



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Opkomst én ondergang van het medisch aansprakelijkheidrechts?

Hartlief, T.; Sombroek-van Doorm, M.; Leun, J. van der; Ellian, A.; Boom, W. van

### Citation

Hartlief, T. (2021). Opkomst én ondergang van het medisch aansprakelijkheidrechts? In M. Sombroek-van Doorm, J. van der Leun, A. Ellian, & W. van Boom (Eds.), *Cum Suis: Vriendenboek Carel Stolker* (pp. 23-38). Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3463961>

Version: Publisher's Version  
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)  
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3463961>

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

## OPKOMST ÉN ONDERGANG VAN HET MEDISCH AANSPRAKELIJKHEIDSRECHT?

*Ton Hartlief\**

Carel Stolker heeft naam gemaakt, niet alleen als academicus maar ook als bestuurder. Soms schitterde hij in beide hoedanigheden tegelijk. Met zijn geschriften over de wetenschappelijkheid van het juridisch onderzoek bijvoorbeeld heeft hij een stevige steen in de vijver van rechtsgeleerd Nederland gegooid.<sup>1</sup> Ik laat dit thema, hoewel nog altijd actueel, rusten en ga hier ook niet de bestuurlijke kwaliteiten van de jubilaris bezingen. Ik wil terug naar de jonge academicus die eind jaren tachtig zijn visitekaartje afgaf met een tweetal boeken over medische aansprakelijkheid: een proefschrift over de aansprakelijkheid van de arts met speciale aandacht voor mislukte sterilisaties én een boekje over de aansprakelijkheid voor medische fouten in de Verenigde Staten.<sup>2</sup>

Anno 2020 verrast het voorwoord bij Stolkers proefschrift toch wel:

*“Zo voegde ik bijvoorbeeld toe beschouwingen over de grondslag van de aansprakelijkheid van de arts, over het bewijs van informed consent, over de betekenis van ervaring, over de doctrine van de gemiste kans, en zo verder. Het bleken veelal onderwerpen waarover in Nederland nog maar weinig was geschreven. Hoe anders is dat in het buitenland! – met name in West-Duitsland en de Verenigde Staten van Amerika. Die landen worden overspoeld door aanhoudende golven van rechtspraak en literatuur. In Nederland zitten wij nog hoog en droog, met alle gelegenheid om lessen uit te trekken uit fouten en vondsten van anderen.”<sup>3</sup>*

Dit geeft het beeld van een rechtsgebied dat eind jaren tachtig nog nauwelijks ontwikkeld is, van een medisch aansprakelijkheidsrecht was kennelijk nog geen sprake. Ook het tweede werk suggereert dat er in Nederland op het moment van schrijven weinig speelde. Opnieuw put ik uit het voorwoord:

*“In Nederland wordt Amerika wel gebruikt als een vage waarschuwing aan juristen zich niet te zeer bezig te houden met het aansprakelijkheidsrecht binnen het gezondheidsrecht. Ze zouden maar slapende honden wakker maken. (...) In het*

---

\* Ton Hartlief is advocaat-generaal bij de Hoge Raad en hoogleraar privaatrecht te Maastricht. Hartlief was hoogleraar burgerlijk recht in Leiden (1996-2001) en in dat kader betrokken bij het door Carel Stolker geleide Meijers-Instituut.

1 Zie bijvoorbeeld Stolker 2003, p. 766 e.v.

2 Stolker 1986 en Stolker 1989.

3 Stolker 1986, p. 13.

laatste hoofdstuk probeer ik (...) heel voorzichtig enige lessen te trekken uit wat er in Amerika aan de hand is. Hoeft de Nederlandse gezondheidszorg niet bang te zijn voor een overwaaien van ‘Amerikaanse toestanden’? Of gaat het ermee zoals met de graffiti, waarmee West-Europa stormenderhand werd veroverd?”<sup>4</sup>

De jonge Stolker was optimistisch, zo valt op te maken uit zijn slotbeschouwing:

“Wat zijn de lessen voor Nederland? Staan ons Amerikaanse toestanden te wachten? Het lijkt niet waarschijnlijk. We kennen geen juryrechtspraak, geen ‘no cure, no pay’, en een beperkt smartengeld. Maar wie de Nederlandse situatie wil onderzoeken, wordt het niet gemakkelijk gemaakt. Gegevens zijn er niet, of ze worden niet gegeven. Toch, ook al zal Nederland geen Amerika worden, zal ook bij ons het aantal vorderingen wel gaan stijgen. De belangstelling voor medische aansprakelijkheid neemt toe en dat zal van invloed zijn op het aantal vorderingen.”

Een claim vanwege een medische fout werd eind jaren tachtig binnen het commune aansprakelijkheidsrecht beoordeeld. Van een specifiek medisch aansprakelijkheidsrecht was eigenlijk geen sprake. Dat was in andere landen, de Verenigde Staten voorop, wel anders. Claims naar aanleiding van (beweerde) medische fouten zorgden daar voor de nodige rechtspraak en literatuur. Bovendien wakkerden zij de vrees aan voor een uit de hand lopend aansprakelijkheidsrecht. Die vrees, zo toonde de jonge Stolker, was in de jaren tachtig wel al de Atlantische oceaan overgewaaid, maar leek hem onnodig gelet op de verschillen tussen het Amerikaanse en het Nederlandse rechtssysteem.

#### BACK TO THE FUTURE

Sindsdien is er het nodige veranderd, niet alleen in de gezondheidszorg maar ook in het recht en in de rechtswetenschap. Hoewel op het vlak van patiëntveiligheid het nodige is verbeterd, zijn er ook nog steeds veel, zoals dat tegenwoordig heet, ‘onbedoelde gevolgen van medisch handelen’. Inmiddels weten we ook meer, bijvoorbeeld waar het mis gaat. Een recente publicatie<sup>5</sup> leert bijvoorbeeld dat in de periode 2007-2016 ruim 15.000 schadeclaims zijn ingediend en dat in dezelfde periode ook ongeveer evenveel dossiers (betreffende 1994-2016) zijn gesloten. Van die laatste zou zo’n 40% tot een vergoeding leiden. Daarmee is een schadelast gemoeid van bijna 230 miljoen euro waarvan de snijdende beroepen 63% voor hun rekening nemen.

Het aantal claims en ook de schadelast is sinds de hier centraal gestelde geschriften van Stolker sterk toegenomen. Medische aansprakelijkheid krijgt inmiddels ook de nodige aandacht in rechtspraak en literatuur. Tegenwoordig

4 Stolker 1989, p. XI.

5 Klemann, Ten Hoopen en H. Mertens 2019, p. 2932 e.v.

kan – de ‘bijbel’ van Wijne getuigt daarvan<sup>6</sup> – het best worden gesproken van een medisch aansprakelijkheidsrecht, zij het dat dit terrein zich eerst en vooral in het ‘bredere’ kader van het commune aansprakelijkheidsrecht heeft ontwikkeld en daar ook nog altijd te situeren is; het is een deelterrein van het aansprakelijkheidsrecht. De in 1995 ingevoerde regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst heeft afgezien van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis en een exoneratieverbod weinig te bieden op het terrein van aansprakelijkheid.

De stormachtige ontwikkeling die het gemene aansprakelijkheidsrecht de afgelopen decennia heeft doorgemaakt, is bepalend geweest voor het medische aansprakelijkheidsrecht. Het gaat daarbij om verschillende trends zowel in recht als in doctrine die vaak in elkaars verlengde liggen. In het aansprakelijkheidsrecht, zeker waar het om personenschade gaat, is sprake van ‘uitdijning’. Bovendien worden het aansprakelijkheidsrecht tegenwoordig meer ‘taken’ toegedicht dan het bieden van compensatie: preventie en bijvoorbeeld ook het vervullen van immateriële behoeften van eisers. Tegelijkertijd is er ook aandacht voor tekorten en nadelige effecten van (een uitdijend) aansprakelijkheidsrecht. De politiek toonde zich bezorgd over het ontstaan van een claimcultuur en ‘Amerikaanse toestanden’ en in de doctrine en ‘het veld’ is er oog voor de kwalijke kanten van het ‘toernooimodel’ dat het aansprakelijkheidsrecht kenmerkt.

Deze ontwikkelingen raken ook ‘het medische’. Patiënten profiteren van genoemde uitdijning, zij hebben net als andere slachtoffers bijvoorbeeld baat bij oplossingen voor bewijsproblemen en profiteren ook van een hoger smartengeld. En uiteraard wordt de ‘betalende kant’ door een dergelijke uitbreiding van de aansprakelijkheidslast getroffen. Ook de andere algemene ontwikkelingen hebben betekenis voor ‘het medische’. Dat geldt uiteraard voor de bezorgdheid over ‘Amerikaanse toestanden’, maar ook voor de toenemende aandacht voor de voor- én nadelen van het aansprakelijkheidsrecht (meerwaarde op het immateriële vlak versus belastende procedure en kosten bijvoorbeeld).

Het is niet zo dat deze ontwikkelingen ‘het medische’ enkel overkomen. Regelmatig dragen juist casussen in die sfeer bij aan de rechtsontwikkeling: denk aan bijstelling van rechtspraak op het vlak van (schending van) veiligheidsnormen, reikwijdte van de omkeringsregel of aanvangstijdstip verjaringstermijn.<sup>7</sup> Een enkele keer rijst de vraag of ‘het medische’ een bijzonder regime binnen het algemene rechtvaardigt. In dit verband springt in het oog de actuele onder meer in verband met PIP-implantaten gerezen vraag of art. 6:77 BW bij

---

6 Wijne 2013.

7 Zie voor het eerste thema HR 13 januari 1995, NJ 1997/175 m.nt. C.J.H. Brunner (De Heel/Korver), voor het tweede HR 23 november 2002, NJ 2002/386 en 387 m.nt. J.B.M. Vranken (Peesschedeontsteking en Spondylodese) en HR 19 maart 2004, NJ 2004/307 m.nt. W.D.H. Asser (Seresta) en voor het laatste HR 31 oktober 2004, NJ 2006/112 m.nt. C.E. du Perron (Jasper Saelman).

medische hulpzaken minder streng zou moeten uitpakken voor de schuldenaar (ziekenhuis, arts) dan buiten de sfeer van 'het medische'.<sup>8</sup> De Hoge Raad lijkt in twee recente beslissingen inderdaad terughoudend. Zo benadrukt hij dat toepassing van art. 6:77 BW alleen in beeld is, wanneer sprake is van een zaak die bij de uitvoering van de verbintenis wordt gebruik in de zin van art. 6:77 BW en tevens kan worden gezegd dat de gebruikte zaak ten tijde van de behandeling niet 'state of the art' was. Is dat laatste wél het geval dan maken nieuwe medische inzichten niet dat het gebruik van de zaak alsnog een tekortkoming oplevert.<sup>9</sup> Bij de PIP-implantaten is inderdaad sprake van een ten tijde van de behandeling ongeschikte zaak, maar voor toerekening aan arts en ziekenhuis is hier geen plaats mede gelet op het feit dat sprake is van frauduleus handelen door de producent, een omvangrijke aansprakelijkheid aan de orde zou zijn én 'hier te lande' slechts een beperkte mogelijkheid bestaat zich te verzekeren. Bovendien is de producent van de PIP-implantaten gefailleerd, zodat regres ook niet mogelijk zou zijn.<sup>10</sup> Hier kan met succes een beroep worden gedaan op de ontsnappingsclausule in art. 6:77 BW (toerekening, tenzij dat onredelijk is...). Het komt ook voor dat specifieke in 'het medische' ontwikkelde rechtspraak juist een algemenere betekenis krijgt. Te denken valt aan de rechtspraak met betrekking tot protocollen. Deze zelfregulering in de gezondheidszorg wordt serieus genomen in het aansprakelijkheidsrecht: schending van een protocol leidt in principe tot aansprakelijkheid, maar slaafse opvolging is fout; soms is afwijken van een protocol juist in het belang van een goede patiëntenzorg.<sup>11</sup> Deze rechtspraak van de Hoge Raad lijkt richtinggevend voor andere zelfregulering in het privaatrecht.<sup>12</sup> Voorbeeldig is 'het medische' ook op het vlak van smartengeld bij schending van fundamentele rechten: een ernstige inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht geeft aanspraak op smartengeld.<sup>13</sup>

Ook bij de andere trends levert 'het medische' relevant illustratiemateriaal op: neem de angst voor 'defensieve geneeskunde' in het kader van de vrees voor het ontstaan van een claimcultuur of het inzicht dat het *toernooimodel* van ons aansprakelijkheidsrecht niet alleen een wissel trekt op eisers maar ook op gedaagden.

De ontwikkelingen 'in het medische' staan vaak in de sleutel van het zoeken naar een oplossing voor de problemen waarmee patiënten zich geconfronteerd zien: juist het nemen van basale horden als fout, schade en causaal verband

8 Zie onder meer Hiemstra 2018 en Hiemstra 2020, p. 81 e.v.

9 HR 19 juni 2020, RvdW 2020/779 (Miragelplombe), rov. 3.1 en 3.2.2 en HR 19 juni 2020, RvdW 2020/780 (PIP-implantaten), rov. 2.8.2 en 2.8.7.

10 HR 19 juni 2020, RvdW 2020/780 (PIP-implantaten), rov. 2.9.1.

11 Zie HR 2 maart 2001, NJ 2001/649 m.nt. J.B.M. Vranken en F.C.B. van Wijmen (Trombose) en HR 1 april 2005, NJ 2006/377 m.nt. H.J. Snijders en F.C.B. van Wijmen (Augmentin).

12 Zie bijvoorbeeld Menting Tilburg 2016.

13 HR 18 maart 2005, NJ 2006/606 m.nt. J.B.M. Vranken (wrongful life). Ingevolge het EBI-arrest (HR 15 maart 2019, NJ 2019/162 m.nt. S.D. Lindenbergh) geeft niet iedere schending van een fundamenteel recht, recht op smartengeld.

blijkt lastig. Dat aan deze vereisten is voldaan, is niet eenvoudig aan te tonen en wordt al snel door ziekenhuis of arts betwist. Ook door partijen ingeschakelde deskundigen komen regelmatig tot verschillende, soms zelfs sterk uiteenlopende, oordelen. De discussie tussen partijen, bijvoorbeeld over deskundigenberichten, is belastend en kostbaar. Nog altijd wordt er rekening mee gehouden dat mede daardoor een aantal op zichzelf reële claims achterwege blijft. De oplossing voor genoemde problemen wordt onder meer in het aansprakelijkheidsrecht gezocht en heeft in dat verband ook ‘uitdijning’ opgeleverd: de verzwaarde stelplicht voor de ontkenkende arts<sup>14</sup> en de erkenning van verlies-van-een-kans als schadefactor.<sup>15</sup> Verder wordt bijvoorbeeld ingezet op afspraken tussen bij de afwikkeling van dit soort schades betrokken partijen (denk aan de Gedragscode Openheid Medische Incidenten (GOMA)).

Hoe ontwikkelt zich nu het medische aansprakelijkheidsrecht? Wat de toekomst gaat brengen, is uiteraard ongewis, maar de kans is groot dat ontwikkelingen in verleden en heden de toon zullen zetten. Ik sta daarom toch nog stil bij de al aangestipte ontwikkeling van het commune aansprakelijkheidsrecht en haar betekenis voor ‘het medische’. Dat ‘in het medische’ nog altijd, ondanks voorzieningen in rechtspraak én wetgeving, wordt geklaagd over tekortkomingen van ons aansprakelijkheidsrecht verdient ook aandacht. In uiterste instantie, zo wordt ook tegenwoordig weer bepleit,<sup>16</sup> zouden de ‘onbedoelde gevolgen van medisch handelen’ daarom beter buiten het aansprakelijkheidsrecht kunnen worden afgewikkeld in een schadefonds of *No Fault*-systeem.

Stolker is getuige geweest van de opkomst van het medisch aansprakelijkheidsrecht. Gaat hij nu ook zijn ondergang meemaken?

#### UITDIJING IN HET PERSONENSCHADERECHT

Het aansprakelijkheidsrecht is de afgelopen decennia sterk ontwikkeld, zowel in rechtspraak van de Hoge Raad als in wetgeving. Uiteindelijk is sprake van uitdijning op alle fronten: uitbreiding van de aansprakelijkheidsgronden (denk aan de invoering van nieuwe risicoaansprakelijkheden, maar ook van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis) en van de voor vergoeding in aanmerking komende schadeposten, tegemoetkoming aan eisers op het vlak van causaliteitsonzekerheid en beperking van het verjaringsberoep en het eigen schuldverweer.<sup>17</sup> Deze ontwikkeling vindt mede haar verklaring in de aandacht binnen de doctrine voor het aansprakelijkheidsrecht, in de bereidheid van de

---

14 HR 20 november 1987, NJ 1988/500 m.nt. W.L. Haardt (Timmer/Deutman) en HR 15 juni 2007, NJ 2007/335.

15 HR 23 december 2016, NJ 2017/133 m.nt. S.D. Lindenbergh (Netvliesloslating) en HR 27 oktober 2017, NJ 2017/422 (Caudasyndroom).

16 Zie bijvoorbeeld Dute, Faure en Koziol 2004.

17 Zie nog altijd Bolt en Spier 1996.

rechterlijke macht nieuwe stappen te zetten en in de openheid van het systeem: het aansprakelijkheidsrecht laat ruimte voor nieuwe vragen en moderne bijvoorbeeld aan andere disciplines ontleende inzichten.<sup>18</sup>

Wat wetgeving betreft heeft het BW 1992 natuurlijk een modern aansprakelijkheidsrecht gebracht, met onder meer een aantal nieuwe risicoaansprakelijkheden. Daarna is een aantal ad-hocaanvullingen en -wijzigingen doorgevoerd. Zo heeft art. 3:310 lid 5 BW per 1 februari 2004 een specifiek verjaringsregime voor personenschade geïntroduceerd, kennen we met ingang van 1 januari 2019 een regeling vergoeding affectieschade en is er sinds 1 januari 2020 de mogelijkheid van een collectieve schadevergoedingsactie. In de rechtspraak van de Hoge Raad hebben diverse 'grote dossiers' (verkeersongevallen, beroepsziekten) spektakel opgeleverd: de 50%- en 100%-regel bij art. 185 WvW,<sup>19</sup> introductie van proportionele aansprakelijkheid in de sfeer van causaliteitonzekerheid<sup>20</sup> en erkenning van de werking van art. 6:2 lid 2 BW in het verjaringsrecht.<sup>21</sup> Ook meer incidentele beslissingen verdienen de aandacht. Illustratief is het arrest inzake *Johanna Kruidhof* waarin is aanvaard dat vrije tijd gestoken in verzorging en verpleging van een letselschadeslachtoffer voor vergoeding in aanmerking komt.<sup>22</sup>

Hoewel de rechtsontwikkeling zeker niet beperkt is tot het terrein van de personenschade, en daar draait het ook om in het medisch aansprakelijkheidsrecht, ligt daarop wel een zekere nadruk. Verschillende ontwikkelingen, denk aan de omkeringsregel en de figuur van de proportionele aansprakelijkheid, zijn weliswaar in hun betekenis niet tot personenschade beperkt, maar niet toevallig wel in dat kader geïntroduceerd. In de wetgeving worden soms specifieke regelingen voor personenschade getroffen.<sup>23</sup> Behalve aan de al genoemde invoering van een specifieke verjaringstermijn kan ook worden gedacht aan de deelgeschilprocedure die vlotte afwikkeling moet bevorderen.<sup>24</sup> Aan de nadruk op personenschade heeft bijgedragen dat de afwikkeling ervan commercieel interessant is gebleken. In deze 'business' gaat het al lang niet meer alleen om letselschadeadvocaten en (advocaten van) aansprakelijkheidsverzekeraars. Ook letselschadebureaus staan getroffen bij. Ondersteuning wordt geboden door expertisebureaus, medisch adviseurs, arbeidsdeskundigen en rekenkundigen. Bovendien is sprake van 'institutionalisering': naast de Vereniging van Letselschadeadvocaten (LSA) en de ASP (advocaten voor slachtoffers van personen-

18 Juist ook de doctrine staat open voor inzichten uit andere disciplines. Illustratief is Van Boom, Giesen en Verheij 2013.

19 Zie HR 1 juni 1990, NJ 1991/720 m.nt. C.J.H. Brunner (Ingrid Kolkman) en HR 31 mei 1991, NJ 1991/721 m.nt. C.J.H. Brunner (Marbeth van Uitregt) en HR 28 februari 1992, NJ 1993/566 m.nt. C.J.H. Brunner (IZA/Vrerink).

20 HR 31 maart 2006, NJ 2011/250 m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai (Nefalit/Karamus).

21 HR 28 april 2000, NJ 2000/430 m.nt. A.R. Bloembergen (Van Hese/De Schelde).

22 HR 28 mei 1999, NJ 1999/564 m.nt. A.R. Bloembergen (Johanna Kruidhof).

23 Zie ook Engelhard 2013, p. 153 e.v.

24 Zie Wesselink 2016.



schade) gaat het onder meer om organisaties als het Personenschade Instituut van Verzekeraars, dat per 1 januari 2020 overigens is ‘opgegaan’ in het Verbond van Verzekeraars en De Letselschade Raad. Zij investeren in kennis, opleiding en onderzoek. Feitelijk is bovendien een ‘poldermodel’ ontstaan met de Gedragscode Behandeling Letselschade, richtlijnen van De Letselschade Raad en de al genoemde GOMA als vruchten van overleg.

‘Het medische’ wordt uiteraard niet door elke vorm van uitdijning geraakt, maar veel van de ontwikkelingen in de afgelopen decennia zijn wel degelijk van belang. In de sfeer van de vestiging van aansprakelijkheid gaat het bijvoorbeeld om de introductie van risicoaansprakelijkheden als art. 6:76 en 6:77 BW en van de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis. Ook de al genoemde rechtspraak met betrekking tot de verzwaarde stelplicht van de ontkennende arts en met betrekking tot de oplossingen voor causaliteitsonzekerheid (omkeringsregel, proportionele aansprakelijkheid) verdienen hier vermelding. In de sfeer van het schadevergoedingsrecht gaat het onder meer om:

- de ruimte die de figuur van de verlies-van-een-kans heeft gekregen;<sup>25</sup>
- de erkenning van het bestaan van ongeschreven veiligheidsnormen die van belang is bij ‘toerekening naar redelijkheid’ (art. 6:98 BW);<sup>26</sup>
- de vergoeding van tijd die een naaste steekt in de verzorging van de getroffenene;<sup>27</sup>
- de verhoging van het smartengeldniveau;<sup>28</sup>
- en om de invoering van het recht op vergoeding van affectieschade.

Daarbij komt dan nog de rechtspraak met betrekking tot het aanvangstijdstip van de ‘korte’ verjaringstermijn en de erkenning van de *wrongful birth*- en de *wrongful life*-actie.<sup>29</sup>

Deze ontwikkelingen zijn eigenlijk steeds in het belang van gelaedeerden. Voor de betalende kant vertalen zij zich, net als overigens de al langer sterk in omvang toegenomen ‘buitengerechtigde kosten’ en de verlaging van de rekenrente onder invloed van de economische ontwikkelingen,<sup>30</sup> in uitbreiding van de aansprakelijkheidslast. Daarbij moet worden bedacht dat ‘algemene’ ontwikkelingen in ‘het medische’ soms sterker doorwerken dan elders. Zo brengen oplossingen voor bewijsnood en onzekerheid over causaal verband en schade meer heil ‘in het medische’ dan bij verkeersongevallen bijvoorbeeld. Maar ook

25 HR 23 december 2016, NJ 2017/133 m.nt. S.D. Lindenbergh (Netvliesloslating) en HR 27 oktober 2017, NJ 2017/422 (Caudasyndroom).

26 HR 13 januari 1995, NJ 1997/175 m.nt. C.J.H. Brunner (De Heel/Korver).

27 HR 28 mei 1999, NJ 1999/564 m.nt. A.R. Bloembergen (Johanna Kruidhof) en later HR 5 december 2008, NJ 2009/387 m.nt. J.B.M. Vranken (Rijnstate/Reuvers).

28 Illustratief is Rb. Noord-Nederland 18 januari 2018, ECLI:NL:RBNNE:2018:822.

29 HR 21 februari 1997, NJ 1999/145 m.nt. C.J.H. Brunner en HR 18 maart 2005, NJ 2006/606 m.nt. J.B.M. Vranken.

30 Zie bijvoorbeeld Van Dort en De Groot 2019, p. 84.



invoering van het recht op vergoeding van affectieschade lijkt ‘in het medische’ grotere gevolgen te hebben dan in het algemeen, bijvoorbeeld alsnog tot strijd te leiden waar die tot voor kort uitbleef. Bij het overlijden van een kind bijvoorbeeld werden de begrafenis kosten soms zonder meer vergoed, ook al meende het ziekenhuis dat van een fout geen sprake was; door het recht op vergoeding van affectieschade is het aan deze coulance verbonden ‘prijkaartje’ nu echter een veelvoud van de begrafenis kosten. De kans is groot dat het ziekenhuis het debat nu wel aangaat.<sup>31</sup> Waar invoering van de affectieschaderegeling voor de WAM, zo schatte het Verbond van Verzekeraars in, zou leiden tot verhoging van de premies met ca. 2-3%, zou dat bij medische aansprakelijkheid mogelijk 15% betreffen.<sup>32</sup>

In dit verband is van belang dat 95% van de ziekenhuizen is verzekerd bij twee onderlinge waarborgmaatschappijen, Centramed en Medirisk, die nu al forse eigen risico's hanteren. Dat is een kwetsbare, niet optimale situatie, juist wanneer men daarbij betreft dat aansprakelijkheidsverzekering in de letselschadepraktijk een sleutelrol vervult. Eerst en vooral waarborgt zij dat de schade echt wordt vergoed; bij ontbreken van verzekering(sdekking) zijn aansprakelijke personen in de regel niet tot compensatie van de door hen aangerichte schade in staat. Aansprakelijkheidsverzekering draagt er bovendien aan bij dat claims daadwerkelijk worden ingesteld.<sup>33</sup> Wanneer claims achterwege blijven, kan het aansprakelijkheidsrecht zijn functies moeilijk vervullen. En juist op dit vlak wordt tegenwoordig méér van het aansprakelijkheidsrecht verwacht.

#### ER STAAT VEEL OP HET SPEL

Het aansprakelijkheidsrecht is een systeem met een hoog vergoedingsniveau: in geval van aansprakelijkheid heeft de getroffene in uitgangspunt recht op volledige vergoeding van zijn vermogensschade en onder voorwaarden ook nog op smartengeld. Dit is dan ook niet voor iedereen weggelegd. Aan aansprakelijkheid worden serieuze voorwaarden gesteld: risicoaansprakelijkheden daargelaten gaat het daarbij om een fout en bovendien om schade en causaal verband.

Dat het aansprakelijkheidsrecht méér is dan een vergoedingssysteem, is inmiddels echter gemeen goed. Zo wordt het mede onder invloed van de rechtseconomie ook gezien als een ‘prikkelwerkingsmechanisme’ dat bijdraagt aan het voorkomen van schade en de verhoging van veiligheid en kwaliteit. Beleidsmakers zetten daarop soms ook in.<sup>34</sup> Ook medische aansprakelijkheid kan in

31 Vergelijk Santen 2018/4, p. 20 e.v. en ook Lindenbergh 2018, p. 406-407.

32 Zie Klemann e.a. 2019, p. 2936; Van der Roest en Keijzer 2020, p. 57.

33 Zie reeds Drion, 1955, p. 9.

34 Zie bijvoorbeeld de Claimcultuur-brief (Kamerstukken II 1999/2000, 26 630, nr. 1).

aanvulling op veiligheidsregulering, protocollering en tuchtrecht bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Daar komt nog bij, en ook dat is inmiddels zo'n jaar of tien algemeen aanvaard,<sup>35</sup> dat het aansprakelijkheidsrecht ook kan bijdragen aan immateriële behoeften van eisers: het gaat hen vaak niet alleen om schadevergoeding, maar ook om erkenning en genoegdoening, de waarheid en het voorkomen dat anderen hetzelfde overkomt. Bij claims ter zake van medische fouten is dit niet anders.<sup>36</sup>

Uiteindelijk valt er in het aansprakelijkheidsrecht op meerdere vlakken 'winst' te behalen, voor getroffenen maar ook voor de samenleving. Op dit rooskleurige beeld valt echter wel wat af te dingen, zeker ook waar het om het medisch aansprakelijkheidsrecht gaat. Zo valt er misschien wel veel te halen in het aansprakelijkheidsrecht, maar is het mede daardoor juist een weinig vriendelijk systeem. Het aansprakelijkheidsrecht kenmerkt zich door een *toernooimodel* dat belastend is voor partijen en duur en niet altijd het beste in de mens naar boven haalt. Aan de 'betalende' kant leidt dit soms tot kwalijk gedrag (chicanes, uitroken bijvoorbeeld), maar ook aan de 'halende' kant gedraagt men zich niet altijd *comme il faut* (de halve waarheid vertellen (pogingen tot fraude)). Kwalijke praktijken aan de 'betalende' kant bereiken soms de politiek, zonder dat dit vervolgens tot daadwerkelijk optreden leidt. Het al genoemde poldermodel in de personenschadewereld heeft wel tot zelfregulering geleid (GBL en GOMA), die ook voor 'het medische' een zekere meerwaarde heeft waar het gaat om behoorlijk met elkaar omgaan, vlotte afwikkeling en transparantie.<sup>37</sup>

Dat eiser en gedaagde het debat in het aansprakelijkheidsrecht aangaan, heeft uiteraard met de inzet te maken. Er staat het nodige op het spel voor eisers, zowel in financiële als in immateriële zin, maar daarmee ook voor gedaagden. Een aan hun adres gerichte claim laat hen niet koud. Dat geldt zeker op die terreinen waar degene die foutief gedrag wordt verweten zelf in het brandpunt van de belangstelling komt te staan. Dat is veel eerder het geval bij medische incidenten dan bij verkeersongevallen bijvoorbeeld. Veelal wordt de betrokken arts, met het oog op onderbouwing van een schadeclaim, (ook) tuchtrechtelijk aangesproken,<sup>38</sup> anders dan bij de WAM in het verkeer is er bij medische incidenten geen eigen recht van de benadeelde jegens de aansprakelijkheidsverzekeraar<sup>39</sup> en bovendien gaat het bij verkeersongevallen om fouten die eigenlijk iedereen kan (en daarom in de beeldvorming ook mag) maken terwijl van een arts nu juist wordt verwacht dat hij bij wijze van spreken onfeilbaar is. De aangesproken arts voelt zich vervolgens juist in zijn 'wezen' aangetast.

35 Zie in het bijzonder Huver e.a. 2007 en ook Kamerstukken II 2006/2007, 28 781, nr. 13.

36 Akkermans, Van Wees en Smeehuijzen 2014, p. 43 e.v.

37 Zie ook Meerman 2011, p. 21 e.v.

38 Zie over de daaraan verbonden lasten Schröder 2020, p. 227 e.v.; Friel e.a. 2018, p. 20 e.v.

39 Wel een directe actie (art. 7:954 BW).

Tot voor kort kregen de gevolgen voor gedaagden weinig aandacht. We concentreerden ons op de immateriële behoeften van het slachtoffer én op de eventuele belasting voor hem, terwijl veel minder aandacht uitging naar de gevolgen voor de gedaagde. Inmiddels lijkt van een kentering sprake: in ieder geval wordt nu bepleit dat we in het aansprakelijkheidsrecht, althans op relevante deelterreinen, ook oog hebben voor het gegeven dat het aangesproken worden ook iets doet met degenen die het betreft.<sup>40</sup> Deze nieuwe lijn zou van bijzonder belang zijn voor ‘het medische’.

Uiteindelijk komt de meerwaarde van het aansprakelijkheidsrecht alleen in beeld wanneer die claims die volgens de regels van ‘het spel’ toewijzing verdienen ook daadwerkelijk ingediend en toegewezen geworden en, als dat inderdaad is gebeurd, de schade vervolgens ook daadwerkelijk wordt vergoed. Juist in ‘het medische’ zijn er dan diverse punten van aandacht of zelfs zorg. Zo is er aanleiding te denken dat de drempels die het aansprakelijkheidsrecht opwerpt, althans het beeld dat zij voor betrokkenen oproepen, eraan bijdraagt dat ook een aantal reële claims toch niet wordt ingesteld en is niet denkbeeldig dat wél ingestelde reële claims stranden bijvoorbeeld vanwege bewijsproblemen of omdat eisers de strijd niet volhouden. Bovendien is de situatie aan het front van aansprakelijkheidsverzekering als gezegd niet ideaal.

Ook voor de meerwaarde aan het front van de prikkelwerking – medische aansprakelijkheid zou ook kunnen bijdragen aan verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg – is dit alles natuurlijk relevant. Maar zelfs wanneer claims inderdaad worden ingesteld en toegewezen en zij ook daadwerkelijk tot vergoeding leiden, is succes hier nog niet verzekerd. Medische aansprakelijkheid kan ook leiden tot verkramping en ‘defensieve geneeskunde’ bijvoorbeeld. Hoewel de ontwikkelingen daartoe strikt genomen vaak geen aanleiding geven<sup>41</sup> en de Hoge Raad dat een enkele keer ook wel eens heeft overwogen,<sup>42</sup> komt het voor dat de medische wereld al dan niet vanwege een onjuiste perceptie omtrent (inhoud en betekenis van) nieuwe ontwikkelingen<sup>43</sup> defensief reageert of daartoe wordt opgeroepen.<sup>44</sup> Moeten we dan toch de uitwassen vrezen die we van de Verenigde Staten menen te kennen?

---

40 Zie Ruitenbeek-Bart 2019, p. 41 e.v.

41 Voor een reëel beeld is echter behalve empirie ook nodig dat scherp wordt gemaakt wat we precies bedoelen. Zie vooral Van Dijck 2013, p. 459 e.v.

42 Zie HR 18 maart 2005, NJ 2006/606 m.nt. J.B.M. Vranken, rov. 4.17 en Hartlief 2007, p. 102.

43 Zie Wiznitzer 2018, p. 81-82.

44 Dat (‘wees terughoudender met protocollering’) leek aan de orde na het Trombose-arrest. Zie Hartlief 2007, p. 108-110.

## ZIJN WIJ NOG ALTIJD BANG VOOR AMERIKAANSE TOESTANDEN?

Waar Stolker in 1989 al optekende dat ook in Nederland de vrees voor ‘Amerikaanse toestanden’ in de sfeer van medische aansprakelijkheid was opgedoken, maar zelf meende dat het zo’n vaart niet zou lopen, heeft dit pas zo’n 10 jaar later de aandacht van de politiek gekregen, zij het niet specifiek voor dit deel terrein van het aansprakelijkheidsrecht. Rond de millenniumwisseling toonde de politiek zich juist bezorgd over uitdijning in het commune aansprakelijkheidsrecht. In de bekende Claimcultuur-brief stuurde het toenmalige kabinet-Kok in 1999 aan op het voorkomen van uitwassen:<sup>45</sup> onnodige investeringen ter voorkoming van aansprakelijkheid, een rem op innovatie en zaken als ‘defensive medicine’ en ‘ambulance chasing’. Ook vreesde het kabinet de gevolgen voor de sociale cohesie. Uiteindelijk werd ingezet op behoud van de status quo waar mogelijk en overigens op een gematigde rechtsontwikkeling. Uit den boze zouden zaken zijn als ‘No Cure No Pay’ in de advocatuur, ‘Punitive Damages’ en drastische ontwikkelingen bij smartengeld.

Na de brief is de rechtsontwikkeling niet tot stilstand gekomen. Nog altijd is sprake van bepaald spectaculaire rechtspraak: uitwerking van de shockschadevordering,<sup>46</sup> introductie van de verzekeringsplicht voor werkgerelateerde verkeersongevallen<sup>47</sup> en erkenning van het fenomeen proportionele aansprakelijkheid.<sup>48</sup> Ook in de sfeer van de medische aansprakelijkheid kan worden gewezen op rechtspraak die zeker niet in het teken van terughoudendheid staat: neem het *Augmentin*-arrest over de betekenis van een protocol, het *wrongful life*-arrest of het *Saelman*-arrest met betrekking tot verjaring.<sup>49</sup>

De brief heeft wel een zekere richtinggevende betekenis gehad, zowel in literatuur als in politiek: ‘rechtsontwikkeling maar dan met mate’ lijkt bijvoorbeeld in het kader van de vergoeding van affectieschade leidend geweest. Ook in andere ‘politieke dossiers’ duikt het claimcultuur-argument op, zij het niet op empirisch verantwoorde basis.<sup>50</sup>

Wanneer we de situatie anno 2020 vergelijken met die in 1999, zien we bovendien opmerkelijke verschillen. Sinds 1 januari 2014 kennen we ‘No Cure No Pay’ in de letselschadeadvocatuur.<sup>51</sup> Zowel in literatuur als rechtspraak wordt gepleit voor en gewerkt aan serieuze verhoging van het smartengeldniveau in

---

45 Kamerstukken II 1999-2000, 26 630, nr. 1.

46 HR 22 februari 2002, NJ 2002/240 m.nt. J.B.M. Vranken (Taxibus) en HR 9 oktober 2009, NJ 2010/387 m.nt. J.B.M. Vranken (Vilt).

47 HR 1 februari 2008, NJ 2009/330 (Maasman/Akzo).

48 HR 31 maart 2006, NJ 2011/250 m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai (Nefalit/Karamus).

49 HR 1 april 2005, NJ 2006/377 m.nt. H.J. Snijders, HR 18 maart 2005, NJ 2006/606 m.nt. J.B.M. Vranken en HR 31 oktober 2004, NJ 2006/112 m.nt. C.E. du Perron.

50 Zie Vermolen en Van Boom 2017, p. 245 e.v.

51 Dit experiment is per 1 januari 2019 met 5 jaar verlengd.

Nederland<sup>52</sup> en zelfs 'Punitive Damages' hebben een betere pers, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het aanpakken van calculerende schadeveroorzakers (zoals bij mededingingsrecht en strooischade, maar ook bij onverkwikkelijke afwikkeling van schadevergoedingsclaims).<sup>53</sup> Wat dat laatste betreft zet de wetgever vooralsnog in op de eerder genoemde collectieve schadevergoedingsactie. Met dat per 1 januari 2020 ingevoerde instrument hebben we nu onze eigen 'Class Actions'. Wat in 1999 nog verfoeid werd, wordt nu omhelsd.

Het aansprakelijkheidsrecht is uitgedijd en wordt een breder takenpakket dan voorheen toegedicht. Aanvankelijke bezorgdheid in de politiek over (de uitwassen van) een claimcultuur lijkt weggeëbd, althans verschillende aanvankelijk afgewezen instrumenten maken inmiddels 'gewoon' deel uit van het Nederlandse arsenaal. Zowel bij 'No Cure No Pay' als bij de 'Class Action' ligt daaraan de gedachte ten grondslag dat zij juist een *positieve* bijdrage kunnen leveren aan het front van de functievervulling door het aansprakelijkheidsrecht. Zij kunnen bevorderen dat getroffen en niet van het instellen van een reële claim afzien<sup>54</sup> en dat calculerende schadeveroorzakers, die erop rekenen dat getroffen en niet van het instellen van een reële claim afzien, worden aangepakt.

Op zich lijkt dit een verstandiger benadering dan die van de Claimcultuur-brief die eigenlijk (impliciet) als vertrekpunt had dat uitbreiding van het aansprakelijkheidsrecht of een toename van het aantal claims per definitie ongewenst is. Het tegendeel is soms juist waar: wanneer aanvankelijk verborgen gebleven reële claims (bijvoorbeeld vanwege de kosten) alsnog in beeld komen, is dat positief. Dat betekent overigens niet dat er geen problemen kunnen ontstaan. Zorgelijk zijn de ontwikkelingen bijvoorbeeld wanneer zij ertoe leiden dat reële claims niet worden ingesteld, het systeem juist door niet-reële claims, zogenaamde 'frivolous claims', wordt platgelegd, ernstige problemen van onverzekerbaarheid dreigen of aangesproken personen hun gedrag op niet beoogde wijze aanpassen (denk aan 'defensieve geneeskunde').

Intussen is de vraag of van de nieuwe instrumenten veel te verwachten valt. Vooralsnog heeft 'No Cure No Pay' in de letselschadeadvocatuur in ieder geval nog geen hoge vlucht genomen.<sup>55</sup> Van de collectieve schadevergoedingsactie kunnen in de letselschadewereld, waarvan het medische aansprakelijkheidsrecht nu eenmaal deel uitmaakt, ook geen wonderen worden verwacht. De kans is groot dat het nieuwe instrument een Zuidas-*tool* wordt die vooral zal worden ingezet bij mislukte avonturen in de financiële wereld en bij schendingen van het mededingingsrecht. Het enige succes in verband met de voorloper van de

---

52 Zie onder meer Oldenhuis en Vorrsselman 2013.

53 Zie Meurkens 2014.

54 Zie bijvoorbeeld Faure en Hartlief 2012, p. 151 e.v.

55 Zie in dit verband Van Boom en De Jong 2014, p. 69 e.v.

nieuwe regeling, de WCAM,<sup>56</sup> op het terrein van de personenschade tot nu toe is de afwikkeling van de DES-zaak en dat is geen toeval: daar waren verschillende kapitaalkrachtige producenten van geneesmiddelen als gedaagden in beeld. In de sfeer van de personenschade is soms weliswaar (denk bijvoorbeeld ook aan rampschade als bij de Vuurwerkramp in Enschede, de cafébrand in Volendam en de legionella-uitbraak in Bovenkarspel) sprake van omvangrijke schade, maar is van solvabele althans voldoende tegen aansprakelijkheid verzekerde 'daders' geen sprake. Dit gegeven zal ook de collectieve schadevergoedingsacties parten spelen.

### OPKOMST ÉN ONDERGANG?

Waar de jonge Stolker nog kon beweren dat van een medisch aansprakelijkheidsrecht geen sprake was, is dat anno 2020 wel anders. Dit deel terrein van het aansprakelijkheidsrecht deint echter mee op de golven van het grotere geheel, heeft in dit verband geprofiteerd van de vergaande uitdijning en is ook geraakt door de verbreding van het takenpakket. De angst voor 'Amerikaanse toestanden' die Stolker in de jaren tachtig overdreven voorkwam, heeft uiteindelijk rond de millenniumwisseling de politiek bereikt en daar aanleiding gegeven tot het uitzetten binnen het commune aansprakelijkheidsrecht van een op gematigde rechtsontwikkeling gerichte koers. Uiteindelijk is er aan het politieke front toch wel wat veranderd, want inmiddels is 'No Cure No Pay' in de letselschadeadvocatuur geïntroduceerd en hebben we ook onze eigen 'Class Action'. Daarmee lijkt een zekere *verharding* aan de orde: meer inzetten op het aansprakelijkheidsrecht, ruim baan voor schadevergoedingsclaims. Bloeit het aansprakelijkheidsrecht als nooit tevoren?

Daar valt wel wat tegen in te brengen. Niet zonder belang is dat tegelijkertijd een zekere *'versofting'* aan de orde is, in ieder geval in het personenschaderecht. Daar is er meer oog dan ooit voor de scherpe kanten van het toernooimodel niet alleen voor eisers, maar ook voor gedaagden. Deze trend heeft nadrukkelijk betekenis voor 'het medische': de arts wordt in het aansprakelijkheidsrecht sterker geraakt dan de meeste andere aangesproken personen, ook omdat hij vrijwel altijd ook nog tuchtrechtelijk wordt aangesproken.

Voor 'het medische' geldt dat er ongetwijfeld nog wat te winnen is aan het front van patiëntveiligheid. Bovendien moet er rekening mee worden gehouden dat niet alle reële claims worden ingesteld en, als dat wel zo is, tot toewijzing leiden. De drempels van het aansprakelijkheidsrecht eisen hier hun tol. Men zou dus zeggen dat hier nog wel ruimte zit voor het aansprakelijkheidsrecht. Aan

---

56 Ingevolge deze Wet collectieve afwikkeling massaschade kan het Hof Amsterdam een bereikte schikking verbindend verklaren. Alle slachtoffers zijn dan gebonden, tenzij zij hebben gekozen voor opt out.

de andere kant is de vraag of het aansprakelijkheidsrecht het meest geschikte instrument is om de patiëntveiligheid verder te verhogen. Bovendien hebben op aansprakelijkheidsrechtelijke knelpunten gerichte 'oplossingen' (centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis, tegemoetkomingen in de bewijs sfeer en in het schadevergoedingsrecht, normering van het proces (GBL en GOMA)) onvoldoende effect gesorteerd. Verdere verlaging van de drempels, althans verdere tegemoetkoming aan eisers op het vlak van de elementaire vereisten van aansprakelijkheid, zonder aan het wezen van foutaansprakelijkheid geweld te doen zal lastig zijn. In dit verband speelt bovendien mee de situatie aan het aansprakelijkheidsverzekeringsfront. Het is niet voor niets dat de Hoge Raad beducht is juist voor verzekeringsproblemen bij toepassing van art. 6:77 BW op medische hulpzaken.

Het verrast daarom niet dat wel wordt bepleit de onbedoelde gevolgen van medisch handelen buiten het aansprakelijkheidsrecht af te wikkelen in een schadefonds of *No Fault*-systeem. Onze Zuiderburen zijn ons hier voorgegaan,<sup>57</sup> maar verantwoordelijke bewindslieden bij ons zien zo'n stelselherziening niet als wenkend perspectief.<sup>58</sup> De regering houdt vast aan ons stelsel van aansprakelijkheidsrecht dat wat vergoeding betreft een aanvulling vormt op het sociale stelsel en hecht binnen het aansprakelijkheidsrecht ook aan de elementaire voorwaarden voor aansprakelijkheid. Wel wijst zij op inmiddels geïntroduceerde laagdrempelige geschilleninstanties die tot een maximum van 25.000 euro ook schadevergoeding kunnen toewijzen.<sup>59</sup>

Stolker zal de ondergang van het medisch aansprakelijkheidsrecht niet meemaken. De opstelling van de regering is consequent en helder. Dat de Belgische regeling met grote uitvoeringsproblemen kampt en zelfs een totale mislukking is genoemd,<sup>60</sup> gaat onze regering natuurlijk niet doen schuiven. Daar komt bij dat eerder al diverse weerstanden aan de dag traden wanneer de vraag aan de orde was of delen van het aansprakelijkheidsrecht zouden moeten worden ingeruild voor alternatieve systemen (verkeersverzekering, directe verzekering, *No Fault*-systeem): behalve dat de noodzaak onvoldoende werd gevoeld, ging het daarbij om principiële bezwaren (een 'dader' moet toch ook civielrechtelijk kunnen worden aangepakt, een slachtoffer heeft toch recht op volledige vergoeding van zijn schade?), vrees voor achteruitgang op een ander front (preventie, immateriële behoeften),<sup>61</sup> eigen belangen van bij de afwikkeling van schade betrokkenen en het inzicht dat ook in een alternatief stelsel voorwaarden die

---

57 Zie Vansweevelt 2013, p. 89 e.v.

58 Zie Kamerstukken II 2011/2012, 31 765, nr. 32 (minister Schippers) en Kamerstukken II 2018/2019, Aanhangsel van de Handelingen 1654 (minister Bruins).

59 Ingevolge de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Zie Laarman en Akkermans 2017, p. 58 e.v.; Wijne 2019, p. 29 e.v.

60 Vergelijk Klemann e.a. 2019, p. 2940-2941.

61 Zie echter Rijnhout 2017, p. 277 e.v.



worden verbonden aan een uitkering toch weer zullen leiden tot problemen die men met het verlaten van het aansprakelijkheidsrecht uit de weg wil gaan. Van een stelselherziening komt het dus ook nu niet.

Waar we wel rekening mee moeten houden, is dat het lot van het medisch aansprakelijkheidsrecht minder verbonden zal zijn met dat van het commune aansprakelijkheidsrecht dan de afgelopen decennia het geval was en dat in de toekomst specifieke op de bijzondere problemen van dit deelterrein gerichte voorzieningen zullen worden getroffen. Aan deze trend draagt bij dat er niet alleen steeds meer zicht bestaat op de bijzondere problemen,<sup>62</sup> maar ook energie wordt gestoken in sectorspecifieke oplossingen ook wanneer zij buiten het aansprakelijkheidsrecht als zodanig liggen. De introductie van een geschilleninstantie is illustratief.<sup>63</sup> Deze bijdrage eindigt daarom niet in mineur, na zijn *opkomst* hoeft nu niet de *ondergang* van het medisch aansprakelijkheidsrecht te worden aangekondigd, maar juist opgewekt: na een opkomst onder de vleugels van het commune aansprakelijkheidsrecht ligt voor het medisch aansprakelijkheidsrecht *emancipatie* in het verschiet!

#### LITERATUURVERWIJZINGEN

- A.J. Akkermans, K. van Wees en L. Smeehuijzen, 'Ervaringen van patiënten bij onbedoelde gevolgen van medisch handelen', in: S.D. Lindenbergh en A.J. Akkermans, *Ervaringen met verhaal van schade*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2014.
- A.T. Bolt en J. Spier, *De uitdijende reikwijdte van de aansprakelijkheid uit onrechtmatige daad, NJV-pleidooi*, Deventer: Kluwer 1996.
- W.H. van Boom, I. Giesen en A.J. Verheij (red.), *Capita Civilologie*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013.
- W.H. van Boom en M. de Jong, 'Het Experiment resultaatgerelateerde beloning - verwachtingen over doelbereiking', *TVP* 2014.
- M.J.T. van Dort en E.S. de Groot, 'De redelijke verwachting ten aanzien van de rekenrente', *TVP* 2010.
- G. van Dijck, 'Aansprakelijkheid en defensief gedrag: nuancering gewenst', in: W.H. van Boom, I. Giesen en A.J. Verheij (red.), *Capita Civilologie*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013.
- H. Drion, *Verzekering en aansprakelijkheidsrecht*, oratie, Den Haag: Martinus Nijhoff 1955.
- J.G.J. Dute, M. Faure en H. Koziol, *No fault compensation in the healthcare sector*, Springer: Wenen 2004.
- E.S. Engelhard, 'Overheidsingrijpen in de letselschaderegeling', in: W.H. van Boom en S.D. Lindenbergh (red.), *Politiek privaatrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013.
- M. Faure en T. Hartlief, 'Claimcultuur en beloningssystemen', in: W.H. van Boom, I. Giesen en M. Smit (red.), *Civilologie: opstellen over empirie en privaatrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2012.
- R.D. Friel, R. Bouwman, B. Laarman en A.J.E. de Veer, 'Het tuchtrecht in de gezondheidszorg: wegen de voordelen tegen de nadelen op?', *TVP* 2018.

62 Zie nog Akkermans 2014, p. 33 e.v.

63 Zie vooral verdere suggesties van Smeehuijzen en Akkermans 2013, p. 38 e.v.

- T. Hartlief, 'De staat van het privaatrechtelijke gezondheidsrecht', in: *Gezondheidsrecht: betekenis en positie*, preadvies VGR, Den Haag: Sdu Uitgevers 2007.
- J.T. Hiemstra, *De aansprakelijkheid voor ongeschikte medische hulpzaken*, diss., Deventer: Wolters Kluwer 2018.
- J.T. Hiemstra, 'De aansprakelijkheid voor medische hulpmiddelen', in: *Medische hulpmiddelen: eindelijk goed geregeld?*, preadvies VGR, Den Haag: Sdu Uitgevers 2020.
- M.E. Huver, K.A.P.C. van Wees, A.J. Akkermans en N.A. Elbers, *Slachtoffers en aansprakelijkheid*, Den Haag: WODC 2007.
- D. Klemann, R. ten Hoopen en H. Mertens, 'Medische aansprakelijkheid in Nederland. Tijd voor een no faultsysteem?', *NJB* 2019.
- B.S. Laarman en A.J. Akkermans, 'De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz', *TVP* 2017.
- S.D. Lindenberg, 'De wet affectieschade in werking', *VR* 2018.
- M.N.C. Meerman, 'Het afwikkelingstraject na medisch letsel; voorkomen van secundaire victimisatie ex ante verdient de voorkeur boven vergoeden ex post', in: W.H. van Boom, J.H. van Dam-Lely en S.D. Lindenberg (red.), *Rake remedies*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011.
- M.C. Menting, *Industry Codes of Conduct in a multi-layered Dutch private law*, diss., Tilburg: Prisma Print 2016.
- R.C. Meurkens, *Punitive damages: the civil remedy in American law, lessons and caveats for Europe*, diss., Deventer: Wolters Kluwer 2014.
- F.T. Oldenhuis en A. Vorsselman (red.), *De waarde van smartengeld*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013.
- R. Rijnhout, 'Alternatieve vergoedingssystemen in personenschadezaken en slachtofferbehoeften', *NTBR* 2017.
- C. van der Roest en J.G. Keijzer, 'De Wet Affectieschade in de praktijk: duidelijke afbakening of onsmakelijke discussies', *TVP* 2020.
- F.M. Ruitenbeek-Bart, 'De zorgplicht van (of voor?) de aansprakelijke partij', in: *Uw plicht, onze zorg?! Zorgplicht in de letselschadepraktijk*, LSA, Den Haag: Boom juridisch 2019.
- A. Santen, 'Een weinig gelukkige combinatie. Affectieschade en aansprakelijkheidsverweren', *PIV Bulletin* 2018/4.
- M.L.J.F. Schröder, 'En wat doet het met de arts? Impact van een tuchtklacht', in: *LSA Revisited: welke lessen zijn er nog te leren?*, Den Haag: Boom juridisch 2020.
- J.L. Smeehuijzen en A.J. Akkermans, 'Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatten revoluties', in: *Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid*, preadvies VGR, Den Haag: Sdu Uitgevers 2013.
- C.J.J.M. Stolker, *Aansprakelijkheid van de arts*, Deventer: Wolters Kluwer 1986.
- C.J.J.M. Stolker, *Van arts naar advocaat*, Deventer/Utrecht: Wolters Kluwer/Bohn, Scheltema en Holkema 1989.
- C.J.J.M. Stolker, "'Ja, geléerd zijn jullie wel!'" Over de status van de rechtswetenschap', *NJB* 2003.
- T. Vansweevelt, 'Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid in België', in: *Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid*, preadvies VGR, Den Haag: Sdu Uitgevers 2013.
- J.M. Vermolen en W.H. van Boom, 'Wetgeving en claimcultuur: rationeel proces of politiek ritueel?', *NTBR* 2017.
- M. Wesselink, *De deelgeschilprocedure*, diss., Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2016.
- R.P. Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade*, diss., Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2013.
- R.P. Wijne, 'Geschilbeslechting onder de Wkkgz: de theorie in de praktijk', *TvGR* 2019.