



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## **Nederlandse toestanden? Medische aansprakelijkheid en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst**

Stolker, C.J.J.M.

### **Citation**

Stolker, C. J. J. M. (1996). Nederlandse toestanden? Medische aansprakelijkheid en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/1308>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/1308>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

## Nederlandse toestanden?

Medische aansprakelijkheid en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst \*

mr C.J.J.M. Stolker \*\*

Op 1 april 1995, na bijna tien jaar werken en denken, trad de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in werking. Deze wet geeft dwingendrechtelijke regels voor alle soorten van geneeskundige hulpverlening, dus niet alleen voor de hulpverlening tussen arts en patiënt. Het doel is de rechtspositie van de patiënt te versterken door het scheppen van een algemene civielrechtelijke regeling waarin de rechten en plichten van hulpverlener (gemakshalve: de arts) en patiënt worden vastgelegd. Weliswaar kan men in de praktijk ook met het 'gemene' burgerlijk recht ver komen, maar toch niet overal. Bovendien is er wat voor te zeggen om de rechtspositie van arts en patiënt systematisch in een wettelijke regeling vast te leggen. Dat geeft duidelijkheid aan de werkers in de gezondheidszorg en aan de patiënten. Of dat gelukt is, is nog maar de vraag. Sommige artsen beschuldigen de wetgever al van het maken van symboolwetgeving. Ik kom daarop in het slot van dit artikel terug.

### 1. De WGBO in vogelvlucht

De nieuwe wet is in Boek 7 van ons Burgerlijk Wetboek terecht gekomen, als afdeling 5 van titel 5. In vogelvlucht geef ik een overzicht van de inhoud<sup>1</sup>). De geneeskundige behandelingsovereenkomst is een bijzondere overeenkomst. In de wet worden met name tal van gewichtige patiëntenrechten vastgelegd. Zo dient de arts zijn patiënt zorgvuldig te informeren over tal van aspecten van het onderzoek of de behandeling (men denke aan mogelijke alternatieve behandelingen en aan de risico's van een behandeling, art. 7:448 BW), en dient de patiënt vooraf toestemming te geven (art. 7:450 BW; het geheel van beide rechten heet 'informed consent'). Relevante informatie mag aan de patiënt alleen worden onthouden in het heel bijzondere geval dat het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren (art. 7:448 BW lid 3; men spreekt wel van de 'therapeutische exceptie'), of wanneer de patiënt te kennen heeft gegeven geen informatie te willen ontvangen (art. 7:449 BW). In art. 7:447 BW worden minderjarigen van 16 en 17 jaar handelingsbekwaam verklaard tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst en in de artikelen 7:450 en 7:462 BW worden speciale regels

gegeven voor minderjarige patienten en voor patienten die niet in staat zijn tot een redelijke waardering van hun belangen. In art. 7:454 en in art. 7:455 BW treft men regels aan met betrekking tot het dossier en onder art. 7:456 vindt men de principieel erg belangrijke bepaling dat de arts aan de patiënt, desgevraagd, zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van het medisch dossier verstrekt. Hier geldt geen 'therapeutische exceptie' zoals in het zojuist genoemde informatie-artikel.

In art. 7:457 BW vindt men het beroepsgeheim, een zorgvuldigheidsverplichting van de arts die men overigens in meer

wetten tegenkomt. Een uitzondering op deze verplichting is gegeven in art. 7:458 BW: onder bepaalde voorwaarden kunnen zonder toestemming toch inlichtingen over de patiënt worden verstrekt, indien die inlichtingen worden gebruikt ten behoeve van statistisch of ander wetenschappelijk onderzoek. Enigszins verwant is art. 7:467 BW dat bepaalt dat van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen kunnen worden gebruikt voor medisch statistisch of ander medisch wetenschappelijk onderzoek voor zover de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is, geen bezwaar heeft gemaakt tegen zodanig onderzoek en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht.

Van groot praktisch belang lijkt art. 7:459 BW, dat bepaalt dat de arts verrichtingen in het kader van de behandelingsovereenkomst uitvoert buiten de waarneming van anderen dan de patiënt, tenzij de patiënt

\* Dit artikel werd op verzoek van de redactie geschreven. Graag bedank ik mijn collega mr M.H. Wissink voor zijn nuttige commentaar op het concept. <sup>1</sup> Zie voor heldere besprekingen van de nieuwe regeling C.C.M. Nadorp-van der Borg, TvG 1991, blz. 198 e.v. en (meer up-to-date) het artikel van I. Jansen, AA 1995, blz. 264 e.v., voorts de bundel De WGBO: van tekst naar toepassing, J. Legemaate (red.), Bohn Stafleu Van Loghum 1995.

### Mededeling van de redactie Verkeersrecht

Mw mr S.M.A.J. den Ouden-Huijgen, sinds 1983 redactiesecretaris van Verkeersrecht, heeft in verband met haar drukke werkzaamheden binnen de ANWB besloten deze functie te beëindigen.

De redactie spreekt hierbij haar dank en waardering uit voor de prettige samenwerking met haar gedurende de afgelopen dertien jaar.

Als opvolger van mevrouw Den Ouden heeft de directie van de ANWB, op voorstel van de redactie, benoemd mr M.L.M. Renckens, chef van de afdeling Rechtshulp binnenland van de ANWB. De heer Renckens verleent reeds geruime tijd zijn medewerking aan het blad met artikelen, commentaren en tekeningen.

Met ingang van 1 januari 1996 is aan de redactie van Verkeersrecht toegevoegd prof. mr C.C. van Dam, hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Het ligt in de bedoeling dat professor Van Dam per 1 januari 1997 de heer Van Wasenaer van Catwijck zal opvolgen als hoofdredacteur van Verkeersrecht. De redactie heet de heer Van Dam ook langs deze weg van harte welkom.

\* Afdeling burgerlijk recht RU Leiden; rechter-plv. Rb. Haarlem en raadshoof-plv. gerechtshof 's-Hertogenbosch.

ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen. Zeker in veel opleidingsziekenhuizen gold feitelijk een omgekeerde regel.

## 2. Weinig 'aansprakelijkheid' in de WGBO

Ondertussen is het wel opmerkelijk hoe weinig de medische aansprakelijkheid in de nieuwe wet en de daarbij behorende toelichting aan de orde komt. En wát er dan nog over aansprakelijkheid wordt gezegd, beperkt zich vooral tot de zogenaamde centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis (art. 7:462 BW; hierna onder nr 3). Enigszins diepgravende beschouwingen over de vaststelling van de inhoud van de medische norm (art. 7:453 BW), over de relatie met het medisch tuchtrecht, over het gevaar van 'Amerikaanse toestanden', over het spookbeeld van 'defensive medicine', over aansprakelijkheid van de arts als hij onvoldoende informatie verstrekt, over de problematiek van het causale verband, over resultaten en inspanningsverbintenissen, over het belangrijke onderwerp van de bewijslastverdeling, over aansprakelijkheid bij waarneming, over aansprakelijkheid voor hulpzaken, over de relatie met produktaansprakelijkheid en met de consumentenkoop, over de vraag waarom exonerationen zonder meer worden verboden, over de mogelijkheid van een patiëntenletselverzekering, komt men eigenlijk niet tegen. Wie de stapel parlementaire stukken doorneemt, ziet zo hier en daar wel eens iets staan, maar veel meer dan 'iets' is het toch niet. Ik wil niet beweren dat elk van deze onderwerpen tot een afzonderlijke bepaling had moeten leiden; maar mij valt het tegen dat, naar het schijnt zo achteloos, aan de eigen-aardigheden van de aansprakelijkheid in medische zaken wordt voorbijgegaan.

Met alle waardering en oprecht respect voor de gezondheidsrechtelijke collegae, moet men misschien wel vaststellen dat de WGBO een afspiegeling is van wat in Nederland het merendeel van de gezondheidsrecht-juristen bezighoudt, en dat is in elk geval niet de medische aansprakelijkheid. En wie dan naar links en rechts kijkt, naar het Verenigd Koninkrijk en naar Duitsland (om nog maar te zwijgen van Amerika), bekruipet het gevoel dat we een kans laten liggen. We hebben (hadden?) in Nederland een voorsprong waar het gaat om de problematiek van de medische aansprakelijkheid (weinig claims, geen extreem hoge vergoedingen, geen echte problemen rond 'defensive medicine', geen verziekte verhoudingen tussen bijvoorbeeld artsen en juristen), maar die voorsprong lijkt niet te worden uitgebuit.

Nu kan men zeggen dat, afgezien van de

centrale aansprakelijkheid van art. 7:462 BW, op het punt van de aansprakelijkheid nu eenmaal het gemene recht (de rest van het BW) van toepassing is. Daar zit veel in; maar als men dan tóch een aparte wettelijke regeling formuleert, ligt het voor de hand die gelegenheid te gebruiken om de specifieke aspecten van de medische aansprakelijkheid te doordenken. Uit een omvangrijk Europees onderzoek 'The Future of European Health Care' blijkt weliswaar dat onder de factoren die de komende vijf jaren zullen bijdragen aan de stijgende kosten van de gezondheidszorg de factor 'medische aansprakelijkheid' naar verhouding nog laag scoort<sup>2)</sup>, anderzijds staat 'medische aansprakelijkheid' betrekkelijk hoog onder de zaken waarmee ziekenhuizen de komende vijf jaren zullen worden geconfronteerd<sup>3)</sup>. Als er iets is dat de relatie tussen hulpverlener en patiënt raakt, dan is dat wel de aansprakelijkheid voor medische fouten.

Twee bepalingen uit de WGBO zijn niettemin van rechtstreeks belang. Het eerste is art. 7:462 BW, dat van de 'centrale aansprakelijkheid'. In de praktijk bleek het soms lastig om binnen de complexe ziekenhuisorganisatie diegene te vinden die een fout heeft gemaakt. Het ziekenhuis zelf aanspreken was niet altijd mogelijk, met name als er geen contractuele band was tussen het ziekenhuis en het slachtoffer. Art. 7:462 BW nu bepaalt dat als er géén overeenkomst bestaat, het ziekenhuis niettemin rechtstreeks medeaansprakelijk kan worden gesteld en gehouden; zeg maar een 'intramurale aansprakelijkheid'. Het gaat er daarbij niet om de aansprakelijkheidsmogelijkheden uit te breiden; het gaat erom haar gemakkelijker te maken (zie hierna nr 3).

Een andere bepaling met betrekking tot de aansprakelijkheid vindt men in art. 7:463 BW. Dat artikel geeft een volledig exonerationeverbod: de aansprakelijkheid van arts of ziekenhuis kan niet worden uitgesloten en zelfs niet worden beperkt (hierna nr 10).

Kan men aan de ene kant zeggen dat de WGBO maar weinig verandering, of zo men wil verbetering, brengt als het gaat om het onderwerp van de medische aansprakelijkheid, aan de andere kant zien we de laatste tijd het aantal medische aansprakelijkheidszaken sterk toenemen. Mijn indruk is dat het ontstaansproces van de WGBO daar wel een rol in heeft gespeeld. Een voorbeeld. Vóór de WGBO kenden we geen wettelijke regeling van 'informed consent'. Toch geldt het beginsel dat de patiënt geïnformeerd moet worden voordat hij voor een behandeling toestemming kan geven, al heel lang. Ook de arts die vóór 1 april 1995 zijn patiënt niet voldoende informeerde, kon daarvoor aansprakelijk worden gehouden. Geen inhou-

delijk verschil met de thans geldende WGBO dus. Maar het is wél mijn sterke indruk dat, nu de informed consent-regel met zoveel woorden op papier staat, artsen en patiënten (met hun advocaten) zich de mogelijkheden zijn gaan realiseren en die zijn gaan uitbuiten. Op de kwestie van informatiefouten kom ik in nr 8 terug. Eerst iets over een echte nieuwigheid: de centrale aansprakelijkheid.

## 3. Centrale aansprakelijkheid: niet ruimer, wel gemakkelijker

Staat eenmaal vast dat bij een medische behandeling de arts (ik spreek, zoals gezegd, over arts, maar hetzelfde geldt voor al die andere werkers in de gezondheidszorg) beneden de maat is gebleven, dan is hij in beginsel aansprakelijk voor de schade die uit zijn fout voortvloeit. In beginsel, want soms kan de arts aan aansprakelijkheid ontkomen. Zo kan hij zich in bijzondere gevallen op 'overmacht' beroepen, kan hij proberen aan te tonen dat niet zijn fout tot de schade heeft geleid (causaal verband ontbreekt), of kan hij op *eigen schuld* van het slachtoffer wijzen.

Eén ding kan niet meer. Waar artsen en andere beroepsbeoefenaren in een instelling samenwerken, kan de patiënt bij zijn pogingen om zijn schade te verhalen gemakkelijk in een doolhof terechtkomen. Er is iemand in het ziekenhuis die een fout heeft gemaakt, maar de patiënt weet niet wie. Het gaat er in zo'n geval om in rechte de juiste persoon op de juiste grondslag aan te spreken. Dat is niet altijd gemakkelijk, vooral niet als de arts op een andere basis dan in dienstverband in een ziekenhuis werkt (bijvoorbeeld op *arts-out*-basis, op basis van een zogenaamd toelatingscontract). In dat geval, zo heeft de wetgever thans gewild, kan de patiënt ermee volstaan het ziekenhuis tot schadevergoeding aan te spreken. Men spreekt over 'de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis' (art. 7:462 BW)<sup>4)</sup>. Dat artikel bepaalt dat indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, het ziekenhuis voor een tekortkoming medeaansprakelijk is als ware het zelf bij de overeenkomst partij.

Het artikel vestigt eigenlijk een intramurale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling van de wetgever geweest tot een *ruimere* aansprakelijkheid te komen. Bedoeld is slechts te voorzien in een centraal adres voor de patiënt die zijn schade wil verhalen. Niet ruimer dus, maar wel gemakkelijker. Ik verwacht dat de centrale aansprakelijkheid goede diensten kan bewijzen bij

communicatiefouten tussen verschillende hulpverleners en bij informatiegebreken. Juist in dat soort gevallen is het lastig om aan te geven *wie* precies tekort is geschoten, terwijl niettemin vaststaat dat toch *iemand* binnen het ziekenhuis in gebreke is geweest.

Ik geef hier wel een kort overzicht van de mogelijkheden die de patient ten dienste staan. In geval van een medische fout <sup>5)</sup> begaan in een ziekenhuis, is *het ziekenhuis* zelf aansprakelijk: art. 6:74 BW als er een overeenkomst is met het ziekenhuis, en op grond van het nieuwe art. 7:462 BW of eventueel rechtstreeks op grond van art. 6:162 BW als zo'n overeenkomst ontbreekt. Bovendien kan het ziekenhuis ook langs een indirecte weg aansprakelijk zijn voor beroepsbeoefenaren in dienstverband: op grond van art. 6:76 BW als er een overeenkomst is, en op grond van art. 6:170 e.v. BW als die overeenkomst ontbreekt.

Als de patiënt weet wie de fout heeft begaan, kan hij ook de desbetreffende *arts* tot schadevergoeding aanspreken: art. 6:74 BW in geval er een overeenkomst was, en art. 6:162 BW als een overeenkomst ontbrak. Dat geldt ook voor fouten van diegenen die de hulpverlener bij zijn taak hielpen: art. 6:76 BW als er een overeenkomst met de hulpverlener was, en art. 6:170 e.v. BW als die overeenkomst er niet was.

#### 4. Behandelfouten

De norm van het medisch handelen staat in art. 7:453 BW: 'de zorg van een goed hulpverlener'. In de rechtspraak pleegt men te spreken over 'een redelijk handelend en redelijk bekwaam geneesheer', 'verpleegkundige', enz. De rechter toetst uitdrukkelijk niet beperkt, maar vol <sup>6)</sup>. Wel zal de rechter bij die toetsing van de norm van 7:453 BW regels en normen die op het gebied van de hulpverlening in de gezondheidszorg gelden (allerlei vormen van beroepscodes), gebruiken als bouwstenen voor zijn oordeel. De wetgever verwijst in dit verband naar bijvoorbeeld gedragsregels van de KNMG. Voorts zal de rechter acht slaan op normen die zijn ontleend aan de wetenschap op het desbetreffende gebied, zoals geformuleerd in de adviezen van de Gezondheidsraad <sup>7)</sup>. Met vergete verder niet de gedragsnormen die de WGBO zélf aan de beroepsuitoefening stelt! Denk bijvoorbeeld aan het gebod van geheimhouding (7:457 BW): schending van die norm leidt – uitzonderingen daargelaten – rechtstreeks tot aansprakelijkheid voor mogelijke schade.

De toelichting op art. 7:453 BW is summier. In de praktijk van de medische aan-

sprakelijkheid is het niettemin het kernartikel. In een eerdere publikatie heb ik er op aangedrongen dat artsen en hun beroepsgroepen (en dat geldt zeker ook voor verpleegkundigen) het voortouw nemen als het om kwaliteitsnormen gaat <sup>8)</sup>. Aan beroepscode en aan protocollen valt daarbij niet te ontkomen. Een goed voorbeeld is de nota 'Sterilisatie' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Het bestuur van die vereniging heeft het initiatief genomen om de leden te adviseren over de veiligheid en onveiligheid van de verschillende methoden van steriliseren. Tegelijkertijd is duidelijk dat het medisch handelen niet mag stollen in codes en protocollen. Er moet vanzelfsprekend voldoende flexibiliteit blijven. Bovendien, en de Gezondheidsraad wijst daarop, zijn er voor sommige aandoeningen meer dan één diagnostische route en meer dan één therapie beschikbaar. Variatie, aldus de Raad, 'hoeft dus niet in alle gevallen te betekenen dat het medisch handelen te wensen overlaat' <sup>9)</sup>.

#### 5. Handvatten voor de rechter

Mijn indruk is dat juist de vraag of er al dan niet onzorgvuldig is gehandeld in een procedure de moeilijkste is. Toch is het natuurlijk niet zo dat het antwoord op die vraag een slag in de lucht is. De rechter – of bij een schikking: partijen – heeft een aantal handvatten. In nr 4 noemde ik er al een: de regels die de beroepsgroepen zichzelf stellen. Vier belangrijke gezichtspunten zijn voorts te vinden in het Kelderluik-arrest <sup>10)</sup>:

- de mate van waarschijnlijkheid waarmee de niet-inachtneming van de vereiste oplettendheid en voorzichtigheid kan worden verwacht;
- de hoegrootheid van de kans dat daaruit ongevallen ontstaan;
- de ernst die die gevolgen kunnen hebben;
- de mate van bezwaarlijkheid van de te nemen veiligheidsmaatregelen.

Met name dat laatste gezichtspunt maakt duidelijk dat in het aansprakelijkheidsrecht niet geldt de regel dat alle schade die *vermijdbaar* was ook tot aansprakelijkheid leidt. Dat blijkt ook uit het arrest van het jonge prikpatiëntje dat flauwviel: haar omvallen was door extra opvang te voorkomen geweest, maar onzorgvuldig was het niet <sup>11)</sup>. Het zullen juist dit soort zaken zijn die door rechters heel lastig zijn te beslechten: hoe weegt de rechter de kans op schade en de ernst enerzijds en de mate van bezwaarlijkheid van te nemen voorzorgsmaatregelen? Dat lijkt toch een vraag die bij voorkeur dient te worden beantwoord door partijen in de gezondheidszorg. Men realiseer zich dat de norm waaraan de arts moet voldoen geen absolute en geen volstrekt 'persoonlijke' is, maar dat ze in de loop van de tijd wordt

gevormd en verandert in samenspraak met vakgenoten en overheid, met de zorgverzekeraars en de ziekenfondsen, met paramedici en verpleegkundigen. In die samenspraak klinken niet alleen medische argumenten, maar klinkt ook het geramnel (of beter: het geknisper) van geld: hoeveel is de samenleving bereid om voor haar gezondheidszorg uit te geven <sup>12)</sup>? Ook zó komt een norm van redelijk handelen tot stand.

Een ander gezichtspunt is het bestaan van veiligheidsvoorschriften. Als dit type normen worden overtreden, dan is daarmee – zo blijkt onder meer uit Lekkende kruik III <sup>13)</sup> – aansprakelijkheid in beginsel gegeven. Tenzij er klemmende redenen bestonden om van het voorschrift af te wijken; te bewijzen door de laedens. Een recent arrest (niet over medische aansprakelijkheid) is dat inzake het geval van de jonge turnster Astrid Veenhoven <sup>14)</sup>. Tijdens een turntraining was Astrid bij een risicovolle oefening, die zij overigens goed beheerste, uit de ringen gevallen en ernstig gewond geraakt. De training stond onder leiding van een turnleidster die met 'de ringen' weinig ervaring had, die de oefening in drie groepjes liet uitvoeren en die bij Astrid als helper/vanger een geofende turner had geplaatst, die echter de betreffende oefening nooit zelf had uitgevoerd. Het Hof Leeuwarden hield de leidster en de vereniging aansprakelijk: het ging om een risicovolle oefening, de leidster was onervaren met de ringen, de matten lagen waarschijnlijk niet goed en, omdat er op het moment van de val van

2 Zie voor een overzicht het artikel *Europese gezondheidszorg voorzichtig naar gereguleerde concurrentie, Het Ziekenhuis 1993, blz 599*. Vele andere factoren worden belangrijker geacht, zoals de vergrijzing, de technologische ontwikkelingen, de toenemende complexiteit van de medische zorg, de salariskosten enzovoort, zie het geciteerde artikel

3 *Het Ziekenhuis 1993, blz 605* in volgorde van belangrijkheid komt de medische aansprakelijkheid na het aantrekken en behouden van vakkundige specialisten, het verbeteren van de dienstverlening aan patienten, een betere informatievoorziening over handelingen, kosten en resultaten, het zorgen dat onder de verschillende ziekenhuizen een gelijkwaardige kwaliteit bestaat, de communicatie met eerstelijnsvoorzieningen, zie nader het geciteerde artikel

4 Zie nader M A Goslings, *Medische aansprakelijkheid een stand van zaken*, TvG 1995, blz 199 e v

5 Ik spreek gemakshalve even van het delictuele 'fout'

6 Zie HR 9 november 1990, NJ 1991, 26 (Speeckaert/Gradener)

7 *Memorie van Toelichting, nr 3, blz 33* Zie uitvoering en verhelderend het preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 'Goed recht' van J Legemaate, 1994, blz 25 e v Zie ook mijn bijdrage *De relatie tussen artsen en juristen*, Medisch Contact 1994, blz 1361 e.v., alsook in de bundel *Complicaties in obstetrie en gynaecologie* (Heineman red.), Medicom 1994, blz 111 e v

8 C J J M Stolker, *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, december 1993, blz 14

9 *Medisch handelen op een tweesprong*, 1991, blz 36

10 HR 5 november 1965, NJ 1966, 136

11 HR 6 november 1981, NJ 1982, 567

12 *Zie mijn Van arts naar advocaat, Kluwer/BSH 1989, blz 90* Zie voor een recente bijdrage over dit onderwerp H D C Roscam Abbing, *Aansprakelijkheidstelling en defensieve geneeskunde*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1995, blz 215 e v

13 HR 1 oktober 1993, NJ 1995, 182 (CJHB), VR 1994, 73

14 HR 6 oktober 1995, RvdW 1995, 203, VR 1996, 5

Astrid andere groepjes in de zaal bezig waren, ontbrak de vereiste 'hoge mate van concentratie'. Dat oordeel bleef bij de Hoge Raad in stand. Ik citeer een overweging uit het arrest van de Raad, omdat ze mede van belang is voor het onderwerp van de *medische aansprakelijkheid*. De Hoge Raad overweegt:

"De klacht dat het Hof aldus een te strenge maatstaf aanlegt, is tevergeefs voorgesteld. Klaarblijkelijk en met juistheid is het Hof ervan uitgegaan dat, nu bij de activiteiten waarvan hier sprake is, een val met het risico van zeer ernstig letsel op zichzelf niet altijd is te vermijden, het trefpen van bijzondere maatregelen ter voorkoming of beperking van de gevolgen geboden is. Dat die maatregelen wellicht niet in alle gevallen voldoende zijn om de gevolgen te voorkomen of aanzienlijk te beperken doet hieraan niet af". Deze overweging maakt duidelijk hoezeer het van belang is dat de schade voortvloeit uit de schending van een veiligheidsnorm. Daarmee wordt de dader het verweer uit handen geslagen dat bepaalde risico's zich mogelijk ook hadden verwezenlijkt als wél de nodige extra voorzorgsmaatregelen waren genomen.

Juist ook voor de geneeskunde met haar niet te vermijden inzet van onervarenen (zij die in opleiding zijn), is deze regel van belang. Het arrest maakt bovendien nog eens heel duidelijk hoezeer op de onervaren arts of verpleegkundige een eigen verantwoordelijkheid rust. In de zaak van Astrid had de turnleidster aan haar bestuur laten weten dat zij van het onderdeel 'ringen' weinig afwist; maar het bestuur had haar toch de mat op gestuurd: ringen hoort erbij. Men kan enig begrip hebben voor de lastige positie van de turnleidster, maar het hof hield haar toch aansprakelijk. Dit – juiste – oordeel benadrukt die eigen verantwoordelijkheid ook van al die werkers in de gezondheidszorg. Het verweer dat iemand in de hiërarchie opdracht had gegeven tot de gewraakte handeling, gaat niet op; hoezeer men ook begrip kan hebben voor de moeilijke situatie waarin iemand zich kan bevinden, bijvoorbeeld een verpleegkundige in relatie tot een arts.

## 6. Causaliteit

Dicht tegen het hier kort geciteerde arrest van de Hoge Raad inzake Astrid Veenhoven ligt de kwestie van het causaal verband. Een enkel woord daar nog over. In ons land geldt als uitgangspunt de regel dat eiser het causaal verband tussen de normschending en de schade aannemelijk moet maken. Toch ziet men in toenemende mate dat het hier om niet meer dan een uitgangspunt gaat. In (toen nog) West-Duitsland kent men al geruime tijd

de regel dat als de arts 'grob sorgfaltwidrig' heeft gehandeld en het op zichzelf denkbaar is dat deze grove fout de schade heeft veroorzaakt, de bewijslast terzake van het causaal verband verschuift van patiënt naar arts<sup>15</sup>). Een vergelijkbare regel lijkt te volgen uit een tweetal arresten van de Hoge Raad waarbij het ging om verkeersaansprakelijkheid. In het ene geval had de dader veel te hard<sup>16</sup>), in het tweede dronken gereden<sup>17</sup>). Ofschoon niet geheel vaststond dat het te harde rijden respectievelijk het dronken rijden het ongeval had veroorzaakt, oordeelde de Hoge Raad toch dat met deze gedraging het causaal verband in beginsel gegeven is. Zij het, dat het de dader vrijstaat om 'te stellen ... en zo nodig te bewijzen dat het ongeval ook zou hebben plaatsgevonden als hij niet onrechtmatig zou hebben gehandeld'<sup>18</sup>).

Het komt mij voor dat deze verschuiving van de bewijslast ook kan plaatsvinden als in een medische zaak komt vast te staan dat de arts in verhoogde mate onzorgvuldig heeft gehandeld (zie de Duitse rechtspraak); en wellicht kan daaraan worden toegevoegd het geval dat vaststaat dat de arts een veiligheidsnorm heeft geschonden. In beide situaties zou, behoudens tegenbewijs van de arts<sup>19</sup>), het causaal verband in beginsel gegeven zijn.

Als dat alles inderdaad zo is, dan heeft de schending van een veiligheidsnorm drie belangrijke gevolgen:

- a. schending levert in beginsel onrechtmatigheid op;
- b. schending levert in beginsel causaal verband op;
- c. schending levert in beginsel een ruime toerekening van schade op. Want als een veiligheidsnorm is overtreden, zo oordeelde nog onlangs de Hoge Raad, dan wordt ook letsel dat buiten de normale lijn der verwachtingen ligt aan de overtreder toegerekend. In dat geval was een patiënt na een narcose uit zijn bed gevallen, waarbij hij de pech had aan een oog blind te raken<sup>20</sup>).

## 7. Bewijslast in medische zaken

In het voorafgaande nummer is al het een en ander over bewijslastverdeling gezegd. Daarom kort nog enkele opmerkingen<sup>21</sup>). In de toelichting op de WGBO is, als gezegd, aan het bewijs in medische aansprakelijkheidszaken weinig aandacht besteed<sup>22</sup>). Gulden regel blijft, dat wie stelt moet bewijzen. De bewijslast van een medische fout ligt daarom in beginsel bij de patiënt. De Hoge Raad heeft dat een aantal malen uitgemaakt<sup>23</sup>) en hierin loopt Nederland gelijk op met andere landen. Van een omkering van de bewijslast *als*

*regel* wil het college niet weten, maar dat wil niet zeggen dat zo'n omkering nooit mogelijk is. Want de uitspraken van de Hoge Raad laten onverlet dat er in een concreet geval alle redenen kan zijn om de bewijslast uiteindelijk bij de hulpverlener te leggen. Sowieso wordt van de arts verlangd dat hij voldoende feitelijke gegevens verstrekt ter motivering van zijn betwisting van de stellingen van de patiënt ten einde deze aanknopingspunten voor eventuele bewijslastlevering te verschaffen. Doet hij dat niet of bevat het medisch dossier lacunes of onduidelijkheden, dan kan dat gevolgen hebben voor de bewijslastverdeling. Art. 177 Rv biedt daartoe voldoende ruimte<sup>24</sup>).

Het ligt daarbij voor de hand dat het medisch dossier (en hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld het verpleegkundig dossier) steeds meer juridische betekenis gaat krijgen<sup>25</sup>). Wel wil ik wijzen op de ontwikkeling naar een elektronisch dossier. Ik heb begrepen dat sommige instellingen de overstap al maken. Bij dit type van registratie zal het wel heel eenvoudig zijn om achteraf 'verbeteringen' in het dossier aan te brengen. Dat zal mogelijk zijn weerslag hebben op de bewijsrechtelijke betekenis van het dossier.

## 8. Aansprakelijkheid voor onvoldoende informatie

Onlangs moest de Rechtbank Arnhem oordelen in een zaak van een mislukte sterilisatie<sup>26</sup>). Een vrouw vorderde van haar gynaecoloog op twee gronden schadevergoeding: omdat de arts een sterilisatie-ingreep onzorgvuldig had uitgevoerd, én omdat de arts haar onvoldoende had geïnformeerd over de kans dat de ingreep zou kunnen mislukken anders dan door een onjuiste uitvoering.

We zijn geneigd om bij medische aansprakelijkheid vooral te denken aan behandelingsfouten en aan diagnosefouten; maar even interessant zijn de 'informatiefouten'. Op grond van art. 7:448 BW is de hulpverlener gehouden zijn patiënt te informeren over de te verwachten gevolgen van de behandeling en de risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt. Nu was de stelling van de vrouw in de Arnhemse zaak, dat als de arts haar had gewezen op de kans dat de sterilisatie kon mislukken, zelfs al zou hij de operatie goed hebben uitgevoerd (de zogenaamde 'spontane rekanalisatie'), zij de sterilisatie-ingreep niet zou hebben ondergaan. Dan zou ook de schade niet zijn ontstaan. Het is in dit soort zaken het woord van de een tegenover dat van de ander. Nare zaken dus! Veelal komt het er op neer dat wie de bewijslast krijgt opgelegd, de zaak ook verliest.

De vrouw in kwestie stelde niet te zijn geïnformeerd over de kans dat sterilisatie-ingrepen kunnen mislukken. Op zichzelf lijkt het geen twijfel dat in het geval van een sterilisatie de vrouw moet worden gewezen op de kleine kans van een rekanalisatie. Zij kan dan kiezen voor een andere of een aanvullende voorbehoedmethode. Bovendien moet zij ook om een andere reden alert zijn: na een sterilisatie is er een significant grotere kans op een buitenaardmoederlijke zwangerschap en dat kan dodelijk zijn als de dokter er te laat bij is.

De arts beweerde bij hoog en bij laag dat hij de vrouw had ingelicht en dus rees de vraag wie moet bewijzen. Ook nu geldt de hoofdregel van art. 177 Rv dat 'wie stelt moet bewijzen' en ook hier is er de mogelijkheid van een verschuiving op grond van redelijkheid en billijkheid. Nu wordt het interessant, want wat overweegt de Rechtbank Arnhem:

"De rechtbank acht het *gelet op de aard van de relatie tussen arts en patiënte* redelijk de arts te belasten met het bewijs dat hij voldoende en zorgvuldige informatie heeft verstrekt aan patiënte over de kans dat de voorgenomen sterilisatie-ingreep – anders dan door een onjuiste uitvoering van die ingreep – zou kunnen mislukken" <sup>27)</sup>.

De arts krijgt de bewijslast opgedragen, maar het meest frappeert mij dat deze bewijslastverdeling kennelijk mede voortvloeit uit de aard van de relatie tussen arts en patiënt. In zoverre gaat het in deze uitspraak om een gemakkelijk te veralgemeniseren en dus principiële uitspraak: de bijzondere aard van de relatie arts-patiënt brengt een verschuiving van de bewijslast mee. De arts probeerde van alles, maar het eind van het liedje was dat de rechtbank hem niet geslaagd vond in zijn bewijs en dat de vrouw haar smartegeld kreeg. De dokter had het zichzelf wel moeilijk gemaakt door aan de vrouw weliswaar een folder mee te geven, maar dan een waarin niet werd gesproken van een kans op mislukken. Aan dat euvel gaan althans gingen) heel veel folders mank <sup>28)</sup>.

In een andere 'mislukte sterilisatie'-zaak liep het voor de dokter veel beter af. In dat geval was de rechtbank (Den Haag) niet eens geïnteresseerd in bewijslevering. In de eerste plaats omdat er tussen het verneende niet-informeren door de dokter en de schade geen causaal verband zou zijn; kennelijk meende de rechtbank dat de vrouw zich ook had laten steriliseren. Als zij wel was geïnformeerd over de kleine kans van mislukken. En voorts omdat de vrouw volgens de rechtbank beter had moeten weten <sup>29)</sup>:

De rechtbank verwerpt het betoog van A (de vrouw) dat X (de dokter) door zijn ver-

zuim haar de mogelijkheid heeft ontnomen tot het bepalen van een gedragslijn tegenover het restrisico. Voor zover er al vanuit gegaan zou moeten worden dat dit restrisico in 1983 (kort na de sterilisatie; CS) nog niet algemeen bekend was, dan gold dit toch zeker voor de jaren daarna. Landelijk werd en wordt er (onder meer door publikaties in allerhande damesbladen (oef! CS)) met een zekere regelmaat op gewezen dat er een (overigens zeer) geringe kans op mislukking van een dergelijke sterilisatie-ingreep bestaat. A stelt nu wel dat zij daarvan niet op de hoogte was, doch de rechtbank acht deze stelling ongeloofwaardig. A komt uit de stukken naar voren als een normale, algemeen ontwikkelde vrouw, die scholing heeft genoten. (...)"

Het is een uitspraak die haaks staat op die van de Rechtbank Arnhem. De rechtbank heeft zich mogelijk laten inspireren door eenzelfde uitspraak van de Rechtbank Leeuwarden uit 1984 <sup>30)</sup>. Als waar is dat vrouwen als A beter hadden kunnen weten (en ik geloof daar niets van), dan is er in feite ook niet een echte noodzaak tot informeren op dit punt. En dat terwijl nu juist de gynaecologen onderling in hun eerder aangehaalde Sterilisatienota sterk aandringen op vermelding van de kans op mislukken <sup>31)</sup>.

De Rechtbank Arnhem vond het redelijk om de arts te belasten met de bewijslast. Mocht hij daarin niet slagen, dan is de arts – aldus de rechtbank – aansprakelijk. Als gezegd is het een opmerkelijke uitspraak. Ze verdraagt zich dan ook nauwelijks met de hoofdregel van het bewijsrecht, dat wie stelt in beginsel moet bewijzen. Deze regel geldt ook voor informed consent-zaken, zo blijkt uit een uitspraak van de Hoge Raad uit 1994 <sup>32)</sup>. Dat geschil kwam neer op de vraag of de arts zijn patiënte na een baarmoederextirpatie al dan niet had verteld dat zij zich gedurende een aantal weken moest onthouden van seksueel contact. De Hoge Raad verwijst met zoveel woorden naar zijn arrest uit 1987 (zie nr 7).

Het arrest van 1994 pakte uiteindelijk toch in het voordeel van de vrouw uit: de arts had niet aan zijn stelplicht voldaan hetgeen moest leiden tot een verschuiving van de bewijslast van de patiënt naar de arts. Toch had ook hier de arts niet niets gedaan. Hij had aangevoerd dat uit de patiëntenadministratie bleek dat hij zijn patiënte vóór haar ontslag uit het ziekenhuis had gesproken, en dat hij haar toen adequaat had geadviseerd. Dat laatste had de arts toegelicht met de opmerking dat hij een dergelijk advies aan elke patiënte die een uterus-extirpatie had ondergaan, gaf en dat dit nooit vergeten werd. Maar dat alles kon kennelijk ook de Hoge Raad niet

overtuigen, want het arrest van het Hof bleef – overigens tegen het advies in van A-G Asser – in stand.

Al in een eerder artikel heb ik mij de vraag gesteld, wat er nog voor de arts aan mogelijkheden overblijft <sup>33)</sup>. Veel zijn het er eigenlijk niet, niet voor de arts, maar ook niet voor de patiënt. Hoe zou de patiënt het bijna negatieve feit moeten bewijzen dat hij niet is ingelicht? En hoe zou de arts het tegendeel moeten bewijzen? Van de gesprekken tussen arts en patiënt worden doorgaans geen verslagen gemaakt; heel betrouwbare getuigen zullen er doorgaans niet zijn en aantekeningen in het dossier zullen veelal heel kortaf zijn, terwijl ze bovendien vrij gemakkelijk in een later stadium zijn aan te vullen. Zeker bij standaard-ingrepen zoals de sterilisatie, zou het feit dat de aangesproken specialist heldere folders heeft liggen die hij ook pleegt uit te reiken, voldoende moeten zijn. Het zou verontrustend zijn als ook het verweer niet meer mocht baten dat de arts standaard informatiefolders uitreikt <sup>34)</sup>.

In kringen van artsen klinkt meer en meer het geluid dat iedere patiënt dan maar een 'informed consent-formulier' moet ondertekenen <sup>35)</sup>. Ik wil daar twee dingen over zeggen. In de eerste plaats zal ook

15 Zie nader mijn *Aansprakelijkheid van de arts*, diss Leiden 1988, blz 130/1

16 HR 16 november 1990, NJ 1991, 55, VR 1991, 50

17 HR 21 oktober 1994, NJ 1995, 95, VR 1994, 117

18 Het arrest van 1990

19 Zou vaststaan dat de schade sowieso zou zijn ingetreden, dus ook als alle nodige zorg zou zijn betracht, ontloopt gedaagde aansprakelijkheid. Zie bijvoorbeeld de Engelse zaak *Barnett v Chelsea and Kensington Hospital Management Committee*, (1968) 2 WLR 422, vermeld in mijn dissertatie *Aansprakelijkheid van de arts*, 1988, blz 121/2

20 HR 13 januari 1995, RvdW 1995, 31 (val in uitslaapkamer), VR 1995, 96

21 Zie uitvoeriger *Goslings*, a w blz 205

22 De *Memorie van Antwoord*, nr 6, blz 69, volstaat met een korte weergave van het belangrijke Hoge Raad-arrest van 20 november 1987, NJ 1988, 500

23 HR 20 november 1987, NJ 1988, 500, HR 18 februari 1994, NJ 1994, 368, VR 1994, 150

24 W D H Asser, *Stelplicht en bewijslastverdeling en medische aansprakelijkheid in het Nederlandse recht*, TvG 1991, blz 62 e v

25 Zie nader J Legemaate, *De arts en het medisch dossier*, *Medisch Contact* 1994, blz 177 e v

26 Rb Arnhem 4 juni 1992, TvG 1993, blz 169 e v, vervolg Rb Arnhem 19 januari 1995, TvG 1995, blz 443 en in *Nemesis* 1995/2 nr 468

27 *Mijn cursivering*, namen van partijen zijn weggelaten

28 Zie het onderzoek dat ik deed naar de inhoud van de folders op dit punt, diss 1988 a w, blz 60 e v

29 Het vonnis is op dit punt niet duidelijk het punt van het causale verband en de eigen wetenschap van de vrouw lopen nogal wonderlijk door elkaar heen. Zie *Nemesis* 1995/2, blz 5 e v voor de uitspraken en een commentaar

30 Rb Leeuwarden 1 maart 1984, NJ 1986, 334. Ik heb mij tegen deze uitspraak eerder verzet, diss a w 1988, blz 59/60

31 Nota, blz 16

32 HR 18 februari 1994, NJ 1994, 368, VR 1994, 150

33 *Nemesis* 1995, blz 10

34 Voorzichtig is ook *Goslings*, a w blz 207

35 In bijvoorbeeld Duitsland is die ontwikkeling heel sterk geweest, en niet zonder succes, zie C M Nardorp-van der Borg, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995, blz 8

De vrouw in kwestie stelde niet te zijn geïnformeerd over de kans dat sterilisatie-ingrepen kunnen mislukken. Op zichzelf lijkt het geen twijfel dat in het geval van een sterilisatie de vrouw moet worden gewezen op de kleine kans van een rekanalisatie. Zij kan dan kiezen voor een andere of een aanvullende voorbehoedmethode. Bovendien moet zij ook om een andere reden alert zijn: na een sterilisatie is er een significant grotere kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap en dat kan dodelijk zijn als de dokter er te laat bij is.

De arts beweerde bij hoog en bij laag dat hij de vrouw had ingelicht en dus rees de vraag wie moet bewijzen. Ook nu geldt de hoofdregel van art. 177 Rv dat 'wie stelt moet bewijzen' en ook hier is er de mogelijkheid van een verschuiving op grond van redelijkheid en billijkheid. Nu wordt het interessant, want wat overweegt de Rechtbank Arnhem:

"De rechtbank acht het *gelet op de aard van de relatie tussen arts en patiënte* redelijk de arts te belasten met het bewijs dat hij voldoende en zorgvuldige informatie heeft verstrekt aan patiënte over de kans dat de voorgenomen sterilisatie-ingreep – anders dan door een onjuiste uitvoering van die ingreep – zou kunnen mislukken" <sup>27)</sup>.

De arts krijgt de bewijslast opgedragen, maar het meest frappeert mij dat deze bewijslastverdeling kennelijk mede voortvloeit uit de aard van de relatie tussen arts en patiënt. In zoverre gaat het in deze uitspraak om een gemakkelijk te veralgemeniseren en dus principiële uitspraak: de bijzondere aard van de relatie arts-patiënt brengt een verschuiving van de bewijslast mee. De arts probeerde van alles, maar het eind van het liedje was dat de rechtbank hem niet geslaagd vond in zijn bewijs en dat de vrouw haar smartegeld kreeg. De dokter had het zichzelf wel moeilijk gemaakt door aan de vrouw weliswaar een folder mee te geven, maar dan een waarin niet werd gesproken van een kans op mislukken. Aan dat euvel gaan (althans gingen) heel veel folders mank <sup>28)</sup>.

In een andere 'mislukte sterilisatie'-zaak liep het voor de dokter veel beter af. In dat geval was de rechtbank (Den Haag) niet eens geïnteresseerd in bewijslevering. In de eerste plaats omdat er tussen het vermeende niet-informeren door de dokter en de schade geen causaal verband zou zijn; kennelijk meende de rechtbank dat de vrouw zich ook had laten steriliseren als zij *wel* was geïnformeerd over de kleine kans van mislukken. En voorts omdat mevrouw volgens de rechtbank beter had moeten weten <sup>29)</sup>:

"De rechtbank verwerpt het betoog van A (de vrouw) dat X (de dokter) door zijn ver-

zuim haar de mogelijkheid heeft ontlenen tot het bepalen van een gedragslijn tegenover het restrisiko. Voor zover er al vanuit gegaan zou moeten worden dat dit restrisiko in 1983 (kort na de sterilisatie; CS) nog niet algemeen bekend was, dan gold dit toch zeker voor de jaren daarna. Landelijk werd en wordt er (onder meer door publikaties in allerhande damesbladen (oefl CS)) met een zekere regelmaat op gewezen dat er een (overigens zeer) geringe kans op mislukking van een dergelijke sterilisatie-ingreep bestaat. A stelt nu wel dat zij daarvan niet op de hoogte was, doch de rechtbank acht deze stelling ongeloofwaardig. A komt uit de stukken naar voren als een normale, algemeen ontwikkelde vrouw, die scholing heeft genoten. (...)".

Het is een uitspraak die haaks staat op die van de Rechtbank Arnhem. De rechtbank heeft zich mogelijk laten inspireren door eenzelfde uitspraak van de Rechtbank Leeuwarden uit 1984 <sup>30)</sup>. Als waar is dat vrouwen als A beter hadden kunnen weten (en ik geloof daar niets van), dan is er in feite ook niet een echte noodzaak tot informeren op dit punt. En dat terwijl nu juist de gynaecologen onderling in hun eerder aangehaalde Sterilisatienota sterk aandringen op vermelding van de kans op mislukken <sup>31)</sup>.

De Rechtbank Arnhem vond het redelijk om de arts te belasten met de bewijslast. Mocht hij daarin niet slagen, dan is de arts – aldus de rechtbank – aansprakelijk. Als gezegd is het een opmerkelijke uitspraak. Ze verdraagt zich dan ook nauwelijks met de hoofdregel van het bewijsrecht, dat wie stelt in beginsel moet bewijzen. Deze regel geldt ook voor informed consent-zaken, zo blijkt uit een uitspraak van de Hoge Raad uit 1994 <sup>32)</sup>. Dat geschil kwam neer op de vraag of de arts zijn patiënte na een baarmoederextirpatie al dan niet had verteld dat zij zich gedurende een aantal weken moest onthouden van seksueel contact. De Hoge Raad verwijst met zoveel woorden naar zijn arrest uit 1987 (zie nr 7).

Het arrest van 1994 pakte uiteindelijk toch in het voordeel van de vrouw uit: de arts had niet aan zijn stelplicht voldaan hetgeen moest leiden tot een verschuiving van de bewijslast van de patiënt naar de arts. Toch had ook hier de arts niet niets gedaan. Hij had aangevoerd dat uit de patiëntenadministratie bleek dat hij zijn patiënte vóór haar ontslag uit het ziekenhuis had gesproken, en dat hij haar toen adequaat had geadviseerd. Dat laatste had de arts toegelicht met de opmerking dat hij een dergelijk advies aan elke patiënte die een uterus-extirpatie had ondergaan, gaf en dat dit nooit vergeten werd. Maar dat alles kon kennelijk ook de Hoge Raad niet

overtuigen, want het arrest van het hof bleef – overigens tegen het advies in van A-G Asser – in stand.

Al in een eerder artikel heb ik mij de vraag gesteld, wat er nog voor de arts aan mogelijkheden overblijft <sup>33)</sup>. Veel zijn het er eigenlijk niet, niet voor de arts, maar ook niet voor de patiënt. Hoe zou de patiënt het bijna negatieve feit moeten bewijzen dat hij niet is ingelicht? En hoe zou de arts het tegendeel moeten bewijzen? Van de gesprekken tussen arts en patiënt worden doorgaans geen verslagen gemaakt; heel betrouwbare getuigen zullen er doorgaans niet zijn en aantekeningen in het dossier zullen veelal heel kortaf zijn, terwijl ze bovendien vrij gemakkelijk in een later stadium zijn aan te vullen. Zeker bij standaard-ingrepen zoals de sterilisatie, zou het feit dat de aangesproken specialist heldere folders heeft liggen die hij ook pleegt uit te reiken, voldoende moeten zijn. Het zou verontrustend zijn als ook het verweer niet meer mocht baten dat de arts standaard informatiefolders uitreikt <sup>34)</sup>.

In kringen van artsen klinkt meer en meer het geluid dat iedere patiënt dan maar een 'informed consent-formulier' moet ondertekenen <sup>35)</sup>. Ik wil daar twee dingen over zeggen. In de eerste plaats zal ook

15 Zie nader mijn *Aansprakelijkheid van de arts, diss Leiden 1988*, blz 130/1

16 HR 16 november 1990, NJ 1991, 55, VR 1991, 50

17 HR 21 oktober 1994, NJ 1995, 95, VR 1994, 117

18 Het arrest van 1990

19 Zou vaststaan dat de schade sowieso zou zijn ingetreden, dus ook als alle nodige zorg zou zijn betracht, ontloopt gedaagde aansprakelijkheid. Zie bijvoorbeeld de Engelse zaak *Barnett v Chelsea and Kensington Hospital Management Committee*, (1968) 2 WLR 422, vermeld in mijn dissertatie *Aansprakelijkheid van de arts, 1988*, blz 121/2

20 HR 13 januari 1995, RvdW 1995, 31 (val in uitslaapkamer), VR 1995, 96

21 Zie uitvoeriger *Goslings, a w* blz 205

22 De *Memorie van Antwoord*, nr 6, blz 69, *volstaat met een korte weergave van het belangrijke Hoge Raad-arrest van 20 november 1987*, NJ 1988, 500

23 HR 20 november 1987, NJ 1988, 500, HR 18 februari 1994, NJ 1994, 368, VR 1994, 150.

24 W D H. Asser, *Stelplicht en bewijslastverdeling en medische aansprakelijkheid in het Nederlandse recht*, TvG 1991, blz 62 e v

25 Zie nader J. Legemaate, *De arts en het medisch dossier*, *Medisch Contact* 1994, blz 177 e v

26 Rb Arnhem 4 juni 1992, TvG 1993, blz 169 e v, *vervolg Rb Arnhem 19 januari 1995*, TvG 1995, blz 443 en in *Nemesis 1995/2* nr 468

27 *Mijn cursivering, namen van partijen zijn weggelaten*

28 Zie het onderzoek dat ik deed naar de inhoud van de folders op dit punt, *diss 1988 a w*, blz 60 e v

29 Het vonnis is op dit punt niet duidelijk het punt van het causale verband en de eigen wetenschap van de vrouw lopen nogal wonderlijk door elkaar heen. Zie *Nemesis 1995/2*, blz 5 e v voor de uitspraken en een commentaar

30 Rb Leeuwarden 1 maart 1984, NJ 1986, 334. Ik heb mij tegen deze uitspraak eerder verzet, *diss a w 1988*, blz 59/60

31 Nota, blz 16

32 HR 18 februari 1994, NJ 1994, 368, VR 1994, 150

33 *Nemesis 1995*, blz 10

34 Voorzichtig is ook *Goslings, a w* blz 207

35 In bijvoorbeeld *Duitsland is die ontwikkeling heel sterk geweest, en niet zonder succes*, zie C C M *Naardorp-van der Borg*, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995, blz 8

dán de informatie in dat formulier moeten kloppen en volledig moeten zijn, want anders zou zo'n formulier in feite een exoneration zijn; en die zijn nietig (art. 7:464 BW). Artsen en hun beroepsgroepen zullen – hoe dan ook – onderling tot overeenstemming moeten komen over de vraag welke informatie bij welke ingreep in ieder geval moet worden verstrekt. Dat is, zeker in het begin, veel werk. Anderzijds bedenke men dat folders ook op 'nationaal' niveau gemaakt worden. De beroepsgroepen kunnen er dan ook wat meer aandacht aan besteden, zowel wat de inhoud betreft als de presentatie. Ik heb destijds vele sterilisatiefolders bekeken (waar een mens zich niet mee bezig kan houden), en vele daarvan vond ik knoeiwerk, zeker waar het de begrijpelijkheid betrof. Artsen zullen hier dus zelf het voortouw moeten nemen. En waar consensus is bereikt over de vraag welke informatie redelijkerwijs dient te worden verschaft en hoe, ligt het voor de hand dat de rechter zal volgen. In de tweede plaats heeft het verplicht *ondertekenen* van een formulier mogelijk een precedentwerking. Als één specialisme er aan begint, zullen andere min of meer noodgedwongen moeten volgen.

Toch verwacht ik dat de medische wereld in rap tempo zal inspelen op de noodzaak bewijsstukken voorhanden te hebben. Wie zal het zeggen: dat het medische dossier er in de toekomst zal uitzien als een notariële akte? De gynaecoloog prof. Haspels voorspelde het al voor toekomstige bevallingen: waar nu nog de jonge vader zit, zit straks de advocaat. Opmerkelijk is ook hier weer hoe weinig belangstelling de aansprakelijkheidskant van de informatieplicht in de parlementaire behandeling heeft gekregen. En dat, terwijl het om een voor de toekomst van het medisch aansprakelijkheidsrecht zeer belangrijk onderwerp gaat. Hier wreekt zich ook dat Kamer en Regering zo weinig hebben nagedacht over het onderwerp van de bewijslastverdeling. Ik wijs er trouwens op dat de wetgever evenmin heeft aangeroerd het juridische, maar gewichtige, probleem van het causaal verband tussen enerzijds het niet-adequaat informeren en anderzijds de schade <sup>35)</sup>.

### 9. Aansprakelijkheid voor gebrekkige zaken

Zit de fout in het niet-adequaat functioneren van bijvoorbeeld apparatuur, dan is het ziekenhuis in de eerste plaats zelf aansprakelijk als het schuld heeft aan dat niet-functioneren, bijvoorbeeld vanwege fouten in de aanschaf, bij onvoldoende onderhoud of bij onvoldoende controle van de apparatuur. Heeft het ziekenhuis geen schuld, dan zal de tekortkoming als gevolg van het gebruik van een onge-

schikte zaak in de regel aan het ziekenhuis worden toegerekend: art. 6:77 BW in geval er een overeenkomst is. Een uitzondering op deze regel geldt als toerekening aan het ziekenhuis gelet op de inhoud en de strekking van de rechtshandeling waaruit de verbintenis voortspuit, de in het verkeer geldende opvattingen en de overige omstandigheden van het geval onredelijk zou zijn (art. 6:77 slot). Als er geen overeenkomst is, dan biedt de delictuele variant van art. 6:173 BW (een risico-aansprakelijkheid) een mogelijke grondslag <sup>37)</sup>.

Kan het ziekenhuis langs deze weg aan aansprakelijkheid ontsnappen? Het antwoord luidde aanvankelijk dat in gevallen van medische aansprakelijkheid een beroep op de ontsnappingsclausule voor de hand kan liggen. Dat antwoord vindt men vrij onverwacht in een nogal apodictische uitspraak van de minister bij de parlementaire behandeling van Boek 6 BW <sup>38)</sup>. Daar staat dat de mogelijkheid open dient te worden gelaten dat een vordering tegen een arts of ziekenhuis terzake van het falen van gebruikte apparatuur of geneesmiddelen wordt afgewezen; bijvoorbeeld omdat aansprakelijkheid van de producent van de zaak meer voor de hand ligt. Deze opvatting wordt zonder veel meer in de toelichting op de WGBO overgenomen.

Inmiddels is het wel de vraag of de rechter zo'n verweer van het ziekenhuis gemakkelijk zal aanvaarden. Want er zijn sterke argumenten om met name het ziekenhuis wél aansprakelijk te houden. Denk aan de rechtszekerheid, aan het feit dat de keuze voor bepaalde apparatuur of materiaal aan het ziekenhuis is, of aan het feit dat het ziekenhuis altijd verzekerd is <sup>39)</sup>. Daarentegen is het opmerkelijk dat de delictuele variant van art. 6:77 zo'n ontsnappingsmogelijkheid niet kent (art. 6:173 BW). Het slachtoffer zal daarom verkiezen zijn vordering te baseren op dat laatste artikel en zo slaat hij het ziekenhuis het verweer in feite uit handen <sup>40)</sup>. Overigens is de combinatie van centrale aansprakelijkheid met art. 6:173 BW niet mogelijk.

Van hier is de stap maar klein naar de aansprakelijkheid voor gebrekkige producten. Art. 6:185 BW bepaalt dat de producent aansprakelijk is voor de schade veroorzaakt door een gebrek in zijn produkt; ongeacht of hem iets valt te verwijten. Een produkt is gebrekkig, als het niet de veiligheid bezit die men daarvan mag verwachten. Bij producten kan men denken aan apparatuur, maar ook aan bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedproducten <sup>41)</sup> of mogelijk gevaarlijke stoffen (art. 6:175 BW). Voorzover het ziekenhuis zelf producent is, geldt voor hem de risico-aansprakelijkheid van art. 6:185 <sup>42)</sup>.

### 10. Geen beperking van de aansprakelijkheid

Nederland is een land waarin de exonerationen (bedingen waarbij een partij onvoldoende aansprakelijkheid uitsluit) vrij populair zijn. Toch verbiedt de wetgever in art. 7:463 BW exonerationen totaal. Voor een verbod (dat in het licht van de rest van het Burgerlijk Wetboek vrij uitzonderlijk is) zijn goede gronden te geven en de bepaling is in de loop van de parlementaire behandeling niet ter discussie gesteld. Ik begrijp overigens niet goed de beroepsgroepen van artsen niet hebben geprotesteerd tegen het verbod van zelfs een *beperking*. Ik heb destijds het voorbeeld gegeven van een sterpseler bij Aja: die aan zijn enkel moet worden geopereerd. De mogelijke schade in geval van een fout van de arts (of diens assistent!) kan gemakkelijk in de miljoenen guldens lopen <sup>43)</sup>. Waarom in zo'n geval een beperking van de omvang van de aansprakelijkheid niet mogelijk kan zijn, is onduidelijk.

### 11. Verjaringsperikelen

Op vorderingen tot het vergoeden van schadevergoeding zijn krachtens art. 3:310 lid 1 BW twee verjaringstermijnen van toepassing. De vordering verjaart (i) door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden (de relatieve verjaring <sup>44)</sup>); en (ii) door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt (de absolute verjaring). Het lijkt waarschijnlijk dat het bij 'bekend is geworden' gaat om de feitelijke kennis van gelaedeerde; zij het dat aan een 'zekere geobjectiveerde uitleg' niet valt te ontkomen <sup>45)</sup>. De tekst van de WGBO kent op dit punt geen aparte termijnen.

Nu kan een lopende verjaringstermijn wel worden gestuit. Veelal zal dat geschieden door een daad van rechtsvervolgning (de betekening van dagvaarding; art. 3:316 BW; let evenwel op lid 2). Voorts heeft stuitende werking een handeling strekkende tot het verkrijgen van een bindend advies, mits van die handeling met bewakame spoed mededeling wordt gedaan aan de wederpartij (lid 3 van dat artikel).

De meest eenvoudige wijze van stuiten is geregeld in art. 3:317 lid 1. De verjaring van een rechtsovereenkomst tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuld-eiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt. Deze regel geldt



ok voor de vordering tot schadevergoeding, want ook zij is een rechtsvordering of nakoming van een verbintenis. De stuiting van de verjaring van de vordering tot schadevergoeding kan derhalve plaatsvinden per brief. Betekening van een deurvaardersexploot mag, maar hoeft niet. Bij de betekening per brief dient men in het oog te houden dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring haar werking pas heeft, wanneer zij die persoon heeft bereikt (art. 3:37 lid 1 BW). Terecht adviseert Breedveld-de Voogd dan ook dat het liestig is stuitingsbrieven met bericht aan ontvangst te versturen; terwijl tegen het einde van de verjaringstermijn een deurvaardersexploot nog de meeste zekerheid biedt <sup>46)</sup>.

De vraag rijst wat er gebeurt als partijen niet tot elkaar in onderhandeling zijn: zou eier tijdens de loop van die (soms langdurige) onderhandelingen steeds alert moeten zijn op het verstrijken van de verjaringstermijn? Dat zou onpraktisch én onwettelijk zijn. Denkbaar is daarom dat iedere schriftelijke (dát wel) stap die in een onderhandelingsproces terzake van een bepaalde vordering wordt gezet, als een stuitingshandeling moet worden gezien. Kort gezegd: elke brief duwt, in deze materie, de verjaringstermijn weer een stukje vooruit <sup>47)</sup>.

**12. Verzekeraarbaarheid**

In een studiedag, geen pao over medische aansprakelijkheid, of de vraag klinkt: zijn we niet op weg naar Amerikaanse toestanden? Die vraag is om allerlei redenen niet eenduidig te beantwoorden; en ik verwijs daarom gemakshalve naar mijn onderzoek uit 1989 over dit onderwerp <sup>48)</sup>. Een aspect dat ik nog wel noemen. We spreken soms te gemakkelijk over Amerikaanse toestanden. Het is een spookbeeld dat ten toele wordt gevoerd als dat in de discussie van pas komt. De vraag is natuurlijk wat er precies onder die (niet gewenste) Amerikaanse toestanden verstaan. We zouden eronder kunnen verstaan de situatie dat het verschijnsel van de medische aansprakelijkheid aan de uitoefening van een beroepsgezondheidszorg in de weg staat. Dat is bijvoorbeeld het geval als door de verjaring van een toenemend aantal claims een verzekeringsdekking meer kan worden verkregen.

Opvallend is nu dat, ofschoon Nederlandse artsen en ziekenhuizen nog steeds melkelijk bescheiden premies betalen, de laatste jaren vrijwel alle verzekeraars uit de markt van de medische aansprakelijkheid zijn gestapt. Thans kennen we nog operationele Nederlanden als aanbieder van verzekeringen, en een tweetal 'onderlinnen': MediRisk en Centramed (voormalig

Centraal Beheer). Voorts zijn enkele Nederlandse Academische Ziekenhuizen in Engeland verzekerd. Eén ziekenhuis, het Academisch Ziekenhuis Maastricht, voorziet zelfs in zijn eigen dekking, met een herverzekering daarachter <sup>49)</sup>.

In de hoogtijdagen van de medische aansprakelijkheids crisis in de VS zag men óók het vertrek van verzekeraars uit de markt en de instelling van 'onderlingen'. Een andere ontwikkeling is de overstap van loss occurrence-polissen naar de, voor artsen en ziekenhuizen veel ongunstiger, claims made-polissen <sup>50)</sup>. Of het allemaal nodig is – het terugtrekken uit de markt, het overgaan op claims made – wordt eigenlijk niet duidelijk. Verzekeraars zeggen te maken te hebben met terughoudende herverzekeraars. Overigens kan, het moet de verzekeraars worden toegegeven, niet worden ontkend dat op zijn minst het aantal claims stijgt, terwijl van tijd tot tijd zich ook heel nieuwe types claims voordoen. Denk aan het grote aantal vorderingen terzake van mislukte sterilisaties van de laatste jaren <sup>51)</sup>, maar denk ook aan bijvoorbeeld de erkenning van de smartegeldclaim van de ouders van baby Joost <sup>52)</sup>. Daartegenover staat dat dergelijke ontwikkelingen zich ook voordoen in het verkeersaansprakelijkheidsrecht en meer in het algemeen bij beroepsaansprakelijkheid. Ik kan dus, zonder harde cijfers, voorlopig niet geloven dat medische aansprakelijkheid nu ineens onverzekerbaar is geworden.

Ondertussen lijkt mij het op de markt verschijnen van 'onderlingen' een boeiend experiment, vooral omdat op die manier artsen en ziekenhuizen heel direct worden geconfronteerd met de gevolgen van fouten die worden gemaakt en met het belang van preventie. Risk management en quality assessment zijn sleutelwoorden geworden <sup>53)</sup>.

**13. Nederlandse toestanden?**

Mag ik tot slot een andere vraag stellen: zijn we hier te lande niet op weg naar Nederlandse toestanden? Nederland zou het eerste land ter wereld zijn met een aparte, civielrechtelijke regeling van de overeenkomst tussen de arts en zijn patient <sup>54)</sup>. Lang niet alle artsen lijken er blij mee te zijn <sup>55)</sup>. Is de regeling niet overbodig? Is ze geen voorbeeld van de stelling van De Montesquieu dat een veelheid van wetten een teken is van het verval van een volk? Er zijn er inderdaad die aarzelen over het belang van de regeling <sup>56)</sup>.

Er zijn verschillende argumenten vóór een afzonderlijke regeling. De behandelingsovereenkomst kent vele eigenaardigheden die in rechtspraak of wetge-

ving om een 'eigen' oplossing vragen. Denk aan de dossierplicht, informed consent of de kwestie van het doen van wetenschappelijk onderzoek met patiëntengegevens. Sommige onderwerpen laten zich bovendien door de rechter moeilijk regelen, zoals bijvoorbeeld de bewaartermijn van dossiers. Ook kan de helderheid en overzichtelijkheid een argument zijn voor een afzonderlijke regeling. Al die verschillende regels rond de behandelingsovereenkomst zijn nu een samenhangend geheel geworden.

Ook is er het principiële argument dat de wetgever niet alles aan de rechter moet overlaten. Dat geldt eens te meer voor onderwerpen waarin we tal van, soms conflicterende, grondrechten tegenkomen. Voorts heeft het tamelijk langdurige ontstaansproces van de WGBO dit voordeel gehad dat het de beroepsgroep van de artsen heeft leren wennen aan het idee, dat de relatie die zij met hun patiënten hebben, behalve een vertrouwensrelatie ook een juridische relatie is.

Is er ook een keerzijde? Zal bijvoorbeeld de WGBO niet verstarrend werken? Ik verwacht dat niet. Daarvoor kent zij, met het beginsel van de redelijkheid en de billijkheid op de achtergrond, de praktijk van

36 Zie daarover nader mijn dissertatie, *Aansprakelijkheid van de arts, 1988*, blz. 66 e v  
 37 Denk overigens aan de kanalisatiebepaling in het tweede lid van art 6:173  
 38. E H Hondius spreekt terecht van een ongelukkige passage, TvG 1990, blz 422, MvA II, PG 6, blz 271-272  
 39 Zie voor andere argumenten de glasheldere bijdrage aan *Verbindtissenrecht I* (Broekema-Engelen), art 77 aant 11 en 15 (losbladig)  
 40 Of dat ook werkelijk kan, daarover is de recente literatuur verdeeld (zie voor literatuur Broekema, a w nr 13) De Hoge Raad huldigt niettemin het standpunt dat in gevallen van samenloop het slachtoffer mag kiezen, HR 19 februari 1993, RvdW 1993, 63  
 41 Zie NJB 1995, blz 685  
 42 Uitvoering E H Hondius, TvG 1990, blz 414  
 43 C J J M Stolker, *Aansprakelijkheid van de arts, 1988*, blz 165 e v  
 44 Terminologie ontleend aan WG A Linsen en A C van Schaick, *Advocatenblad 1992*, blz 318  
 45 Aldus terecht C G Breedveld-de Voogd, *Handboek Personenschade, onderdeel 'verjaring'*  
 46 Breedveld-de Voogd, a w, alwaar men een uitvoerige bespreking van de problematiek vindt  
 47 Aldus C G Breedveld-de Voogd en C J J M Stolker, *WPNR 1993*, blz 179 e v, Vrb 1993, blz 81 e v  
 48 Van arts naar advocaat, *Aansprakelijkheid voor medische fouten in Amerika, Een les voor Nederland? Kluer/BSH 1989*  
 49 Ziekenhuis wordt uit nood zelf verzekeraar, *De Volkskrant 2 november 1995*  
 50 Wie de termen onbekend zijn, mag ik verwijzen naar mijn *Van arts naar advocaat, 1989*, blz 8  
 51 Zie daarover bijv het artikel van P.C.M Habets, *Schadeclaims naar aanleiding van mislukte sterilisaties een dossieronderzoek*, TvG 1995, blz 266 e v  
 52 5 juli 1995, TvG 1995, blz 446, NJkort 1995, 35 Daarover R Overeem, *Smartegeld als affectieschade voor de ouders van baby Joost doorbraak of ontporing*, Vrb 1995, blz 77 e v Hij wijst er met name op dat de introductie van dergelijke nieuwe vorderingen (affectieschade) door de wetgever, en niet door de rechter zou moeten worden beslist  
 53 Zie daarvoor het tijdschrift van MediRisk *Medische aansprakelijkheid, dat frequent aan dit thema is gewijd, en mijn Van arts naar advocaat, 1989*  
 54 Zie de inleiding van H J J Leenen tot de bundel *De WGBO van tekst naar toepassing*, a w blz 1 e v  
 55 J B Maathuis, *Medisch Contact 1994*, blz 745  
 56 Zie bijvoorbeeld S C J J Kortmann, *WPNR 1990*, blz 745

alledag voldoende ruimte toe. Bovendien laat de Nederlandse rechter zich niet snel aan banden leggen. Dat blijkt ook weer uit het recente geval van baby Joost in relatie tot de tekst van het nieuw BW<sup>57</sup>); uit het vonnis blijkt dat in bepaalde gevallen affectieschade moet worden vergoed.

Men zou misschien zelfs kunnen zeggen dat de WGBO nog te vaag blijft, zodat betrokkenen nauwelijks weten waar ze aan toe zijn. Een voorbeeld daarvan is de positie van de geneeskundig adviseur. Blijkens art. 7:446 lid 5 BW is geen behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO 'handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand van een persoon verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de toelating tot een verzekering'. Dat is van groot belang voor de geneeskundig adviseur. Maar verderop in de wet, in art. 7:464, wordt weer bepaald dat de WGBO van overeenkomstige toepassing is voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet. Daarmee wordt bijvoorbeeld de beoordeling van een gezondheidsverklaring door de geneeskundig adviseur van de verzekeraar en de medische keuring door een keurend arts in opdracht van een verzekeraar toch onder de reikwijdte van de wet gebracht. Maar omdat de wetgever de consequenties van de toepassing van de WGBO op tal van verschillende situaties nog niet goed kan overzien, heeft hij daarbovenop weer bepaald dat het genoemde art. 7:464 voor bepaalde situaties pas over vijf jaren in werking treedt. Legislatief tafeltennis, met gemene effectballen. Ik moet toegeven: dit is de man of vrouw uit de praktijk niet meer uit te leggen.

En daarmee kom ik aan het slot. Wie de wet in zijn uiteindelijke vorm wil kunnen lezen en begrijpen moet welhaast jurist zijn. De wet telt meer dan 53 afzonderlijke regels; en Leenen heeft er al eens op gewezen dat de wet vijftien vormen van toestemming kent<sup>58</sup>). Sommige artsen klagen steen en been: 'dit is erger dan onwerkbaar, het is onzinnig'<sup>59</sup>). Anderen, ongetwijfeld de meerderheid, zullen denken dat het allemaal zo'n vaart niet zal lopen. Met de Kamer is afgesproken dat de nieuwe wet over vijf jaren zal worden geëvalueerd. Dan moet duidelijk worden of haar regels voldoende in het doen en denken van artsen en verpleegkundigen zijn doorgedrongen, of dat we enkel en alleen trots moeten zijn op het feit dat we in de wereld de eerste zijn met zo'n wet.

57. Rb. Amsterdam 5 juli 1995, TvG 1995, blz 446, Njkort 1995, 35, commentaar van R. Overeem in Vrb 1995, blz. 77 e v 58 H J J. Leenen, Informatie en toestemming in de WGBO, Medisch Contact 1991, blz 1025 e.v  
59. J.B. Maathuis, De WGBO, Weinig doeltreffende en slecht hanteerbare symboolwetgeving, Medisch Contact 1994, blz. 743.

### Parlementaire behandeling

#### Wetboek van strafvordering

24 510 *Wijziging van enige bepalingen in het Wetboek van strafvordering (de dagvaardingsstermijn voor de politierechter, de oproeping in kantongerechtazen en het instellen van hoger beroep)*

**Korte inhoud:** Het voorstel dient tot verbetering van de executie van rechterlijke uitspraken. Op het moment dat de verdachte contact heeft met de opsporingsambtenaar, medewerker van de strafgriffie of het parket wordt de gerechtelijke mededeling uitgereikt. Aan de vastlegging van de uitreiking van bepaalde mededelingen kunnen vervolgens rechtsgevolgen worden verbonden. De oproeping om te verschijnen op de zitting van het kantongerecht en de dagvaarding voor de terechtzitting in hoger beroep behoeven niet meer nietig te worden verklaard, omdat twijfelachtig is of de verdachte van de datum van de terechtzitting op de hoogte is. De bekorting van de dagvaardingsstermijn in de snelrechtprocedure heeft tot doel een praktisch knelpunt weg te nemen: dagvaarding tegen "eerstkomende zitting" geeft problemen in arrondissementen waar meer politierechterzittingen op één dag worden gehouden.

**Stand:**

- Tweede Kamer.
- 1: Koninklijke boodschap.
- 2: Voorstel van wet.
- 3: Memorie van toelichting.

#### WAM

24 177 *Wijziging van de Wet aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen in verband met de aanvulling van de Boeken 3, 6 en 8 van het Burgerlijk Wetboek met regels betreffende de aansprakelijkheid voor gevaarlijke stoffen en verontreiniging van lucht, water of bodem*

**Korte inhoud:** Zie juli/augustus 1995.

**Stand:**

- Stb. 1995, 542.
- Inwerkingtreding nader te bepalen.

#### Wegenverkeerswet

22 961 *Wijziging van de Wegenverkeerswet 1992 houdende regeling van de zelfstandiging van de Rijksdienst voor het Wegverkeer*

**Korte inhoud:** Zie jaaroverzicht september 1995.

**Stand:**

- Eerste Kamer.

140: Nadere memorie van antwoord d.d. 11-12-1995.

24 496 *Wijziging van de Wegenverkeerswet 1994 en van een aantal andere wette*  
**Korte inhoud:** Zie december 1995.

**Stand:**

- Tweede Kamer.
- 4: Nota van verbetering d.d. 12-12-1995.

### Inwerkingtreding

#### Wegenverkeersreglement

24 489 *Besluit houdende wijziging van het Wegenverkeersreglement (geldigheidsduur buitenlandse rijbewijzen)*

**Korte inhoud:** Zie december 1995.

**Stand:**

- Stb. 1995, 549, 622.
- In werking getreden 1 januari 1996.

#### Wet Mulder

*Richtlijn inzake misdrijven, overtredingen en gedragingen als bedoeld in de Wet administratiefrechtelijke handhaving verkeersvoorschriften, waarin zijn opgenomen de bijlagen van deze wet en het Transactiebesluit 1994 vastgesteld door het college van procureurs-generaal d.d. 20 september 1995*

Stcrt. 1995, 246.

In werking getreden 1 januari 1996.