliferasyonları, arada histiyositler izlenmiştir. Bu alanın distalinde vakuoler dejenerasyon gözlenmiştir.

Histopatolojik Tanı;

Medulla Spinalis:Paramkimde vasküler proliferasyon, histiyositler, gliozis. İgşi hücre proliferasyonları, fokal dejenerasyon alanları, durada fibrozis

NOT: Bulgular kronik hasar şekli ve tamir bulguları ile uyumlu niteliktedir. Parankimde gözlenen İgşi hücreler schwannian veya glial kökenli olabilir. Bu hücreleri spesifikite etmek için immünohistokimyasal inceleme gerekmektedir. Ancak bu hücrelerin hasara sekonder gelişen proliferasyonları olduğu düşünülmektedir.

AKCİĞER: Brönkopnömoni, plevrada küçük taze kanama odakları

BÖBREK: Interstisyumda kronik hücre infiltrasyonu odakları

CİLT-CİLT ALTI (Sakral bölge): Ülser, panniküllü olduğu,

Sonuç olarak;

Kişinin ölüm sebebi hakkında tarafımızca bir kanaate varılmadığından kesin ölüm sebebi ve kişinin ölümü ile uygulanan tedavi arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı hususunda düzenlenen otopsi raporu, hasta müşahade dosyası ve adli tahkikat evrakının birlikte Adli Tıp Kurumu Başkanlığı (İstanbul) ilgili İhtisas Kuruluna gönderilerek oradan görüş alınması uygun olacağını, Kişiyi alt kan ve mesane yıkama suyunda uyutucu-uyuşturucu maddelerin bulunmadığı, iç organ parçaları ve mide muhteviyatında aranan gruplara ait toksik(zehirli) maddelerin bulunmadığı, kanda alkol bulunmadığını bildirir rapordur" şeklinde kayıtlıdır.

4-Dosyadaki film ve grafipler Kurulumuzca incelendi.

SONUÇ:

10/07/2007 tarihinde Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesine ve Atlanto Aksiyel Dislokasyon tanısı ile yatırıldığı, 25/09/2007 tarihinde opere edildiği, postoperatif tetrapleji, traksostomili olarak takip ve tedavi devam ederken 06/08/2008 tarihinde öldüğü bildirilen 1990 doğumlu S. F. hakkında düzenlenmiş adli ve tıbbi belgelerde bulunan veriler birlikte değerlendirildiğinde;

1-Otopsi ve tıbbi belgelere göre kişinin ölümünün Atlanto Aksiyel Dislokasyon, Servikal Omurilik hasarı ve buna bağlı tetrapleji, yatalak kalma ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu,

2-Kişinin C1-C2 omurlığı bası yapan dislokasyonu, lordoz artışı, C1-C2 hizasında omurilikte myelopatik sinyal bulunduğundan, geliş nörolojik muayenesinde; omurilik zedelenmesi belirtileri mevcut olup, bu tür hastalarda ameliyat sırasında nörolojik kötüleşme beklenilebileceği tibben bilinmekte olup, yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu oy birliğiyle mütalaa olunur."

24. Mahkeme 13/7/2011 tarihli kararı ile davayı reddetmiştir. Gerekçenin ilgili kısmı şöyledir:

"İdarenin yürütmekle görevli 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 İdarenin tazmin yükümlülüğünün doğmasına yol açmaktadır.

İdare Hukukunun ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarına göre, zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın, idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararının tazmini, ancak idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabilecektir.

...

Dava konusu olayda; Mahkememizin dosya üzerinde bilirkişi incelemesi yaptırılmasına ilişkin 27.01.2011 tarihli ara kararı uyarınca, davacıların yakını S.F.nin ölüm olayında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atfı kabul hizmet kusuru bulunup bulunmadığı ve kusur var ise kusur oranının belirlenmesi için dosyanın Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'na gönderilmesi üzerine, 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından 13.04.2011 tarihinde düzenlenen ve 30.05.2011 tarihinde Mahkememiz kayıtlarına giren bilirkişi raporunda özetle: "otopsi ve tıbbi belgelere göre kişinin ölümünün Atlanto Aksiyon Dislokasyon, Servikal Omurilik hasarı ve buna bağlı tetrapleji, yatalak kalma ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği, kişinin C1-C2 omur iliğe bası yapan dislokasyonu, lordoz artışı, C1-C2 hizasında omurilikte myelopatik sinyal bulunduğundan, geliş nörolojik muayenesinde, omurilik zedelenmesi belirtileri mevcut olup, bu tür hastalarda ameliyat sırasında nörolojik kötüleşme beklenilebileceği tıbben bilmekte olup, yapılan işlemlerin tıbbi kurallara uygun olduğu" yönünde görüş belirtildiği görülmekte olup, anılan rapora yapılan itiraz yerinde görülmemiştir.

Dava dosyasında var olan bilgi ve belgeler ile verilecek karara esas alınabilecek nitelikte bulunan bilirkişi raporunun birlikte değerlendirilmesinden S.F.nin ölüm olayında, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan operasyonlar arasında illiyet bağı var ise de, olayın Atlanto Aksiyon Dislokasyon, Servikal Omurilik hasarı ve buna bağlı tetrapleji, yatalak kalma ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği yönündeki 1. Adli Tıp İhtisas Kurulu raporu karşısında; hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın, idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir olup, bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden kaymaklanan zararının tazmini, ancak idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabilecektir.

Bu durumda, davacıların yakını olan S.F. nin ölüm olayının Atlanto Aksiyon Dislokasyon, Servikal Omurilik hasarı ve buna bağlı tetrapleji, yatalak kalma ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği sonuç ve kanaatine varıldığından, olayda idareyi maddi ve manevi tazminat ödemekle yükümlü kalacak herhangi bir ağır hizmet kusuru bulunmamaktadır.

Açıklanan nedenlerle, davanın reddine,... "

25. Başvurucular kararı temyiz etmiştir. Danıştay Onbeşinci Dairesi temyiz incelemesi sürecinde idareden ameliyata ilişkin onay formlarının örneğini talep etmiştir. Daire temyiz istemini 29/5/2017 tarihli kararla reddetmiştir.

26. Karar düzeltilme istemi de aynı Daire tarafından 22/2/2018 tarihinde reddedilmiştir.

27. Başvurucular karar düzeltme talebinin reddine dair hükmü 17/4/2018 tarihinde tebellüğ etmelerinin ardından 16/5/2018 tarihinde bireysel başvuruda bulunmuştur.

IV. İLGİLİ HUKUK

28. Konu hakkında ilgili hukuk için bkz. *Saadet Ergün ve diğerleri*, B. No: 2013/4194, 14/10/2015, §§ 24-30; *Ali Abidin Saruhanoğlu ve diğerleri*, B. No: 2014/15478, 6/12/2017, §§ 39-42.

V. İNCELEME VE GEREKÇE

29. Mahkemenin 18/5/2021 tarihinde yapmış olduğu toplantıda başvuru incelenip gereği düşünüldü:

A. Yaşam Hakkının İhlal Edildiğine İlişkin İddia

1. Başvurucuların İddiaları

30. Başvurucular; öz olarak sağlık hizmetinin sunumunda sağlık görevlileri tarafından gereken özenin gösterilmemesi nedeniyle ölüm olayının meydana geldiğini, ameliyat öncesi sağlıklı olan S.F.nin genç yaşında solunum yetmezliğinden öldüğünü, ölüm sebebinin açıklıkla tespit edilmediğini, muhakkak yapılması şart olmayan bir ameliyat için gereken onayın alınmadığını belirterek yaşam hakkının ihlal edildiğini ileri sürmüştür.

2. Değerlendirme

31. Anayasa'nın "*Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı*" kenar başlıklı 17. maddesinin birinci fıkrasının ilgili kısmı şöyledir:

"Herkes, yaşama ... hakkına sahiptir."

32. Anayasa'nın "*Devletin temel amaç ve görevleri*" kenar başlıklı 5. maddesinin ilgili kısmı şöyledir:

"Devletin temel amaç ve görevleri, ...Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır."

a. Kabul Edilebilirlik Yönünden

33. Yaşam hakkının doğal niteliği gereği, yaşamını kaybeden kişi açısından bu hakka yönelik bir başvuru ancak yaşanan ölüm olayı nedeniyle ölen kişinin mağdur olan yakınları tarafından yapılabilecektir (*Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, B. No: 2012/752, 17/9/2013, § 41). Başvurucular, başvuruya konu olan süreçte hayatını kaybeden S.F.nin yakınlarıdır. Bu nedenle başvuruda başvuru ehliyeti açısından bir eksiklik bulunmamaktadır.

34. Başvuru formu ile eklerinin incelenmesi sonucunda açıkça dayanaktan yoksun olmadığı ve kabul edilemezliğine karar verilmesini gerektirecek başka bir neden de bulunmadığı anlaşılan başvurunun kabul edilebilir olduğuna karar verilmesi gerekir.

b. Esas Yöntünden

1. Genel İlkeler

35. Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan yaşam hakkı, Anayasa'nın 5. maddesiyle birlikte değerlendirildiğinde devlete pozitif ve negatif ödevler yükler (*Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, § 50).

36. Devletin negatif bir yükümlülük olarak yetki alanında bulunan hiçbir bireyin yaşamına kasıtlı ve hukuka aykırı olarak son vermeme yükümlülüğünün yanı sıra pozitif bir yükümlülük olarak yine yetki alanında bulunan tüm bireylerin yaşam hakkını gerek kamusal makamların gerek diğer bireylerin gerekse kişinin kendisinin eylemlerinden kaynaklanabilecek risklere karşı koruma yükümlülüğü bulunmaktadır (*Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, §§ 50, 51).

37. Söz konusu pozitif yükümlülük, sağlık alanında yürütülen faaliyetleri de kapsamaktadır. Devlet -ister kamu isterse özel sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilsin- sağlık hizmetlerini hastaların yaşamlarının korunmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınabilmesini sağlayacak şekilde düzenlemek zorundadır (*Nail Artuç*, B. No: 2013/2839, 3/4/2014, § 35).

38. Anayasa Mahkemesinin yaşam hakkı kapsamında devletin sahip olduğu pozitif yükümlülükler açısından benimsediği temel yaklaşıma göre devletin sorumluluğunu gerektirebilecek şartlar altında gerçekleşen ölüm olaylarında Anayasa'nın 17. maddesi devlete, elindeki tüm imkânları kullanarak bu konuda ortaya konulmuş yasal ve idari çerçevenin yaşamı tehlikede olan kişileri korumak için gereği gibi uygulanmasını ve bu hakka yönelik ihlallerin durdurulup cezalandırılmasını sağlayacak etkili idari ve yargısal tedbirleri alma görevi yüklemektedir. Bu yükümlülük -kamusal olsun veya olmasın- yaşam hakkının tehlikeye girebileceği her türlü faaliyeti kapsamaktadır (*Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, § 52).

39. Ancak ihmal nedeniyle meydana gelen ölüm olaylarına ilişkin soruşturma yükümlülüğü açısından farklı bir yaklaşım benimsenebilir. Bu kapsamda yaşam hakkının ihlaline kasten sebebiyet verilmediği durumlarda *etkili bir yargısal sistem kurma* yönündeki pozitif yükümlülük mağdurlara hukuki, idari ve hatta disiplinle ilgili hukuk yollarının açık olması ile yerine getirilmiş sayılabilir (*Serpil Kerimoğlu ve diğerleri*, § 59).

40. Bu yaklaşım tıbbi hata sonucu meydana geldiği ileri sürülen ölüm olayları için de geçerlidir. Diğer taraftan bu şekildeki bir kabul, bu tür olaylarda yürütülen ceza soruşturmalarının Anayasa Mahkemesi tarafından değerlendirilmeyeceği anlamına da gelmemektedir. Ancak ilke olarak tıbbi hatalara ilişkin şikâyetler konusunda temel başvuru yolu, hukuki sorumluluğu tespit adına takip edilecek olan hukuk veya idari tazminat davası yoludur (*Zeki Kartal*, B. No: 2013/2803, 21/1/2016, § 78; *Nail Artuç*, § 38).

41. Mağdurların kendi inisiyatifleri ile başvurabilecekleri tazminat yollarının sadece hukukten mevcut bulunması yeterli olmayıp bu yolların uygulanmada da etkili olması gerekir. Bir başvuru yolunun ancak hak ihlalini önleyebilmesi, devam etmekteyse sonlandırabilmesi veya sona ermiş bir hak ihlalini karara bağlayabilmesi, bunun için uygun bir giderim sunabilmesi hâlinde etkililiğinden söz etmek mümkün olabilir (*Tahir Canan*, B. No: 2012/969, 18/9/2013, § 26; *Filiz Aka*, B. No: 2013/8365, 10/6/2015, § 39).

42. Yaşam hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma hakkı kapsamında yürütülecek olan ceza soruşturmalarının yanı sıra hukuki sorumluluğu ortaya koymak adına adli ve idari yargıda açılacak tazminat davalarının da makul derecede ivedilik ve özen şartını yerine getirmesi gerekmektedir. Derece mahkemelerinin bu tür olaylara ilişkin yürüttükleri yargılamalarda, Anayasa'nın 17. maddesinin gerektirdiği seviyede derinlik ve özenle bir inceleme yapıp yapmadıklarının ya da ne ölçüde yaptıklarının da Anayasa Mahkemesi tarafından değerlendirilmesi gerekir. Zira derece mahkemeleri tarafından bu konuda gösterilecek hassasiyet, yürürlükteki yargı sisteminin daha sonra ortaya çıkabilecek benzer yaşam hakkı ihlallerinin önlenmesinde sahip olduğu önemli rolün zarar görmesine engel olacaktır (*Cemil Danışman*, B. No: 2013/6319, 16/7/2014, § 110; *Filiz Aka*, § 33).

43. Bununla birlikte derece mahkemelerinin özen yükümlülüğü, yaşam hakkı ile ilgili her davada mutlaka mağdurlar lehine bir sonuca varılmasını garanti altına almamaktadır (*Aysun Okumuş ve Aytelkin Okumuş*, B. No: 2013/4086, 20/4/2016, § 73).

fl. İlkelerin Somut Olaya Uygulanması

44. Başvurucular, yaşam hakkının kasten ihlal edildiğini ileri sürmemiş olup ölüm olayının sağlık personelinin hatalı tıbbi uygulamalarından kaynaklandığını ve olayda hizmet kusuru bulunduğunu iddia etmektedir. Yukarıda belirtilen ilkeler doğrultusunda başvurucular tarafından açılan tam yargı davası, ilgili personelin veya idarenin sorumluluğunun tespit edilerek gerekirse başvurucuların zararlarının tazminini sağlayıp mağduriyetini giderebilecek niteliktedir. Dolayısıyla yaşam hakkı kapsamındaki *etkili yargısal sistem kurma* yükümlülüğü, başvuruculara idare mahkemeleri önünde açabileceği bir tam yargı davası yolunun sağlanması ile yerine getirilebilir.

45. Her ne kadar delilleri değerlendirmek ve hukuk kurallarını yorumlamak kural olarak derece mahkemelerinin yetkisinde olsa da yaşam hakkının ihlal edildiği şikâyetinin bulunduğu davalarda derece mahkemelerinin Anayasa'nın 17. maddesinin gerektirdiği özendeki bir inceleme yapıp yapmadıklarının ya da ne ölçüde yaptıklarının Anayasa Mahkemesi tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

46. Başvuru dosyasında bulunan tıbbi bilgi ve belgelerden hareketle bilirkişilerin vardığı sonuçların doğruluğu hakkında fikir yürütmenin Anayasa Mahkemesinin görevi olmadığı bu aşamada önemle vurgulanması gerekmektedir (*Mehmet Çolakoğlu*, B. No: 2014/15355, 21/2/2018).

47. Bu belirlemeler sonrasında yargısal süreçte yaşam hakkının gerektirdiği özendeki bir inceleme yapıp yapılmadığının tespit edilmesi gerekmektedir.

48. Mahkeme S.F.nin tedavi sürecinde idarenin hizmet kusuru bulunup bulunmadığının, kusur var ise oranının saptanabilmesi amacıyla Adli Tıp Kurumundan rapor talep etmiştir. Adli Tıp Kurumu tarafından sunulan raporda; tedavi sürecini gerçekleştiren Hastaneye ait epikriz raporu, otopsi raporu, Kahramanmaraş'ta bulunan bir sağlık kurumunun S.F. hakkında düzenlediği rapor aktarılarak/değerlendirilerek ölümün omurilik hasarı ve buna bağlı tetrapleji, yatalak kalma ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği, S.F.nin nörolojik muayenesinde omurilik zedelenmesi belirtilerinin mevcut olduğu, bu tür hastalarda ameliyat sırasında nörolojik kötüleşme beklenebileceğinin tıbben bilindiği, yapılan işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu ifade edilmiştir. Mahkeme, Adli Tıp Kurumundan alınan raporu esas almak suretiyle davanın reddine hükmetmiştir (bkz. §§ 23, 24).

49. Somut süreçte başvuru sahiplerinin ileri sürdüğü ameliyat öncesi izin alınması hususu her ne kadar derece mahkemesi tarafından karar metnine işlenerek gerekçeye konulmuş ise de temyiz aşamasında Danıştay Onbeşinci Dairesi tarafından imzalı belgelerin idareden temin edilerek inceleme sürecine dâhil edilmesinin akabinde kararın onandığı anlaşılmaktadır.

50. Diğer taraftan ret hükmüne esas olan bilirkişi raporunda S.F.nin tedavi, ameliyat ve vefat süreciyle ilgili olarak tıbbi belgelerin aktarımı ile detaylı bir anlatımda bulunduğu, S.F.nin ameliyat öncesi travmaya/düşmeye bağlı rahatsızlığının varlığı, S.F. için yapılan operasyonun riskli ameliyat türlerinden olduğu ve hastanede yapılan uygulamanın tıp kurallarına uygun olduğu hususlarında tespitler yapılarak nihai kanaate ulaşıldığı görülmektedir.

51. Bir bütün olarak yargılama sürecine bakıldığında S.F.nin rahatsızlanmasının sebebi, tedavi süreci, ameliyata ilişkin izin, ameliyat edilmesi ve vefat etmesi silsilesine ilişkin olarak ilgili tedavi sürecinin nitelenmesi, bilirkişi raporu alınması, ilgili belgelerin temini suretiyle değerlendirme yapıldığı görüldüğünden incelemenin Anayasa'nın 17. maddesinin gerektirdiği seviyede derinlik ve özenle yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

52. Açıklanan gerekçelerle Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan yaşam hakkının ihlal edilmediğine karar verilmesi gerekir.

B. Makul Sürede Yargılanma Hakkının İhlal Edildiğine İlişkin İddia

1. Başvurucuların İddiaları

53. Başvurucular, açtıkları tam yargı davasının makul sürede sonuçlandırılmadığını ileri sürmüştür.

2. Değerlendirme

54. 9/1/2013 tarihli ve 6384 sayılı Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine Yapılmış Bazı Başvuruların Tazminat Ödenmek Suretiyle Çözümüne Dair Kanun'a eklenen geçici 2. maddeye göre Anayasa Mahkemesine yapılan ve münhasıran bu maddenin yürürlüğe girdiği 31/7/2018 tarihi itibarıyla Anayasa Mahkemesinde derdest olan yargılamaların makul sürede sonuçlandırılmadığı iddiasıyla ilgili bireysel başvuruların Adalet Bakanlığı İnsan Hakları Tazminat Komisyonu (Tazminat Komisyonu) tarafından incelenerek karara bağlanması öngörülmüştür. Anayasa Mahkemesi *Ferat Yüksel* (B. No: 2014/13828, 12/9/2018, §§ 27-36) kararında Tazminat Komisyonuna başvuru imkânının getirilmesine ilişkin yolu ulaşılabilir olma, başarı şansı sunma ve yeterli giderim sağlama kapasitesinin bulunup bulunmadığı yönünden inceleyerek Tazminat Komisyonuna başvuru yolu tüketilmeden yapılan başvurunun incelenmesinin bireysel başvurunun ikincil niteliği ile bağdaşmayacağı sonucuna varmış; başvuru yollarının tüketilmemiş olması nedeniyle başvurunun kabul edilemezliğine karar vermiştir.

55. Mevcut başvuruda da söz konusu karardan ayrılmayı gerektiren bir durum bulunmamaktadır.

56. Açıklanan gerekçelerle başvurunun bu kısmının diğer kabul edilebilirlik şartları yönünden incelenmeksizin *başvuru yollarının tüketilmemesi* nedeniyle kabul edilemez olduğuna karar verilmesi gerekir.

VL HÜKÜM

Açıklanan gerekçelerle;

A. 1. Yaşam hakkının ihlal edildiğine ilişkin iddianın KABUL EDİLEBİLİR OLDUĞUNA,

2. Makul sürede yargılanma hakkının ihlal edildiğine ilişkin iddianın *başvuru yollarının tüketilmemesi* nedeniyle KABUL EDİLEMEZ OLDUĞUNA,

B. Anayasa'nın 17. maddesinde güvence altına alınan yaşam hakkının İHLAL EDİLMEDİĞİNE,

C. Yargılama giderlerinin başvurucular üzerinde BIRAKILMASINA,

D. Kararın bir örneğinin Adalet Bakanlığına GÖNDERİLMESİNE 18/5/2021 tarihinde OYBİRLİĞİYLE karar verildi.

Başkan
Kadir ÖZKAYA

Üye
Engin YILDIRIM

Üye
M.Emin KUZ

Üye
Yıldız SEFERİNOĞLU

Üye
Basri BAĞCI