

Het karakter van de medische behandelingsovereenkomst (2)

Tea Mellema-Kranenburg

In 1979 publiceerde ik in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht mijn eerste artikel.¹ Ik kon dat toen nog niet alleen, maar deed dat met behulp van prof. Kleijn en Jaap Hijma, vooral met de laatste. Het was een begin van een lange samenwerking. Het onderwerp van het artikel betrof het karakter van de medische behandelingsovereenkomst en met name de vraag of de prestatie waartoe de arts zich verbindt een resultaats- of een inspanningsverbintenis is.

Er was toen nog niet zoveel geschreven over, zoals onze leermeester Kleijn zou zeggen, ‘de civielrechtelijke aspecten van de medische behandelingsovereenkomst’. Ook was er toen nog geen wetgeving op dat gebied. Dat leidde ertoe dat het artikel tot zo ongeveer de inwerkingtreding van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst in april 1995, regelmatig geciteerd werd.

In deze feestbijdrage wil ik een vergelijking maken tussen wat rehtens was voor wat betreft de inspanningen van de arts in 1979 en hoe die vraag in 2020 beantwoord wordt. De vergelijking zou nog weleens verrassend uit kunnen pakken. In het artikel in 1979 werd betoogd dat tussen de traditionele resultaatsverbintenis en inspanningsverbintenis plaats is voor een derde soort verbintenis die in bepaalde gevallen meer recht doet aan de contractuele relatie tussen de arts en de patiënt. Het onderscheid tussen deze verbintenissen ligt met name bij de bewijslast: bij de resultaatsverbintenis ligt bij een ‘mislukte’ behandeling de bewijslast bij de arts, bij de inspanningsverbintenis bij de patiënt.

In het artikel van 1979 betoogden wij dat tussen deze verbintenissen een resultaat-onder-voorbehoud-verbintenis bestaat, waarbij op grond van de billijkheid de bewijslast bij de arts wordt gelegd daar deze, uitzonderingen daargelaten, in de gunstigste positie verkeert het bewijs te leveren. De vraag is, is dat nog steeds zo?

De duiding van de medische behandelingsovereenkomst in 1979

In voormeld artikel in 1979 werd met een beroep op Houwing² en Schoordijk³ een uitleg gegeven van de inhoud van de overeenkomst. Wij schreven toen: ‘Zowel Houwing als Schoordijk is van mening dat men bij het bepalen van de inhoud van

¹ W.M. Kleijn, J. Hijma & T.J. Kranenburg, ‘Het karakter van de medische behandelingsovereenkomst’, *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 1979, p.147.

² Ph.A.N. Houwing, ‘De inhoud van de verbintenis en de overmacht’, *WPNR* 1953/3416-3424.

³ H.C.F. Schoordijk, ‘Inspanningsverbintenis en resultaatsverbintenis’, *Bouwrecht* 1969, p.65-77.

de overeenkomst deze telkenmale dient uit te leggen overeenkomstig de partijbedoelingen. Dit is ook ons inziens de enige juiste visie. Het gaat hierbij vanzelfsprekend om hetgeen beide partijen met de overeenkomst beoogden, hetgeen slechts een van beide bedoelde is niet zondermeer relevant bij het vaststellen van de inhoud van de overeenkomst. Het gaat er derhalve om te onderzoeken ten aanzien van welke punten wilsovereenstemming bestaat en ten aanzien van welke niet. Men dient echter te beseffen dat het in de medische wereld zonder meer hanteren van termen als 'wilsovereenstemming' licht tot problemen kan leiden, aangezien 'de wil' van de patiënt en 'de wil' van de arts beide duidelijk op volledige genezing gericht zullen zijn.' Het verdiende daarom ons inziens aanbeveling te dezen niet in het algemeen van 'wilsovereenstemming' te spreken, doch dit begrip voor wat betreft deze hier besproken materie nader te omlijnen.

Vervolgens vroegen wij ons af waarom het criterium wilsovereenstemming goed dienst doet bij diverse overeenkomsten, maar minder in het geval van het medische contract. Wij constateerden dat het grote verschil tussen andere contractuele relaties en de arts-patiënt relatie is, dat bij de arts-patiënt relatie de onzekerheid een grote rol speelt: het menselijk lichaam is een dermate ingewikkeld en onberekenbaar geheel, dat het veel minder duidelijk is wat de uiteindelijke afloop zal zijn. Wij gaven daarbij het volgende voorbeeld:

'Als A een huis koopt van B, eigenaar van dat pand, A vervolgens de koopsom betaalt en A en B zich inspannen om het huis op naam van A te krijgen, is het redelijkerwijze aan te nemen dat na wederzijds presteren A eigenaar zal zijn van het huis in kwestie en B met enige tonnen geld verrijkt zal zijn. Bij de meeste andere, dat wil zeggen niet medische, overeenkomsten geldt hetzelfde.

Bij de medische overeenkomst daarentegen ligt het anders: 'de natuur' vormt daarbij een dermate ongewisse factor, dat patiënt en arts er aanvankelijk zeker lang niet altijd van overtuigd zijn, dat alles zal verlopen zoals zij wensen: zij willen beiden vanzelfsprekend een gunstige afloop, maar verwachten deze lang niet altijd.'

Wij schreven te menen dat het verwachtingselement van doorslaggevende betekenis is bij het nader bepalen van de inhoud van het medische contract. Partijen willen veel, zo niet alles, namelijk volledige gezondheid, doch beogen met het medische contract in wezen veel minder, namelijk die mate van genezing die men redelijkerwijs mag verwachten.

Het verwachtingselement is hetgeen bepaalt wat precies de inhoud van de verplichtingen van de arts is en de daaraan verbonden gevolgen (aansprakelijkheid) zijn.

De verwachtingen die aan de medische verrichtingen zijn verbonden, deelden wij vervolgens in in drie categorieën:

1. *Soms is het ontstaan van een gunstig resultaat dermate waarschijnlijk, dat aangenomen dient te worden dat partijen bij het aangaan van de overeenkomst beide uitgingen van de verwachting dat dit ook daadwerkelijk zou ontstaan. Het accent ligt hier volledig op het resultaat; het feit dat de arts zich hiertoe vanzelfsprekend dient in te spannen, treedt niet of nauwelijks op de voorgrond.*

2. *In andere gevallen is het bereiken van een gunstig resultaat niet meer dan mogelijk: de nadruk valt hier op het feit dat de arts zijn uiterste best zal doen om er het beste van te maken. Hoewel beide partijen vanzelfsprekend hopen dat alles gunstig zal verlopen, kan geenszins gesteld worden dat zij dit ook als waarschijnlijk gevolg verwachten.*
3. *Tussen de onder 1 en 2 genoemde categorieën bevindt zich een derde groep gevallen, te weten die waarin geen duidelijk accent valt te onderkennen: de gedachte aan verrichtingen van de arts en die aan een goed resultaat spelen een even grote rol.'*

Samenvattend noemden wij dit in geval 1: het bereiken van een voorspoedige afloop is 'hoogstwaarschijnlijk', in geval 2 is dat 'slechts mogelijk' en in geval 3 'waarschijnlijk'.

In de eerste groep gevallen is alle aandacht gericht op het resultaat, het gaat hier om resultaatsverbintenissen. In de tweede groep gaat het om gevallen waarin de arts slechts zijn best kan doen. Het accent valt hier op de werkzaamheden van de arts, terwijl partijen nauwelijks aan een goede afloop durven te denken. De arts levert een inspanningsverbintenis.

De derde groep zit daar tussenin. Aan de verrichtingen van de arts wordt een aanzienlijke plaats toegekend en men heeft duidelijk verwachtingen van het resultaat: de resultaat-onder-voorbehoud-verbintenis.

Wij merkten daarbij op dat het een kwestie van accenten leggen is: ook bij resultaatsverbintenissen zal men enigszins aan de werkzaamheden van de arts denken en ook bij inspanningsverbintenissen is er wel enige verwachting ten aanzien van de afloop. Houwing meende echter dat iedere inspanningsverbintenis tevens een resultaatsverbintenis is. Hij onderbouwde dit met de stelling dat iedere inspanning op zich reeds weer een feit, een resultaat dus, oplevert.⁴

Vervolgens stelden wij de vraag of aan het gemaakte onderscheid in de drie genoemde gevallen rechtsgevolgen moeten worden verbonden. Wij meenden van wel en met name bij de verdeling van de bewijslast voor een tegen een arts aangespannen procedure.

De gevolgen van de duiding

Aan het onderscheid in resultaatsverbintenis, inspanningsverbintenis en resultaat-onder-voorbehoud-verbintenis zou dus een verschil in bewijslast verbonden kunnen worden. Dit verschil wordt ook gerechtvaardigd door de moeilijke bewijspositie waarin de patiënt verkeert.

Wij wilden aan de hand van deze indeling de bewijslast verdelen. In geval van een resultaatsverbintenis verwachten beide partijen een gunstige afloop. Gaat er iets mis, dan ligt het op de weg van de arts te bewijzen dat het ongunstige resultaat aan overmacht te wijten is.

⁴ Houwing, WPNR 1953.

‘Gaat een patiënt naar zijn tandarts toe om een kies te laten vullen en blijkt achteraf dat in de kies door de tandarts een verkeerde vulling is gestopt, dan dient de tandarts te bewijzen dat dit niet door aan hem te verwijten oorzaken komt. Zowel de patiënt als de tandarts mochten immers verwachten dat de kies zonder problemen gevuld kon worden.’

Wanneer er echter sprake is van een inspanningsverbintenis, verwachten partijen slechts dat de arts zijn best zal doen. Wanneer er dan iets misgaat, is het onbillijk om de arts te laten bewijzen dat hij al het nodige gedaan heeft wat van hem gevergd kan worden. In dat geval dient de patiënt te bewijzen dat de arts faalde.

‘Wanneer een chirurg een hartklepoperatie verricht zal hij nooit instaan voor succes (TM: het was 1979). Evenmin zal de patiënt van hem verwachten dat de chirurg hem zekerheid geeft dat de operatie lukt.’

In dit geval moet de patiënt bewijzen dat de arts een beroepsfout gemaakt heeft. Blijft over de resultaat-onder-voorbehoud-verbintenissen, waarbij het denken aan een goede afloop en het zijn best doen door de arts ongeveer een gelijke rol spelen. Wij meenden dat in dat geval de bewijslast op de schouders van de arts dient te rusten. Ik geef hier onze motivering weer:

‘Arts en patiënt zijn ongelijkwaardige partijen bij een overeenkomst. De patiënt moet meestal een contract sluiten, wel niet met deze speciale arts, maar toch wel met een arts, anders loopt zijn gezondheid gevaar. Hij sluit een contract af met betrekking tot iets, waarvan hij in de meeste gevallen weinig of niets afweet. Hiertegenover staat de arts die, afgezien van zijn beroepsplicht, veel vrijer is al dan niet een contract met een patiënt af te sluiten. Hij is emotioneel lang niet zo bij de zaak betrokken en weet bovendien veel meer van de zaak af. Wij menen dan ook dat de arts hier de meest gereede partij is te bewijzen dat het ontbreken van het verwachte resultaat niet aan hem te verwijten omstandigheden is toe te schrijven. In uitzonderingsvallen zal de billijkheid ertoe leiden dat ook in deze gevallen de bewijslast op de patiënt rust.’

De medische behandelingsovereenkomst in 2020

Sinds 1979 is er wat de medische behandelingsovereenkomst betreft heel wat gebeurd. Op 1 april 1995, nu dus al weer 25 jaar geleden, trad de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst in werking. Deze wet is ondergebracht in afdeling 7.7.5 van het Burgerlijk Wetboek in artikel 446 e.v. BW.

Op de brede inhoud van deze bijzondere overeenkomst zal ik hier niet ingaan, want dat treedt buiten het onderwerp van dit opstel. Ik beperk mij hier tot de contractuele relatie tussen de arts en de patiënt en onderzoek of de problematiek die daarbij in 1979 speelde er nog steeds is of dat deze in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst is opgelost.

Daarbij is van belang vast te stellen dat de opname van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in Boek 7 BW betekent dat daarop, gezien de gelaagdheid van het BW, evenzeer de andere bepalingen uit het BW, zoals uit Boek 6, van toepassing zijn. Voor ons onderwerp is met name artikel 7:453 BW van belang. Dit artikel luidt:

‘De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.’

Hulpverlener is een ruimer begrip dan alleen de arts en de verpleegkundige. De wet definieert hem (in artikel 7:446 BW) als de natuurlijke persoon of rechtspersoon die een geneeskundig beroep of bedrijf uitoefent op het gebied van de geneeskunst. Dat betekent dat ook bijvoorbeeld het ziekenhuis, uitgeoefend in de vorm van een rechtspersoon, er onder valt. Ik zal mij in het onderstaande echter beperken tot de arts, hetgeen wij in ons artikel in 1979 ook deden.

Alvorens ik aan beantwoording van de vraag toekom of de arts gehouden is tot een inspannings- of een resultaatsverbintenis, wil ik eerst onderzoeken waartoe bovengemeld artikel 7:453 BW verplicht.

Het criterium van ‘de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen’ heeft zich al ruim voor de inwerkingtreding van de Wet op de geneeskundige behandeling (verder te noemen: Wgbo) in de rechtspraak en literatuur ontwikkeld. Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Hoge Raad van 9 november 1990 waarin de Hoge Raad oordeelt dat bij de beoordeling van het handelen van de arts de maatstaf is de zorgvuldigheid die van een redelijke bekwaam en redelijk handelend specialist mag worden verwacht, niet of de arts in redelijkheid tot zijn diagnose en verrichtingen had kunnen komen.⁵ Deze norm is inhoudelijk identiek aan de norm van artikel 7:453 BW.⁶

Een ietwat recentere uitspraak is die van de Hoge Raad van 20 april 2007.⁷ Het gaat hier om een mislukte sterilisatie. Tijdens een re-sterilisatie blijkt dat een van de clips de eileider niet omvat. Volgens eiseres in deze procedure heeft de gynaecoloog verzuimd om van de sterilisatie een adequaat en separaat verslag te maken door te volstaan met enkele aantekeningen in de poliklinische status. Op grond daarvan meent eiseres dat de gynaecoloog dient te bewijzen dat zij volgens de regelen der kunst heeft gehandeld. Het hof oordeelt dat geen plaats is voor omkering van de bewijslast.

Ook de Hoge Raad is eiseres niet ter wille. Hij oordeelt dat toegespitst op de controle door de gynaecoloog op de plaatsing van de clips, het hof de door het ziekenhuis verschaft gegevens, dienend om eiseres aanknopingspunten voor een eventuele bewijslevering te verschaffen en wel in de vorm van de verklaring van de gynaecoloog, kennelijk voldoende ter zake dienend en concreet heeft geoordeeld, omdat in de verklaring verslag werd gedaan van de wijze waarop de gynaecoloog de plaatsing van de clips zou hebben gecontroleerd.

⁵ HR 9 november 1990, ECLI:NR:HR: 1990:AC1103, NJ 1991/26 (*Speeckaert/Gradener*).

⁶ *Asser/Tjong Tjin Tai 7-IV* 2018/406.

⁷ HR 20 april 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA1093, RvdW 2007/423.

Door aldus te oordelen en in dit verband niet verder te onderzoeken of de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere bewijslastverdeling meebrachten, heeft het hof niet blijk gegeven van een onjuiste rechtsopvatting.

Op 15 juni van datzelfde jaar heeft de Hoge Raad een vergelijkbare casus te beoordelen.⁸ Het betrof daar een patiënte die stelde geleden te hebben en te lijden als gevolg van een aandoening aan de elleboogzenuw, die moet zijn veroorzaakt door druk op de elleboogzenuw tijdens de operatie op 29 juni 1995 of in de postoperatieve fase. De schade aan de elleboogzenuw zou veroorzaakt zijn door een onjuiste positionering van de elleboog tijdens de operatie. Zij spreekt de gynaecoloog, de anesthesioloog en het ziekenhuis aan tot schadevergoeding.

Volgens het hof moet worden nagegaan of er voldoende aanwijzingen zijn dat er tijdens of na de operatie een medische fout is gemaakt die de aandoening kan hebben veroorzaakt. Uit deskundigenrapporten volgt dat daartoe onvoldoende grond bestaat. In cassatie wordt geklaagd over het oordeel van het hof omtrent de bewijslast en diens oordeel dat het medisch dossier onder de maat was.

De Hoge Raad overweegt dat het hof - evenals de rechtbank - kennelijk en terecht als uitgangspunt heeft genomen dat het bewijsrisico ter zake van een medische fout van de arts, c.s. als oorzaak van de zenuwaandoening, op eiseres rust.

Het hof heeft echter tevens in aanmerking genomen (en hiermee gaat het in de richting van de resultaat-onder-voorbehoud-verbintenis) dat op de arts c.s. een verzwaarde stelplicht rust. Het hof heeft dus ook niet miskend dat het bewijsrisico van eiseres door de verzwaarde stelplicht wordt verlicht. Met zijn oordeel dat het opnemen van mededelingen over de positionering van patiënte tijdens de operatie in het medisch dossier ten tijde van de operatie niet tot de medische standaard binnen de beroepsgroep behoort, heeft het hof tot uitdrukking gebracht dat zulks in strijd is met hetgeen op dit punt van een redelijk bekwaam en redelijk handelend behandelaar mag worden gevergd. De Hoge Raad oordeelt dan ook dat het hof de omvang van het bewijsrisico niet heeft miskend.

Daarmee heeft het hof de juiste maatstaf aangelegd, hetgeen in beginsel ook voldoende is voor het antwoord op de vraag of voldaan is aan de verplichting om patiënte aanknopingspunten te verschaffen voor eventuele bewijslevering.

Uit de wetgeving en de jurisprudentie kan men dus voorzichtig afleiden dat nog steeds, evenals in 1979, de norm voor de dokter is:

een redelijk bekwaam en redelijk handelend behandelaar, of om in de terminologie van Boek 7 BW te blijven: een arts die bij zijn handelen de zorg van een goed behandelaar in acht neemt.

Tjong Tjin Tai⁹ merkt daar over op dat voor wat betreft de kern van artikel 7:453 BW zelfs sprake is van een wetstechnisch gezien overbodige verdubbeling van de algemene norm dat de opdrachtnemer bij zijn handelen de zorg van een goed opdrachtnemer in acht moet nemen (artikel 7:401 e.v. BW). Voorts blijft de bewijslast nog steeds een moeilijke zaak.

⁸ HR 15 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA3587, NJ 2007/335.

⁹ Asser/Tjong Tjin Tai 7-IV 2018/406.

De betekenis van de resultaats- en de inspanningsverbintenissen bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Ik heb bij bestudering van bovenstaande arresten geen opzienbarende uitspraken gevonden over het criterium dat in wet en rechtspraak wordt gebruikt voor wat betreft de verdeling van de bewijslast tussen arts en patiënt.

Maar geldt dat ook voor het onderscheid tussen de inspannings- en resultaatsverbintenissen en de daaraan verbonden gevolgen?

Tjong Tjin Tai¹⁰ merkt daarover op:

‘De hulpverlener heeft als primaire taak het geven van een goede medische behandeling (dan wel verrichten van goed onderzoek of goed advies). Deze verplichting is niet expliciet neergelegd in de onderhavige afdeling. Zij ligt besloten in het samenstel van art. 7:446 BW en art. 7:453 BW. De behandeling zal een verzameling inspannings- en/of resultaatsverplichtingen omvatten (...). Veelal zal het gaan om inspanningsverplichtingen, maar de verplichting om bijvoorbeeld een bloedmonster te nemen, kan gevoeglijk als resultaatsverbintenis worden aangemerkt.’¹¹ Bij een resultaatsverplichting is de zorg als bedoeld in art. 7:453 BW een nevenverplichting, bij een inspanningsverplichting is deze zorg een hoofdverplichting. In beide gevallen wijst de “zorg” op een niet nader geconcretiseerde verzameling verplichtingen ten aanzien van het handelen van de hulpverlener.’

Het onderscheid wordt dus nog steeds gemaakt, niet zo zeer ter bepaling van de inhoud van de overeenkomst maar wel ter bepaling van de bewijslast.

In dit verband is ook van belang de recente conclusie van AG M.H. Wissink (een oude bekende) in de zaak betreffende de mogelijke aansprakelijkheid van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (advocaat M.E. Franke (eveneens bekend)), voor het gebruik van een ‘gebruikelijke’ zaak, het zogenoemde Pip-implantaat bij borstcorrecties.¹²

Nadat de AG allereerst ingaat op de verplichtingen die op de arts rusten op grond van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, zoals geregeld in artikel 7:453 BW: handelen als een redelijk bekwaam en redelijk handelend hulpverlener, die voorts handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, maakt hij een onderscheid tussen inspanningsverbintenissen en resultaatsverbintenissen, die beide uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst kunnen voortvloeien. Hij stelt dat volgens de parlementaire geschiedenis van een resultaatsverbintenis sprake kan zijn als het resultaat van de (deel)verbintenis van tevoren kan worden bepaald: het plaatsen van een kroon, het nemen van een bloedmonster,¹³ het geven

¹⁰ Asser/Tjong Tjin Tai 7-IV 2018/406. Zie ook Tjong Tjin Tai, ‘Toerekenbare niet-nakoming en de zorg van een goed schuldenaar’, *WPNR* 2004/6574.

¹¹ Vgl. ook *Kamerstukken II* 1990/91, 21561, nr. 6, p. 5.

¹² Concl. A-G M.H. Wissink 21 februari 2020, ECLI:NL:PHR:2020:176.

¹³ Asser/Tjong Tjin Tai 7-IV 2018/406.

van een injectie op de juiste plaats of het amputeren van het juiste been,¹⁴ of het plaatsen van een anticonceptiemiddel.¹⁵

Als we de bovenstaande opvattingen analyseren dan leidt dat mijns inziens tot de conclusie dat de scheidslijn tussen inspanningsverbintenissen en resultaatsverbintenissen nog steeds niet erg scherp getrokken kan worden.

De norm volgens welke de arts moet handelen, namelijk als een redelijk bekwaam vakgenoot, geldt nog steeds. De redelijk bekwaam handelend vakgenoot dient zich in te spannen voor een goed resultaat. De redelijk bekwaam handelend vakgenoot is slechts tot een concreet resultaat gehouden wanneer dat van tevoren kan worden bepaald.

Om het plaatsen van de kroon als voorbeeld te nemen: het moet toch wel gek zijn als het de tandarts niet lukt om de kroon te plaatsen en als hij dat niet kan, dient hij aan te tonen waarom hij dat niet kan. De bewijslast wordt, als gesproken kan worden van een resultaatsverbintenis, omgekeerd.

Het lijkt dat ons voorstel van 40 jaar geleden niet opgevolgd is, althans de resultaat-onder-voorbehoud-verbintenis heeft geen ingang gevonden. Om ons artikel uit 1979 te vinden, moest ik zelfs naar de Koninklijke Bibliotheek. Maar toch, er is wel degelijk wat veranderd wat betreft de bewijslast. Ik denk alleen dat het meer een verschuiving is. Handelingen die in 1979 beschouwd werden als de voldoening aan een inspanningsverbintenis, zijn in 2020 veelal de voldoening aan een resultaatsverbintenis.

De oorzaak daarvan is divers: allereerst is de patiënt veel mondiger en heeft hij mede ten gevolge van de Wgbo meer recht op informatie (artikel 7:448 BW). Hij kan zijn verwachtingen dus veel beter managen. Uiteraard zijn daar uitzonderingen op te bedenken (denk bijvoorbeeld aan Corona).

Een ander belangrijk punt is de voortschrijding van de medische technologie.

Was 50 jaar geleden een succesvolle behandeling van een hartinfarct in vele gevallen onmogelijk, tegenwoordig zou ik een dotterbehandeling na een hartinfarct een resultaatsverbintenis durven noemen.

De patiënt zal dus eerder en vaker de bewijslast bij de arts kunnen leggen. Maar zelfs als we geconfronteerd worden met een inspanningsverbintenis, is het in zijn algemeenheid ook voor de patiënt eenvoudiger bewijs te vergaren. Bijvoorbeeld door het opvragen van verslagen betreffende zijn behandeling waar hij op grond van de Wgbo recht op heeft (artikel 7:451 BW). Hoewel ik daar een belangrijke restrictie bij moet maken: de ondoorgrondelijkheid en onberekenbaarheid van het menselijk lichaam. Deze verwachtingen laten zich niet managen, ook niet 2020. Helaas, hiermee komt ook een eind aan de samenwerking.

Geheel in de sfeer van dit artikel wil ik eindigen met jou en Marianne veel gezondheid toe te wensen, dat is een inspanningsverbintenis!

¹⁴ J.T. Hiemstra, *Aansprakelijkheid voor ongeschikte medische hulpzaken*, Deventer: Wolters Kluwer 2018, p. 148.

¹⁵ Rb. Alkmaar 11 februari 2004, ECLI:NL:RBALK:2004:AO3553.