

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/128927>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

De Geschillencommissie Ziekenhuizen: een nieuwe vorm van geschillenbeslechting

Mw. Mr. P.P.M. van Reijssen

- **1. Inleiding**

Op 1 oktober 1996 is de Geschillencommissie Ziekenhuizen opgericht. Met deze Geschillencommissie is beoogd een snel, goedkoop en eenvoudig alternatief aan te bieden voor de behandeling van geschillen door de civiele rechter. De commissie behandelt geschillen tussen patiënten en ziekenhuizen over zaak- en personenschade tot een maximumbedrag van f 7.500,-. Het betrof aanvankelijk een experiment voor de duur van drie jaar waaraan 38 ziekenhuizen met 59 vestigingen verspreid over geheel Nederland, deelnamen. De geschillen die aan de Commissie ter beslechting zijn voorgelegd waren uiteenlopend van aard. Zo werd er geklaagd over het missen van een diagnose, het ontstaan van schade door intubatie en onvoldoende nazorg. Verder hadden klachten betrekking op de bejegening van de patiënt en het zoekraken van eigendommen van de patiënt. De minister van VWS heeft in februari 2000 te kennen

gegeven de geschillencommissie Ziekenhuizen te willen voortzetten voor alle ziekenhuizen.

Gedurende de periode van oktober 1996 tot oktober 1999 heeft de Katholieke Universiteit Nijmegen het experiment gevolgd en bestudeerd vanuit juridisch en rechtssociologisch perspectief. Uit verschillende bronnen is informatie verzameld over de zaken die aanhangig zijn gemaakt bij de geschillencommissie: de uitspraken zijn geanalyseerd, zittingen zijn bijgewoond, betrokkenen bij het experiment zijn geïnterviewd of hebben een schriftelijke vragenlijst ingevuld. De resultaten van dit onderzoek zijn recent gepubliceerd. ¹

In deze bijdrage wordt een korte schets van de Geschillencommissie Ziekenhuizen gegeven. Eerst wordt echter ingegaan op het “voortraject” van deze geschillen: de aansprakelijkstelling van de ziekenhuizen en de behandeling van claims door de verzekeraar (paragraaf 2). Een klager moet immers eerst deze weg bewandelen, alvorens hij bij de geschillencommissie Ziekenhuizen kan aankloppen. Paragraaf 3 behandelt de samenstelling, bevoegdheden en procedure van de Commissie. In paragraaf 4 wordt aandacht besteed aan de werkwijze van

de Geschillencommissie Ziekenhuizen in de praktijk. Vervolgens behandelt paragraaf 5 de jurisprudentie van de Commissie in relatie met de reguliere rechtspraak. De ervaringen van klagers en artsen met de Commissie komt in paragraaf 6 aan de orde. Het artikel wordt afgesloten met een conclusie.

- **2. De ziekenhuizen en de verzekeraar**

2.1 De ziekenhuizen

Alvorens een zaak door de geschillencommissie Ziekenhuizen in behandeling kan worden genomen, dient de klager eerst het ziekenhuis aansprakelijk te hebben gesteld voor de naar zijn oordeel geleden schade. Veelal gaat aan deze aansprakelijkstelling een klacht bij de klachtenfunctionaris of de klachtencommissie van het ziekenhuis vooraf.

Sinds de invoering van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector in 1995 dient elk ziekenhuis te beschikken over een klachtencommissie. Een ronde langs de 38 ziekenhuizen die bij de geschillencommissie Ziekenhuizen zijn aangesloten, leert dat alle ziekenhuizen voldoen aan dit wettelijke vereiste. De meeste ziekenhuizen hadden ook voor 1995 al een klachtencommissie. Daarnaast hebben 32 van de 38 ziekenhuizen gekozen voor het aanbieden van

klachtenbemiddeling aan klagers. De overige zes ziekenhuizen hebben bewust afgezien van het structureel aanbieden van bemiddeling, onder meer omdat het aanstellen van een klachtenfunctionaris een grotere opening voor klachten geeft of omdat in de optiek van het ziekenhuis klachten in eerste instantie moeten worden besproken met de desbetreffende hulpverlener in plaats van met een klachtenfunctionaris. De ziekenhuizen die wel bewust voor de mogelijkheid tot klachtenbemiddeling hebben gekozen zijn van mening dat op deze wijze samen met de klager wordt gewerkt aan een oplossing van problemen. Het merendeel van de klachten in ziekenhuizen bereikt nimmer de klachtencommissie: deze klachten worden door bemiddeling afgehandeld.

2

De behandeling van klachten in ziekenhuizen verschilt per klachtencommissie. Naast het behandelen van de klacht, hebben sommige klachtencommissies ook nog andere taken. Zo komt het voor dat klachtencommissies de bemiddelingen door de klachtenfunctionaris toetsen. Daarnaast bieden klachtencommissies een ondersteunde, begeleidende en signalerende rol binnen ziekenhuizen. In acht van de door ons onderzochte ziekenhuizen doen klachtencommissies geen uitspraak over

aansprakelijkstellingen of financiële aspecten van een klacht. Eén klachtencommissie behandelt wel claims, maar doet geen uitspraak over de aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Het oordeel van deze klachtencommissie betreft, in overeenstemming met de rechtspraak, uitsluitend de (on)gegrondheid van de klacht.

Ten aanzien van kleine claims waarin een schadebedrag wordt gevorderd tot f 1000,— voeren de meeste in ons onderzoek betrokken ziekenhuizen een coulancebeleid, gebaseerd op een kosten-batenanalyse. Deze claims worden zonder tussenkomst van de verzekeraar afgedaan, vaak zonder uitgebreid onderzoek naar de vraag of aansprakelijkheid moet worden erkend. Bij claims boven het eigen risico van f 1000,— wordt door slechts drie van de zeventien ziekenhuizen een bemiddelingspoging ondernomen. In alle overige gevallen legt het ziekenhuis de claim aan de verzekeraar voor. Als een claim eenmaal aan de verzekeraar is voorgelegd, vervult het ziekenhuis niet meer dan een postbusfunctie. De verzekeraar beoordeelt de claim, eventueel door tussenkomst van een deskundige of medisch adviseur. De verzekeraar neemt, op basis van door het ziekenhuis en de klager ter beschikking gestelde stukken een standpunt in over de aansprakelijkheid van het ziekenhuis.

2.2 Gescheiden trajecten

De behandeling van klachten en van claims worden door ziekenhuizen als twee verschillende, veelal gescheiden, trajecten beschouwd. Met deze trajecten zijn doorgaans verschillende personen en instanties belast en dat maakt ook dat klachten en claims verschillend worden geregistreerd. In het “klachttraject” wordt doorgaans vaker een gesprek aangegaan met de klager dan in het “claimtraject” en er wordt meer voorlichting gegeven over verschillende klacht- en claimprocedures. De benadering in het “claimtraject” is een overwegend juridische. De gescheiden trajecten kunnen worden begrepen vanuit de verschillende doelen van ziekenhuizen met de klacht- en claimbehandeling en vanuit de verschillende doelstellingen die klagers volgens ziekenhuizen daarmee hebben (klacht: het ziekenhuis wijzen op een onjuiste behandeling en gezamenlijk zoeken naar een oplossing; claim: het vorderen van financiële genoegdoening). In het vervolg van dit artikel komt echter naar voren dat klagers vaak verschillende doelstellingen en verwachtingen hebben. Naast een financiële genoegdoening, willen zij soms bereiken dat de arts ter verantwoording wordt geroepen, voorkomen dat andere patiënten worden gedupeerd of gewoonweg erkenning van het ziekenhuis dat een medische fout is gemaakt.

2.3 De verzekeraar

Het experiment met de geschillencommissie was beperkt tot ziekenhuizen die hun aansprakelijkheidsverzekering bij MediRisk hadden afgesloten. Klagers die het niet eens waren met de beslissing van MediRisk (toewijzing of afwijzing) over de aansprakelijkstelling, konden hun claim ter toetsing aan de geschillencommissie Ziekenhuizen voorleggen, mits deze claim het bedrag van f 7500,- niet te boven ging. Tabel 1 geeft een indruk van de wijze waarop MediRisk schadeclaims beoordeelt. ³

Het blijkt dat in slechts 6% van de zaken meer dan f 7500,- wordt uitgekeerd aan klagers. Door de jaren heen heeft MediRisk in 68% van de claims (nog) geen uitkering verstrekt. De gemiddelde schadelast van claims waarin (nog) geen uitkering is gedaan bedraagt f 5200,-. ⁴

Hoeveel zaken precies boven en onder de competentiegrens van de geschillencommissie vallen, kan niet worden achterhaald. Gezien de gemiddelde schadelast mag er echter van worden uitgegaan dat de meeste claims vallen onder de competentiegrens van de Geschillencommissie Ziekenhuizen.

Tabel 1 Hoogte van uitkeringen door MediRisk naar jaar van afdoening

Jaar van afdoening	geen uitkering*	Hoogte van uitkering in gulden			Totaal aantal claims
		250<7.500	7.500<50.000	>50.000	
1994	108	46	6	–	160
1995	108	48	6	–	162
1996	237	62	18	1	318
1997	361	159	28	–	548
1998	488	192	36	17	733
Totaal aantal claims	1302	507	94	18	1921
%	68%	26%	5%	1%	100%

Bron: Medirisk; bewerking: KU Nijmegen

* MediRisk registreert de kosten die gemaakt moeten worden om de zaak af te doen, buiten de eigen reguliere behandelingskosten. In 1027 zaken werden geen kosten opgevoerd en in 275 zaken werd minder dan f 250,- opgevoerd. Deze laatste kosten zijn te beschouwen als kosten in verband met het opvragen van (para)medische behandelingsinformatie en derhalve niet als uitkeringen aan de klager.

- **3. De Geschillencommissie Ziekenhuizen:**
samenstelling, bevoegdheden en procedure

3.1 Samenstelling

De Geschillencommissie bestaat uit vijf leden: een voorzitter die de hoedanigheid van meester in de rechten bezit, een lid dat is voorgedragen door de KNMG, een lid dat is voorgedragen door de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en twee leden die zijn voorgedragen door de Consumentenbond. Bij de samenstelling van de Commissie voor een bepaalde zitting wordt zo veel mogelijk rekening gehouden met de inhoud van het geschil. In de praktijk blijkt dit echter niet steeds mogelijk te zijn. De commissie is ondergebracht bij de Stichting Geschillencommissies voor consumentenzaken (SGC) in Den Haag. De stichting heeft aan de Commissie een secretaris toegevoegd die de hoedanigheid van meester in de rechten bezit. Ook het secretariaat wordt door de stichting verzorgd.

De omvang van de commissie is groot in vergelijking met andere Commissies die onder de stichting ressorteren én in vergelijking met de gewone rechtspraak. In de overheidsrechtspraak wordt slechts bij uitzondering door vijf rechters geoordeeld. De omvang en de paritaire samenstelling van de Commissie kunnen echter worden verklaard door de totstandkomingsgeschiedenis van de

Commissie; daar waren ook alle bovengenoemde beroepsorganisaties bij betrokken. Bovendien wordt met deze samenstelling verondersteld dat de Commissie voldoende deskundigheid bezit om de geschillen zelf, dus zonder het inwinnen van deskundigenberichten, te beslechten. De behandelingsduur kan daardoor kort blijven. Bij de leden van de Geschillencommissie overheerst de gedachte dat de behandeling van een geschil ook met drie leden kan plaatsvinden. Gesproken wordt wel van een “overkill” ten opzichte van de klager.

3.2 Bevoegdheden

Zoals hierboven is vermeld heeft de Commissie tot taak geschillen tussen klager en ziekenhuis te beslechten over zaak- en personenschade tot een maximumbedrag van f 7500,-. Indien tijdens de zitting aannemelijk wordt dat de schade dit bedrag overstijgt, wordt blijkens het Reglement van de Commissie het geschil niet behandeld. Dit is slechts anders indien klager verklaart, op grond van feiten en omstandigheden die hij redelijkerwijs kon weten tijdens de behandeling van het geschil, zijn vordering tot het bedrag van f 7500,- te beperken. Over deze financiële competentiegrens wordt door de bij het experiment betrokken actoren verschillend gedacht. De voorstanders van deze grens voeren als belangrijkste argument aan dat bij de geschillencommissie sprake is van een informele

procedure; bij grotere bedragen spelen andere belangen waardoor een andere, meer formele procedure noodzakelijk zou zijn. Met name het feit dat van een beslissing van de Geschillencommissie niet in beroep kan worden gegaan, is van doorslaggevend belang. De tegenstanders daarentegen brengen onder meer naar voren dat door de competentiegrens te weinig gebruik kan worden gemaakt van de Commissie en dat deze financiële beperking de flexibiliteit van de Commissie nadelig beïnvloedt.

De klager dient zijn klacht binnen een termijn van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de klager met de schade bekend is geworden, schriftelijk aan het ziekenhuis voor te leggen en het ziekenhuis voor deze schade aansprakelijk te stellen. Indien het ziekenhuis de klacht niet binnen drie maanden na indiening heeft afgehandeld, wordt deze geacht niet tot tevredenheid van de klager te zijn afgehandeld. De klager kan zijn klacht dan schriftelijk bij de Geschillencommissie aanhangig maken. Ook indien de klacht wel door het ziekenhuis is afgehandeld, maar de klager niet tevreden is over het resultaat, kan hij zijn klacht schriftelijk aan de commissie voorleggen. Daarnaast heeft ook het ziekenhuis de bevoegdheid een geschil aan de Commissie voor te leggen. Dit laatste is tijdens de looptijd van het experiment niet voorgekomen.

De Commissie heeft de bevoegdheid getuigen of deskundigen te horen.

3.3 Procedure

Een geschil dient aan de geschillencommissie te worden voorgelegd door middel van een ingevuld en ondertekend vragenformulier. Hiermee verklaart de klager de uitspraak van de geschillencommissie als bindend te beschouwen. De ziekenhuizen hebben het bindend karakter van de uitspraken al onderschreven in de door hen getekende toetredingsovereenkomst met de SGC. De klager moet bovendien het klachtengeld voldoen en verklaren ermee akkoord te gaan dat het ziekenhuis alle gegevens aan de Commissie verstrekt die relevant zijn voor de behandeling van het geschil.

De Commissie stelt het ziekenhuis schriftelijk in kennis van het in behandeling nemen van het geschil en stelt het ziekenhuis in de gelegenheid zijn standpunt over het geschil schriftelijk aan de Commissie kenbaar te maken. Daarna krijgt de klager nog de gelegenheid zich over het verweer te buigen. In vrijwel alle zaken vindt vervolgens een mondelinge behandeling van het geschil ter zitting plaats. De mondelinge behandeling blijft uitsluitend achterwege indien geen van beide partijen komt opdragen of indien de klager evident niet-ontvankelijk is in zijn klacht. Het Reglement bevat geen bepaling over de

termijn waarbinnen de Geschillencommissie uitspraak moet doen en de termijn waarbinnen de uitspraak dient te zijn verzonden.

- 4. De Geschillencommissie Ziekenhuizen in de praktijk

4.1 Aantallen claims

In het onderzoek is berekend dat als alle klagers met afgewezen claims beneden de competentiegrens verdere actie zouden willen ondernemen, dat dan in theorie jaarlijks tussen de 350 en 500 klagers een beroep zouden kunnen doen op de Geschillencommissie Ziekenhuizen. In werkelijkheid zien veel klagers van verdere actie af, omdat zij zich neerleggen bij de afwijzing door de verzekeraar of het niet kunnen opbrengen hiertegen verder in het geweer te komen. Het aantal claims dat daadwerkelijk bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen is ingediend, bedraagt 135 in de drie onderzochte jaren 1997, 1998 en 1999 tezamen (zie tabel 2). Meer dan de helft daarvan heeft de Commissie niet in behandeling kunnen nemen. Dit betrof bijvoorbeeld claims tegen ziekenhuizen die niet bij de geschillencommissie waren aangesloten of claims met betrekking tot schade ontstaan in een periode voordat het ziekenhuis bij MediRisk was verzekerd. Ook kwam het voor dat het schadebedrag hoger lag dan de competentiegrens van de commissie toeliet of dat de klager niet voldeed aan de voorwaarden

voor indiening (invullen vragenformulier en betaling klachtengeld). Een aantal klagers had het ziekenhuis niet eerst aansprakelijk gesteld. Bij een ruimere toepassing en bevoegdheid van de Commissie zal het percentage geschillen dat daadwerkelijk kan worden behandeld toenemen.

Bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ingediende claims en behandelde zaken naar jaar van indiening

Jaar van indiening	aantal ingediende claims	waarvan afgehandeld d.m.v. Uitspraak	waarvan niet in behandeling genomen
1996 (vanaf 1–10)	20	10	10
1997	36	25	11
1998	43	21	22
1999 (tot 1– 10)	36	11	25
Totaal	135	67	68

Bron : SGC, bewerking; KU Nijmegen

Het aantal van 135 claims in drie jaar relateert de door het kabinet met enige bezorgdheid geconstateerde “claimcultuur”. ⁵

De vrees voor een toename van claims maakte verzekeraars destijds huiverig voor toetreding tot het experiment met de Geschillencommissie Ziekenhuizen. De gevreesde stormloop op de Commissie bleef evenwel uit. De verwachting was dat de Geschillencommissie circa 100 zaken op jaarbasis zou behandelen. Dat het werkelijke aantal zaken veel lager is, komt onder meer doordat de Geschillencommissie binnen de gezondheidszorg nog geen grote bekendheid heeft verworven. Bovendien is de klachtenbehandeling in ziekenhuizen mede naar aanleiding van invoering van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector verbeterd en geprofessionaliseerd. Ook de verzekeraar is er veel aan gelegen klachten bij de bron, dat wil zeggen in de ziekenhuizen zelf, tot een oplossing te laten komen en stelt daarom aan ziekenhuizen aanvullende eisen ten aanzien van de klachtenbehandeling en -registratie. De verbetering van interne klachtmogelijkheden hoeft echter niet te betekenen dat hierdoor meer klachten intern afgedaan kunnen worden en minder klachten ter behandeling aan externe instanties, zoals de Geschillencommissie Ziekenhuizen, worden voorgelegd. Door klachtenfunctionarissen in dienst te nemen die met klagers een gesprek aangaan en hun voorlichting geven over de verschillende klachtmogelijkheden, kan ook de

omgekeerde situatie ontstaan, namelijk dat er een groter beroep wordt gedaan op externe klachteninstanties. Ons is gebleken dat ziekenhuizen nog maar weinig naar de Geschillencommissie Ziekenhuizen doorverwijzen. Dat is geen onwil, maar een gevolg van het feit dat in de meeste ziekenhuizen het “klachttraject” is gescheiden van het “claimtraject”. Degenen die in een ziekenhuis de voorlichting aan klagers geven, meestal de klachtenfunctionarissen, krijgen doorgaans de schadeclaims niet onder ogen. Degenen bij wie de schadeclaims worden ingediend, besteden de behandeling hiervan uit aan MediRisk. Voor de meeste ziekenhuizen verdwijnt de klager op dat moment uit beeld.

4.2 Klagers bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen

De klager die naar verhouding het meest een beroep doet op de Geschillencommissie Ziekenhuizen is een vrouw van middelbare leeftijd, die laag is opgeleid en maandelijks netto tussen de 2100 en 3100 gulden te besteden heeft. Zij woont in het westen van het land. Vrouwen, ouderen en klagers uit het westen zijn oververtegenwoordigd. ⁶

Vrouwen en ouderen maken relatief veel gebruik van de medische voorzieningen; hun oververtegenwoordiging bij de Geschillencommissie is dan ook niet zo verwonderlijk. Klagers in de provincies Utrecht, Noord-Holland en Zuid-Holland doen relatief vaak een beroep op Geschillencommissies die ressorteren onder de SGC. Wellicht is de zittingsplaats van de geschillencommissies (Den Haag) er debet aan dat de provincies Drenthe, overijssel, Friesland en Groningen niet of nauwelijks zijn vertegenwoordigd. Ook speelt een rol dat in deze regio slechts twee ziekenhuizen met vier vestigingen bij het experiment met de Geschillencommissie waren aangesloten. Het opleidingsniveau van klagers bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen ligt lager dan bij de Nederlandse bevolking tussen de 15 en 64 jaar. ⁷

De Geschillencommissie ziet graag de arts in persoon verschijnen en vermeldt dat ook in de uitnodiging voor de zitting. Voor veel ziekenhuizen ligt het echter (bezien vanuit een efficiënte bedrijfsvoering) meer voor de hand dat de klachtenfunctionaris of een directielid de behandeling bijwoont. De klachtenfunctionaris, omdat deze professioneel met de klachtenbehandeling is belast, en een directielid uit respect voor de klager en de geschillencommissie. In totaal was het ziekenhuis in 38 van de 67 zaken vertegenwoordigd, waarvan in 19 zaken door de behandelend arts. Wellicht speelt hier ook een rol dat de Geschillencommissie Ziekenhuizen (nog) niet dezelfde mate van gezag uitstraalt als bijvoorbeeld een tuchtcollege, waar artsen als regel wel op de zitting aanwezig zijn. In het tuchtrecht raakt de procedure de arts zelf, bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen treft een uitspraak in eerste instantie de verzekeraar MediRisk. Een paar keer kwam het voor dat de arts het ter zitting eens was met de klager en in bedekte woorden

liet blijken van mening te zijn dat het ziekenhuis of de verzekeraar een schadebedrag had moeten uitkeren.

4.4 Ter zitting

De mondelinge behandeling van de klacht ter zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen neemt in de procedure een belangrijke plaats in. De behandeling ter zitting duurt meestal circa veertig minuten. De Commissie zit aan een grote ovale tafel, waaraan ook partijen plaatsnemen. Doorgaans geeft de voorzitter een korte samenvatting van de klacht, waarna de zaak chronologisch of aan de hand van enkele specifieke vragen wordt doorgenomen. Behalve door de voorzitter, worden veel vragen gesteld door de medische deskundigen binnen de Commissie en in mindere mate ook door de andere Commissieleden. Getracht wordt een dialoog tussen de partijen tot stand te brengen. Artsen wordt soms gevraagd nog eens het doel van de medische behandeling aan klagers uit te leggen. Informatie die de één naar voren brengt, verifieert de voorzitter meteen aan de ander met korte vragen: “Klopt dat?” of “Bent u het daar mee eens?” Aan het einde van de zitting vraagt de voorzitter aan partijen of zij nog iets hebben toe te voegen aan hetgeen ter sprake is gebracht. De zitting wordt gesloten met de mededeling wanneer de partijen de uitspraak kunnen verwachten.

Ter zitting stelt de Geschillencommissie Ziekenhuizen zich niet lijdelijk op. Dit komt bijvoorbeeld duidelijk naar voren in het geval de klager emotioneel niet goed in staat is het woord te voeren en al vooraf heeft laten weten erg tegen de mondelinge behandeling op te zien. In een zaak waar dit zich voordeed, nam de voorzitter duidelijk het voortouw. Ter zitting geeft de voorzitter eerst een samenvatting van de klachten en constateert vervolgens “dat mevrouw er erg tegenop zag te komen” en zegt “blij” te zijn dat zij toch is gekomen. Tijdens de zitting valt de voorzitter de aanwezige arts en de medisch directeur bij tijd en wijle in de rede met opmerkingen als: “Hierop zegt mevrouw natuurlijk...” en brengt een tegenargument naar voren. Als het verhaal van de arts erg technisch wordt, gaat de voorzitter steeds bij de klaagster na: “Kunt u het volgen?” en “Wist u dat?” En één van de medische leden van de Geschillencommissie stelt de volgende vraag aan de arts: “Mevrouw klaagt erover dat het lang heeft geduurd voordat er iets wezenlijks is gebeurd. Wij kunnen ons daar wel iets bij voorstellen, maar willen ook graag uw kant van de zaak horen”. Waar geen advocaten aanwezig zijn, wordt soms een extra beroep gedaan op het (improvisatie)vermogen van de voorzitter om de behandeling van de klacht in goede banen te leiden.

De doelstelling van de Geschillencommissie om snel, eenvoudig en op een laagdrempelige manier claims te behandelen komt op verschillende manieren tot uitdrukking. Een snelle behandeling wordt onder meer nagestreefd door zo min mogelijk formele beletsels in de procedure op te roepen en door gebruik te maken van de deskundigheid binnen de Commissie in plaats van externe deskundigen om een oordeel te vragen. In de drie jaren van het experiment heeft de Commissie slechts één keer een deskundige geraadpleegd. De medische leden van de Commissie consulteren in de praktijk vaak op informele wijze bevriende artsen, meestal (oud-)collegae om een tweede mening over een casus te horen. De eenvoud en laagdrempeligheid wordt onder meer nagestreefd door jargon te vermijden en voor de klager begrip te tonen. Met nadruk wordt het leerstuk van de causaliteit uitgelegd. Er wordt dan bijvoorbeeld gezegd: “Het is uitermate vervelend dat u in deze ellende bent terechtgekomen, maar wij moeten ons nu afvragen of dat komt doordat de arts een fout heeft gemaakt.” De Commissie vraagt de arts soms in eenvoudige woorden aan de klager uit te leggen waarom besloten tot een bepaalde behandeling. Ook mag de klager wel eens stoom afblazen over een aspect van de klacht, waarover de

commissie niet bevoegd is te oordelen, bijvoorbeeld over de wijze waarop de klachtencommissie van het ziekenhuis de zaak heeft behandeld.

4.5 Behandelingsduur

Direct na afloop van de zitting neemt de Geschillencommissie in de raadkamer een beslissing. Deze beslissing wordt vastgelegd in een uitspraak die enkele weken na de zitting door de secretaris van de Commissie naar partijen wordt gezonden. De SGC streeft naar een gemiddelde totale behandelingsduur van alle geschillencommissies tezamen van vijf maanden. De gemiddelde behandelingsduur bedroeg in 1997 5,8 maanden, in 1998 4,7 maanden en in 1999 3,9 maanden. Deze termijn is korter dan de termijn waarbinnen de kantonrechter doorgaans uitspraken doet en de gemiddelde behandelingsduur bij de overige geschillencommissies.

4.6 De uitspraken

De Geschillencommissie Ziekenhuizen heeft in de onderzoekperiode in 67 zaken uitspraken gedaan. Deze uitspraken zijn in de volgende tabel weergegeven.

Tabel 3 Uitspraken van de Geschillencommissie
Ziekenhuizen

Eindbeslissing	absoluut in procenten	
gegrond	14	21%
deels gegrond	15	22%
ongegrond	28	42%
niet-ontvankelijk	5	7%
onbevoegd	1	2%
deels ongegrond/onbevoegd	2	3%
deels ongegrond/niet-ontvankelijk	1	2%
geschikt	1	2%
Totaal	67	100%

In 46% van alle zaken was sprake van een afwijzing van de vordering, terwijl in totaal 43% van alle zaken (deels) gegrond werd verklaard. Ter vergelijking van deze aantallen kan worden gewezen op de tuchtrechtspraak waarin circa 20% van de klachten als gegrond wordt toegewezen. ¹¹

Het percentage door de Geschillencommissie (deels) gegrond verklaarde klachten is dus aanmerkelijk hoger dan het percentage toegewezen klachten door de tuchtrechter.

In zestien van de 67 zaken werd het maximumbedrag aan schadevergoeding gevorderd. Dit bedrag is nimmer toegekend. De maximaal toegekende materiële

schadevergoeding bedraagt f 4000,—. De maximaal toegekende immateriële schadevergoeding is wat hoger: f 5000,—.

Het Reglement bepaalt dat de Commissie kan besluiten de consument het klachtengeld geheel of gedeeltelijk te vergoeden, indien de klacht (gedeeltelijk) gegrond wordt verklaard. De Commissie besloot hiertoe in 34 zaken. In vijf zaken werd uitsluitend het klachtengeld vergoed en is niet tevens een schadevergoeding toegekend.

- **5. Jurisprudentie**

De Geschillencommissie beslist volgens het Reglement bij meerderheid van stemmen, naar redelijkheid en billijkheid, met inachtneming van de regels van het recht en de tussen partijen gesloten overeenkomst. Dit houdt onder meer in dat de Commissie bij haar beslissing rechtsnormen voorvloeiend uit wetgeving, verdragen en ongeschreven recht, waaronder ook de beginselen van een goede procesorde, en jurisprudentie in acht dient te nemen. De Commissie is overigens geheel vrij in de waardering van de overgelegde stukken en stelt zich niet lijdelijk op.

De “vrijheid” van de Commissie komt soms duidelijk in haar uitspraken naar voren. Zo gunt de Commissie in een aantal gevallen, als het ziekenhuis niet ter zitting is

verschenen, de klager “het voordeel van de twijfel”. De Commissie hanteert dan bijvoorbeeld de volgende formulering: “Nu deze niet ter zitting is verschenen om een nadere toelichting te geven, ziet de Commissie aanleiding dit ten nadele van het ziekenhuis uit te leggen en de gevolgen van de tussen de klager en de chirurg gerezen communicatiestoornis aan het ziekenhuis toe te rekenen”. In de gewone rechtspraak wordt meestal aangenomen dat het betreffende feit als niet of onvoldoende weersproken vaststaat.

Ook uit de niet-lijdelijkheid van de Commissie blijkt duidelijk het informele karakter van een procedure bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen. Het uitgangspunt van de Commissie is dat zij niet zelfstandig de klachten aanvult. Desalniettemin is het door de Commissie in enkele zaken toegestaan dat de klager een nieuw klachtonderdeel eerst ter zitting naar voren brengt. In een zaak bijvoorbeeld had de klacht van de klager betrekking op de ingreep (een peeling), in het bijzonder de wijze waarop deze was uitgevoerd, en op de verstrekte nazorg. Niet werd geklaagd over de informatieverstrekking aan de klager. De geschillencommissie geeft op dit laatste punt wel haar visie. De Commissie oordeelde dat de patiënt ook bij een “louter cosmetische behandeling over *alle* (curs. Door de Geschillencommissie) informatie moest beschikken om zelf een keuze te maken. Ook ingeval de

dermatoloog geen fout zou hebben gemaakt, is hij aansprakelijk voor de schade nu hij is tekortgeschoten in zijn verplichting tot volledige informatie als hiervoor genoemd". De Commissie baseert de toewijzing van de vordering van de klager uitsluitend op deze overweging, hoewel, zoals gezegd, de patiënt niet heeft geklaagd over de informatieverstrekking door de dermatoloog. In een ander geval was de klager wel ter zitting aanwezig, maar het ziekenhuis niet. Op basis van het dossier gaf de Geschillencommissie haar oordeel over een onderdeel van het handelen door de hulpverlener waarover geen klacht was ingediend. De Geschillencommissie erkende dat de klager hierover geen klacht had ingediend, maar zij betrok dit aspect niettemin bij de zaak. De Commissie overwoog dat in een laagdrempelige procedure als de onderhavige, waarbij rechtsbijstand niet nodig zou moeten zijn, van de klager niet mag worden verwacht dat hij de klacht over de gevolgen van de ingreep verbindt met de vraag naar het informed consent. Bij deze overweging kan de vraag worden opgeworpen in hoeverre de feitelijke ongelijkheid tussen partijen door de geschillencommissie mag worden gebruikt om materiële gelijkheid te bewerkstelligen.

De Geschillencommissie Ziekenhuizen neemt de gewone rechtspraak bij de oordeelsvorming in aanmerking, maar heeft uiteraard, net als de gewone rechter, een eigen

verantwoordelijkheid en kan daarom van de gewone rechtspraak afwijken. In een klein aantal gevallen heeft de Commissie een standpunt ingenomen dat afwijkt van de gewone rechtspraak of waarvan de motivering niet overeenkomt met de gewone rechtspraak.

Zo keerde de geschillencommissie in een casus de bewijslast om. De Commissie overwoog: “Het is aan het ziekenhuis te bewijzen dat de oorzaak van het ongeval niet te wijten is aan een technisch mankement van de tillift dan wel een fout van het verplegend personeel.” Een dergelijke omkering van de bewijslast is tot op heden in ieder geval nog niet door de Hoge Raad of één van de gerechtshoven aanvaard in medische letselschadezaken en aansprakelijkstellingen van hulpverleners of ziekenhuizen. Wel is in dit soort zaken een verlichting van de bewijslast van eiser, veelal de patiënt, algemeen aanvaard. Deze verlichting houdt in dat van het ziekenhuis of de hulpverlener mag worden verwacht dat deze aan eiser voldoende feitelijke gegevens, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuisprotocol of een ziekenhuisvoorschrift, verstrekt ter betwisting van zijn stellingen door de eiser. ¹²

In een andere casus hanteerde de Geschillencommissie niet, zoals algemeen aanvaard in de gewone rechtspraak, de dubbele redelijkheidstoets ter toetsing van het handelen van de arts. ¹³

De Geschillencommissie

baseerde het oordeel op de vraag of de arts zorgvuldig had gehandeld (“alle voorzorgsmaatregelen die van een zorgvuldig handelend arts verwacht mogen worden (...)”) en niet ook op de vraag of de arts redelijk bekwaam was.

In afwijking van de rechtspraak van de civiele rechter en de tuchtrechter oordeelde de Geschillencommissie in een obiter dictum dat het ontbreken van een protocol waarin is neergelegd hoe met persoonlijke bezittingen moet worden omgegaan leidt tot aansprakelijkheid van het ziekenhuis indien persoonlijke bezittingen van de patiënt worden vermist. Het ontbreken van een protocol ter zake van bepaalde risico's rekent de Geschillencommissie in deze zaak toe aan het ziekenhuis in het geval deze risico's zich verwezenlijken. In de civiele rechtspraak en de tuchtrechtspraak is dit ongebruikelijk. ¹⁴

- 6. De waardering van partijen voor de geschillencommissie

6.1 De ervaringen van partijen

In een schriftelijke enquête zijn klagers en aangeklaagde artsen gevraagd aan te geven hoe zij de gang van zaken (de procedure) bij de Geschillencommissie hebben ervaren en of zij tevreden zijn over de uitspraak van de Commissie. Ook is een groot aantal andere vragen gesteld met open en gesloten antwoordcategorieën. Zesenvestig klagers (77 % van de aangeschreven klagers) en negentien artsen (89 % van de aangeschreven artsen) hebben de vragenlijst ingevuld geretourneerd. ¹⁵

In

tabel 4 is de waardering van partijen voor de Geschillencommissie weergegeven. Gezien de kleine aantallen, zijn alleen de absolute cijfers weergegeven.

Tabel 4 Waardering van klagers en aangeklaagden voor de gang van zaken bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen en voor de uitspraken van de commissie

aantal	aantal
klagers	aangeklaagden

Tevredenheid over de gang van zaken:

- zeer tevreden	17	4
- grotendeels tevreden	9	10
- grotendeels ontevreden	4	2
- zeer ontevreden	13	1

Tevredenheid over de uitspraak:

- zeer tevreden	10	7
- grotendeels tevreden	10	10
- grotendeels ontevreden	6	1
- zeer ontevreden	18	1

Over de gang van zaken bij de Geschillencommissie zijn klagers doorgaans beter te spreken dan over de beslissing op hun klacht. Alle respondenten wier vordering is afgewezen, zijn grotendeels ontevreden of zeer ontevreden over de uitspraak. Bovendien zijn zeven van de 24 klagers, wier vordering geheel of gedeeltelijk is toegewezen ontevreden over de uitspraak (vier hiervan zijn zeer ontevreden). Deze klagers zijn hoofdzakelijk ontevreden over de hoogte van de schadevergoeding. Een klager schrijft bijvoorbeeld: “Ik ben zeer correct behandeld. Ze luisterden goed naar mij, ik werd serieus genomen.” Zij had echter wel meer dan de toegekende 500 gulden schadevergoeding verwacht, omdat zij naar eigen zeggen “door toedoen van de arts” een jaar langer met rugpijn heeft rondgelopen. Desondanks zou zij een volgende keer weer een beroep doen op de

Geschillencommissie. Een andere klager die grotendeels tevreden is met de gang van zaken bij de geschillencommissie, maar grotendeels ontevreden is met de uitspraak, zegt dat de Commissie enerzijds niet aan zijn verwachtingen heeft voldaan, omdat naar zijn mening te weinig Commissieleden over medische kennis beschikken. In een ander opzicht heeft de Commissie wel aan zijn verwachtingen voldaan, omdat deze “een luisterend oor heeft geboden”.

De gegevens over de artsen moeten met terughoudendheid worden gelezen. Niet alleen betreft het kleine aantallen, ook is de respons selectief geweest: vooral artsen die door de Geschillencommissie in het gelijk zijn gesteld hebben gereageerd. De meerderheid van de respondenten is dan ook grotendeels tevreden of zeer tevreden over de gang van zaken bij de Geschillencommissie, als ook over de uitspraak die in hun zaak is gedaan. Enige reacties: er is sprake van een “correcte bejegening en behandeling in kort tijdsbestek.”, “De uitspraak deed recht aan de zaak, schriftelijke onderbouwing hiervan was adequaat.” En: “Het principe van hoor en wederhoor door een commissie van wijze mannen en vrouwen, met het principe van een eenmalige beslissing, is weinig belastend en kostenbesparend voor alle partijen.” enkele kritische geluiden hebben betrekking op de duur van de behandeling en over het

gegeven dat de klachtenbehandeling de artsen zelf veel tijd heeft gekost. De grote werkdruk had enkele respondenten ervan weerhouden de zitting van de Geschillencommissie bij te wonen.

6.2 Gevolgen van de geschillenbeslechting

Zoals gezegd waren de door ons ondervraagde artsen in meerderheid tevreden over de wijze waarop de Geschillencommissie Ziekenhuizen het geschil met hun patiënt heeft behandeld. Maar heeft dat er in hun ogen toe geleid dat hun praktijkvoering is veranderd? Vijftien van de negentien artsen beantwoorden deze vraag ontkennend. Eén arts schrijft dat hij naar aanleiding van de uitspraak nog meer nadruk legt op betere medische verslaglegging en controle. Een andere arts meldt dat hij zijn pre-operatieve werkzaamheden naar aanleiding van de uitspraak van de Geschillencommissie heeft aangepast. Eén arts zegt als gevolg van de klachtenbehandeling “defensiever” te werk te gaan en een andere arts geeft aan dat hij minder gemotiveerd is en “meer afstandelijk en wantrouwend” is.

Ziekenhuisdirecties bleken, voor zover zij kennis hadden genomen van uitspraken van de Geschillencommissie, hiermee in hun “klacht- en claimbeleid” rekening te houden. Eén directeur zei bijvoorbeeld dat het ziekenhuis niet twee maal een zelfde casus aan de Commissie zou

laten voorleggen. De verzekeraar MediRisk is in alle zaken de verplichting nagekomen om de toegekende schadevergoeding zonder meer uit te keren. De uitspraken van de Geschillencommissie Ziekenhuizen bieden een toets voor het eigen beleid. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er ook kritiek was op de inhoud van enkele uitspraken die de klager in het gelijk stelden. Deze kritiek richtte zich op zaken waarin de Commissie zich niet lijdelijk opstelde en bijvoorbeeld zelfstandig een klachtonderdeel toevoegde.

- **7. Tot slot**

Geschillencommissies bewegen zich in een spanningsveld, waarin snelheid, kostenreductie, procedurele en materiële rechtvaardigheid en aanvaarding van uitspraken soms verenigbaar en soms strijdig zijn met elkaar. Met de instelling van de Geschillencommissie Ziekenhuizen is in de eerste plaats beoogd een snelle, goedkope en laagdrempelige voorziening te bieden aan klagers die financiële schade hebben ondervonden als gevolg van een behandeling in het ziekenhuis. Daarnaast dienen de uitspraken van de Commissie doorwerking te hebben in de praktijk. Het bovenstaande overziend, mogen we concluderen dat de eerste doelstelling grotendeels is gehaald. De behandelingsduur van de geschillencommissie is in de

loop van de drie jaar verkort en is iets korter dan die bij de kantonrechter. Met de procedure bij de Geschillencommissie zijn voor partijen geen hoge kosten gemoeid. In verschillende opzichten is de procedure laagdrempelig, zij het dat veel klagers aangeven dat (rechts)bijstand noodzakelijk was. Het doorlopen van de procedure is dus niet voor iedereen eenvoudig. De bekendheid met de Geschillencommissie is echter gering. Daardoor heeft de doorwerking van uitspraken nauwelijks gestalte kunnen krijgen. Het onderzoek laat echter ook zien dat “snel, goedkoop en laagdrempelig” niet boven aan het lijstje van criteria staan aan de hand waarvan klagers en aangeklaagden het werk van de Geschillencommissie Ziekenhuizen beoordelen. Zij vinden in de eerste plaats een goede inhoudelijke beoordeling van het geschil belangrijker. Ook willen zij “gehoord” worden in hun klacht of in hun verweer. Dit luisterend oor biedt de geschillencommissie Ziekenhuizen ruimschoots.

Noten

- **1** N. Doornbos en P.P.M. van Reijssen, *De geschillencommissie Ziekenhuizen. Een eenvoudige procedure voor schadeclaims*, Koninklijke Vermande Lelystad, 2000, Reeks Gezondheidsrecht nr. 12.

- **2** Doornbos en Van Reijssen, o.c., pag. 33. Zie ook F.D. Friele, C. De ruiter, F. van Wijmen en J. Legemaate, *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*, Den Haag: ZON.
- **3** Zie ook Wildenberg, F.A.J.M. van den, R. Andriessse & A.M. Hamersma 1999.
- **4** Onder schadelast wordt verstaan het bedrag dat MediRisk reserveert voor het geval zij tot uitkering moet overgaan.
- **5** Brief van de minister van justitie aan de Tweede Kamer van 17 juni 1999. “Naar een claimcultuur in Nederland?”, *Tweede kamer 1998–1999*, 26 630, nr. 1 en *Ministerie van justitie (1999)*.
- **6** Onder de 67 klagers die in de onderzochte periode een beroep hebben gedaan op de Geschillencommissie Ziekenhuizen zijn 42 vrouwen (63 %). Van alle klagers is 57 % tussen de 40 en 65 jaar. Nog eens 26 % is ouder dan 65 jaar.
- **7** In een schriftelijke enquête hebben 36 klagers aangegeven wat hun opleidingsniveau is. Ruim de helft van de klagers, 21 van de 36, heeft lager of middelbaar onderwijs. Veertien klagers hebben MBO, HAVO of VWO, vijf klagers hebben een HBO-opleiding en één klager heeft een academische graad. De SGC moedigt klagers niet aan advocaten of andere rechtsbijstandverleners te betrekken bij procedures voor een geschillencommissie.

Deze zouden de zaken onnodig formaliseren. Het idee is dat de toegankelijkheid van de Geschillencommissies rechtsbijstand overbodig maakt. Toch gebruikt de SGC in haar correspondentie aan partijen formeel, juridisch taalgebruik, zoals “overeenkomstig het bepaalde in het Reglement”, “u kunt zich (...) laten vertegenwoordigen door een gemachtigde”, “schriftelijk commentaar (...) verzoeken wij u binnen veertien dagen na dagtekening van deze brief toe te zenden”. Ook spreekt de SGC van de “wederpartij” en van het “verweerschrift van het ziekenhuis”. Dergelijk taalgebruik draagt niet bij aan de doelstelling van eenvoudige en laagdrempelige geschillenbeslechting. In elf van de 67 zaken (16 %) werd de klager ter zitting van de Geschillencommissie Ziekenhuizen bijgestaan of vertegenwoordigd door een rechtsbijstandverlener. Dat percentage is iets hoger dan bij andere Geschillencommissies.⁷

In zes zaken stond een advocaat de klager bij en de andere zaken werden behartigd door een letselschaderegelaar of door een jurist van het Bureau voor rechtshulp, van een juristencollectief of een vakbond. Morele en psychische bijstand krijgen klagers van familieleden en vrienden. Bijna driekwart van de klagers neemt zijn of haar echtgenoot, een familielid of een vriend(in) mee naar de

zitting. Uit de schriftelijke enquête blijkt dat wel meer klagers professionele hulp hebben gehad in het stadium voorafgaande aan de zitting van de Geschillencommissie. Een derde van de klagers heeft professionele hulp gehad bij het indienen van de schadeclaim bij de geschillencommissie Ziekenhuizen. Het ging daarbij meestal om mondeling advies en bijstand bij het schriftelijke gedeelte van de klacht en in mindere mate om bijstand ter zitting. Opvallend is dat vijftien klagers (van de veertig klagers die deze vraag hebben beantwoord) aangeven geen hulp te hebben gehad, terwijl dat – achteraf gezien – wel noodzakelijk was geweest. Van de eveneens vijftien klagers die wel hulp hebben gehad, geven twaalf aan dat hulp noodzakelijk was. Het doorlopen van de procedure bij de Geschillencommissie is kennelijk niet voor iedereen eenvoudig. De motieven van klagers om een geschil aanhangig te maken bij de Geschillencommissie zijn niet uitsluitend financieel van aard zijn. Bijna alle klagers willen erkenning van hun klachten en sommigen hechten sterk aan persoonlijke excuses van arts in kwestie. Bij zaakschades, bijvoorbeeld als gevolg van gehoorapparaten of gebitsprothesen die zijn kwijtgeraakt, gaat het klagers voornamelijk om een vergoeding van de materiële schade. Maar soms betreffen claims bij de Geschillencommissie Ziekenhuizen eigenlijk tuchtrechtelijke verwijten, verpakt in een financieel jasje.

De klager zegt dat het hem niet om het geld te doen is, maar dat de arts een keer op zijn vingers moet worden getikt. Een klager wilde een excuus van het ziekenhuis. Daar had hij de indruk gekregen “dat men meer een ziekenfondsnummer was, in plaats van een mens met emotie”. Herhaaldelijk antwoorden klagers op de vraag naar hun motieven om een claim in te dienen bij de Geschillencommissie dat zij een gesprek willen aangaan met het ziekenhuis. Een klager zegt bijvoorbeeld: “Ik verwachtte een eerlijke schadevergoeding en ik dacht dat het ziekenhuis zou reageren en dat we het uit konden praten.” Zoals gezegd worden in veel ziekenhuizen claims zonder meer ter behandeling naar de verzekeraar doorgezonden. De klachtenfunctionaris of het secretariaat van de Raad van Bestuur fungeert dan slechts als postbode tussen de verzekeraar en de arts. Sommige klagers hebben daardoor niet het idee “gehoord” te zijn in hun klacht. Zij hadden verwacht dat het ziekenhuis zelf inhoudelijk op de klacht zou reageren, althans enige reactie naar de klager zou tonen. Partijen bespreken de klacht echter soms pas voor het eerst op de zitting van de Geschillencommissie.

4.3 De aangeklaagde ziekenhuizen

De 38 ziekenhuizen zijn niet in gelijke mate met de Geschillencommissie Ziekenhuizen in aanraking gekomen. Van negen ziekenhuizen is nooit een aansprakelijkstelling aan de Geschillencommissie

voorgelegd en dertien ziekenhuizen zagen slechts één claim tegen hen behandeld tijdens de drie jaren van het experiment. Eén ziekenhuis moest zich daarentegen zes keer voor de geschillencommissie verweren, zes ziekenhuizen kregen vier claims en nog eens zes ziekenhuizen kregen drie claims. Wij hebben geen aanwijzingen dat de frequentie van verschijnen voor de Geschillencommissie Ziekenhuizen een relatie heeft met de kwaliteit van de medische dienstverlening. Het ene ziekenhuis is wat meer open over de klachtmogelijkheden dan het andere en verwijst sneller door naar een instantie als de Geschillencommissie Ziekenhuizen. In 11 van de 67 zaken die de Commissie heeft behandeld ging het om zaakschade, schade als gevolg van een val, claims gericht tegen medewerkers van de Spoedeisende hulp, tegen ziekenverzorgers en (in één geval) tegen de ziekenhuiskapper. De overige claims waren gericht tegen medisch specialisten. De zogenoemde “snijdende” specialisten krijgen meer claims dan de “niet snijdende”. In 61 % van de zaken waren “snijdende” specialisten betrokken, zoals algemeen en orthopedisch chirurgen. ⁸

- **7** Bij andere Geschillencommissies schommelt het gemiddelde tussen 10 en 14 % (jaarverslagen SGC over 1997, 1996 en 1995).
- **8** In eerder onderzoek komen vergelijkbare percentages voor. L.G. Angenent & J.H. Hubben (1992), *Medische schadeclaims in Nederland 1980-1990*. Katholieke Universiteit Nijmegen, reeks recht & samenleving, nr. 6, p. 27.
- **10** Vgl. O'Barr, W.M. & J.M. Conley (1990), "Litigant satisfaction versus legal adequacy in small claims court narratives", in: j.N. Levi & A.G. Walker (eds.), *Language in the judicial process*. New York/London: Plenum Press, p. 121.
- **11** Zie onder meer M.E.F. Heineman & J.H. Hubben, *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*. Lelystad: koninklijke Vermande 1998.
- **12** Hoge Raad 20 november 1987 *NJ* 1988, 500 timmer-Deutman. Teeuwissen zit overigens op de lijn van de Geschillencommissie. Hij stelt dat het bewijsrisico in beginsel daar behoort te liggen, waar de initiële fout is gemaakt. J.G.T. Teeuwissen, "Medische aansprakelijkheid", in: J.H. Hubben (red.), *Arts, patiënt en ziekenhuis*, tweede herziene druk, Gouda: Quint 1997, p. 43–58.
- **13** Hoge Raad 9 november 1990 *NJ* 1991, 26 speeckaert-Gradener.

- **14** P.P.M. van Reijssen, *Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht*, Koninklijke Vermande Lelystad 1999 (diss.), in het bijzonder hoofdstuk 7.
- **15** Alleen artsen wier zaken in 1998 en 1999 ter zitting van de geschillencommissie Ziekenhuizen zijn behandeld, zijn met een vragenlijst benaderd.