

Was ich noch zu sagen hätte

Prof. Mr. Hans Akveld

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

De titel van de voordracht luidt “Was ich noch zu **sagen** hätte”. De klemtoon is daarbij belangrijk en ligt op **sagen** en niet op **hätte**. In dat laatste geval zou vanwege het rijmen op die Zigarett uit een bekende melodie de suggestie kunnen zijn, dat deze bijeenkomst maar kort duurt. Niets is minder waar. U krijgt meer een Cubaanse sigaar uit mijn doos aangeboden dan dat deze bijeenkomst een sigaretje zal duren.

Dan een enkel woord over wat aan de orde zal komen vanmiddag. Ik heb onderwerpen gekozen, die ik al eerder aan de orde stelde en die naar mijn oordeel nog altijd relevant zijn. Onderwerpen met een langere houdbaarheidstermijn wat in mijn geval achteraf gezien goed uitkwam. Wat ik heb geprobeerd bij mijn keuze is om recht te doen mijn universitaire werk, aan de leerstoel en aan de maatschappelijke rollen, die ik mocht vervullen vanuit beide hoedanigheden. De volgende onderwerpen zal ik kort bespreken: **(1)**

1. autonomie en zelfbeschikking
2. verantwoordelijkheid, verantwoording en juridische vormgeving
3. donorwerving

Autonomie en zelfbeschikking (3)

Leenen koos zelfbeschikking als één van de normatieve beginselen voor het gezondheidsrecht.¹ De huidige patiëntenregelgeving is daar in belangrijke mate op geënt. Zelfbeschikking betekent, dat burgers hun leven kunnen en mogen inrichten naar eigen inzichten, ook wanneer zij bijvoorbeeld met de gezondheidszorg te maken krijgen of daarin verdwalen. Zelfbeschikking betekent autonomie. Zelfbeschikking houdt tevens een afweerrecht in tegen derden waaronder de overheid en is schier onbeperkt, zij het dat genoemd recht niet zonder enige beperking is. Omdat het zelfbeschikkingsrecht iedere burger toekomt betekent dit, dat het zijn grens in ieder geval kent waar het recht van de een raakt aan het van anderen. Zelfbeschikking brengt daarmee ook een zekere duldplicht in. Daarin verschilt het niet van bijvoorbeeld het eigendomsrecht of het burendrecht. Dat dit tot

¹ H.J.J. Leenen, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, 1978, blz. 24-36.

dilemma's en botsing van belangen kan leiden moge duidelijk zijn.² Zelfbeschikking is in de gezondheidszorg van groot belang, omdat voor kwetsbare mensen de mogelijkheid naar eigen inzicht te handelen daar onder druk kan komen te staan³. De aandacht voor zelfbeschikking is ontstaan in een tijd, waarin over rechten van mensen en over rechten van de patiënt beduidend anders werd gedacht door hulpverleners dan vandaag. Doctor knows best was meer dan alleen een Engels zinnetje. Voor de ontwikkeling van het denken over zelfbeschikking en patiëntenrechten zijn de Leidse hoogleraar Rang en de Amsterdamse hoogleraar Leenen van doorslaggevende betekenis geweest. Recentelijk heeft zelfbeschikking in een aantal rechterlijke uitspraken erkenning gekregen.

Zelfbeschikking en bescherming zijn sterk gericht op ontplooiing van het individu.⁴ Het zijn rechten waar rekening mee moet worden gehouden maar al te dogmatische toepassing ervan dient kritisch beoordeeld te worden. Het gaat bij rechten en regels om doel, uitleg en toepassing ervan; regels kunnen niet bedoeld zijn als korset of dwangbuis en het adagium "regels zijn regels" is op zich wat mij betreft geen gecodificeerde regel. Ik zal wat ik hiermee bedoel proberen duidelijk te maken aan de hand van een enkel voorbeeld:

1. anoniem onderzoek naar de verspreiding van het HIV virus
2. testen op seropositiviteit
3. behandeling van BOPZ patiënten

Anoniem onderzoek naar de verspreiding van het HIV virus (4)

Eind tachtiger jaren vond discussie plaats over de vraag of anoniem onderzoek naar de verspreiding van het HIV virus⁵ mocht worden uitgevoerd zonder dat door betrokkenen toestemming was gegeven. Aanleiding vormde een advies van de Permanente Commissie AIDS van de Gezondheidsraad. Een meerderheid van voornamelijk medici uit de commissie pleitte vòòr toelaatbaarheid van dergelijk onderzoek, een minderheid van vooral niet-medici was niet overtuigd van de noodzaak van dergelijk onderzoek.⁶ Met o.a. mijn Rotterdamse

² A. Hendriks, *In beginsel. De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*, Leiden 2006, blz. 5

³ H.J.J. Leenen, *Handboek gezondheidsrecht deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Houten 2000, blz. 32.

⁴ Aart Hendriks, *In beginsel. De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*, Leiden 2006, blz. 6.

⁵ Hiv is een virus dat de afweer bij mensen verzwakt.

⁶ Gezondheidsraad, *Onderzoek naar de verspreiding van HIV-infectie in Nederland*, Den Haag 1989.

collega Bert Hermans en een aantal epidemiologen verrichtten wij over dit onderwerp een studie voor de Amsterdamse GG & GD. Deze had namelijk het voornemen anoniem epidemiologisch onderzoek naar de verspreiding van het HIV virus uit te voeren onder jongeren om er op die manier achter te komen, of het virus zich onder nieuwe groepen van de bevolking verspreidde. Voor het uitvoeren van het onderzoek zou gebruik worden gemaakt van beschikbare bloedbestanden. Het was geen onderzoek uit alleen maar ongepaste nieuwsgierigheid; de bedoeling was om, mochten er nieuwe risicogroepen blijken te zijn, gericht preventief en voorlichtend op te treden. Bekend is, dat gerichte voorlichting effectiever is dan voorlichting voor een breed publiek. De Amsterdamse GG & GD wilde weten, of het onderzoek juridisch toegestaan was. Wij kwamen in afwijking van de destijds heersende mening tot de conclusie, dat er voldoende argumenten waren om dergelijk onderzoek toelaatbaar te achten.⁷ Wij betrokken in ons onderzoek het spanningsveld tussen sociale en klassieke grondrechten. Onze eerste conclusie was, dat artikel 22 lid 1 GW weliswaar niet de plicht schept voor de overheid om dergelijk onderzoek uit te voeren, maar dat het (doen) verrichten van dit type onderzoek, mits blijvend binnen de grenzen van het recht, zeker past binnen de grondwettelijke taak van de overheid. Dus vervolgens gekeken naar “de rest” van het recht. Van strijd met privacy regels was naar ons oordeel geen sprake, alleen al omdat het om geanonimiseerd onderzoek ging. De vraag of er sprake was van aantasting van de individuele integriteit beantwoordden wij eveneens ontkennend, alleen al omdat uitsluitend van beschikbare bloedmonsters gebruik zou worden gemaakt. Kijkend naar doel van het onderzoek waren wij van oordeel, dat de belangen van de samenleving voor mochten gaan. Ons advies was overigens het onderzoek toe te staan tenzij betrokkene bezwaar maakte, een benaderingswijze die ik allengs als mijn persoonlijk huismerk beschouw. Onze argumenten destijds verschilden nauwelijks van de overwegingen enkele jaren later van wederom de Gezondheidsraad (1994)⁸, die in een rapport van wijder strekking over deze kwestie opmerkte, dat het in de kern om een moreel dilemma ging waarbij respect voor strikte individuele autonomie afgewogen moest worden tegen het belang van het verkrijgen van relevante gegevens, die de samenleving als geheel ten goede zouden komen. Met een zekere tevredenheid constateerden wij nog weer enkele jaren later, dat de wetgever onze keuze volgde en anoniem gebruik van lichaamsmateriaal voor medisch statistisch en ander medisch wetenschappelijk onderzoek mogelijk maakte wanneer betrokkene geen

⁷ J.E.M. Akveld, H.E.G.M. Hermans e.a., *Aids en anoniem onderzoek. Juridische en epidemiologische aspecten*, Lelystad 1990.

⁸ Gezondheidsraad, *Naar goed gebruik. Lichaamsmateriaal in de gezondheidszorg*, Den Haag 1994.

bezwaar kenbaar heeft gemaakt. Een uitkomst die aanspreekt, die in de praktijk nauwelijks tot het maken van bezwaar leidt, die geen basisrechten van burgers schendt en bovenal recht doet aan het feit dat ieder individu deel uitmaakt van een collectiviteit. In de Memorie van Toelichting bij de WGBO is destijds aangegeven, dat gekozen werd voor een pragmatische en niet voor een dogmatische oplossing. Iets dat een Rotterdams jurist aanspreekt.

Testen op seropositiviteit (5)

Vergelijkbare vragen van integriteit en zelfbeschikking spelen wanneer een HIV test wordt gevraagd in verband met een chirurgische ingreep. Het gaat in die gevallen niet om het belang van een individu (de patiënt) tegenover het **collectief**, maar om een botsing van belangen van patiënt en **behandelaar**. Artsen en andere werkers in de zorg kunnen in het geval van een prikaccident, waarbij zij ongewild bloedcontact hebben gehad, baat hebben bij kennis van de serostatus van een patiënt omdat tijdens een operatie of andere medische interventie bloedcontact niet uitgesloten is. Via bloedcontact kan het HIV virus worden overgedragen ook al is de kans klein en in uitzonderlijke situaties kan er sprake zijn van een verhoogd besmettingsrisico wanneer de patiënt AIDS heeft. Na een prikaccident moet daarom snel bekend zijn of de patiënt met HIV is besmet. Niet altijd zal de uitslag van de test afgewacht kunnen worden. De medewerker moet zo spoedig mogelijk worden behandeld teneinde een infectie te voorkomen. Dat is een zware kuur met bijwerkingen. Het onnodig starten van een dergelijke kuur moet waar mogelijk vermeden worden.

Betoogd is, dat een HIV test zonder toestemming van de patiënt in strijd is met artikel 11 GW. Mogelijk is dat zo, maar het gaat zeker niet uitsluitend om die vraag. Waar het vooral om gaat is, dat aan de belangen van alle betrokken partijen op een evenwichtige wijze recht wordt gedaan. Kennis van de HIV status van een patiënt kan van belang zijn voor de behandelaar. Deze kennis kan ook van belang zijn voor de patiënt in verband met een eventueel in te stellen noodzakelijke behandeling wanneer complicaties optreden. Er is met andere woorden **wel degelijk ook een belang** aan de zijde van de patiënt.

Wat wel eens uit het oog verloren dreigt te worden is, dat het er bij bescherming van de integriteit om gaat, dat een patiënt geen nadelen ondervindt van de kennis bij anderen over zijn serostatus. Dat betekent dat de informatie niet zo maar aan derden verstrekt mag worden en dat een ingreep niet geweigerd mag worden omdat er sprake is van seropositiviteit. Overigens zou men in het kader van serieuze gelijkwaardigheid tussen partijen ook nog wel kunnen betogen, dat patiënt en hulpverlener over en weer een zekere zorgplicht hebben.

Dat het zelfbeschikkingsrecht soms gerelativeerd moet worden blijkt inmiddels uit een aantal rechterlijke uitspraken van o.a. de president van de rechtbank Alkmaar, die een patiënt van een chirurg van het Medisch Centrum Alkmaar verplichtte een aidstest te ondergaan toen de patiënt niet vrijwillig wilde meewerken aan de aidstest nadat de chirurg zichzelf in de vinger gesneden tijdens het opereren van de patiënt en bang was daardoor met HIV te zijn besmet. De rechtbankpresident was van oordeel, dat in dit geval de rechten van de arts zwaarder wogen dan die van de patiënt.

Of wetswijziging nodig is om testen voor een operatie mogelijk te maken betwijfel ik. Immers op basis van bestaande wetgeving valt heel goed te verdedigen, dat een test geïndiceerd is met het oog op de behandeling van de patiënt en om voorbereid te zijn in geval van complicaties. Mocht toch tot wijziging van de WGBO worden overgegaan, dan zou een bezwaarregeling overwogen moeten worden zoals deze wel geldt ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en zoals deze ook geldt waar bij het testen van zwangere vrouwen op HIV met het oog op het belang van het ongeboren kind.

Dat vaak wat moeizaam over deze dilemma's gesproken is heeft er zonder twijfel mee te maken dat in de aanvangsfase HIV/AIDS meestal in verband werd gebracht met homofilie. Standpunten innemen op dit HIV/AIDS terrein ontlokte vaak de reactie, dat men zich keerde tegen homofilie. Daarnaast heeft zeker vrees voor het zich op een hellend vlak begeven meegespeeld.

Behandeling van BOPZ patiënten (6)

Zo één wet er op gericht is de zelfbeschikking van het individu te waarborgen, dan is het de BOPZ. Deze wet regelt onder meer de onvrijwillige opname van psychiatrische patiënten en geeft aan wat de rechtspositie van de patiënt is gedurende een gedwongen opname. De BOPZ is ontstaan in een tijd waarin de beelden uit de film "One flew over the cuckoo's nest" nog vers op het netvlies stonden. Het was de tijd van "Wie is van hout" en de antipsychiatrie. Uitgangspunt van de wetgever bij de totstandbrenging van de wet was dat slechts onder zeer nauwkeurig gedefinieerde omstandigheden ingrijpen in de vrijheidssfeer van burgers mogelijk gemaakt mocht worden. In de praktijk is gevaar voor zichzelf of voor anderen het belangrijkste ingrijp criterium. Dit gevaar kan de persoon zelf betreffen en bestaan uit de kans, dat iemand zich van het leven berooft, maatschappelijk te gronde gaat of bijvoorbeeld

door hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept. Het gevaar kan zich ook tegen anderen keren. Dit alles gebeurt dan uiteraard onder invloed van een stoornis. Onvrijwillige opname strekt tot vrijheidsbeneming en betekent niet, dat iemand vervolgens behandeld mag worden ook al is een psychische stoornis de onderliggende oorzaak van het gevaar en de reden voor gedwongen opname. Het is slechts toegestaan tegen iemands wil na opname een behandeling (dwangmedicatie) of maatregel toe te passen wanneer het gevaar niet op een andere manier kan worden afgewend. Voor patiënten geldt dat er een keerzijde zit aan dit respect voor zelfbeschikking. Deze is dat een patiënt zonder diens toestemming geen behandeling krijgt die op zich gewenst zou kunnen zijn. Dit wellicht niet beoogde gevolg heeft te maken met het bijna mythische karakter, dat het recht op zelfbeschikking is toegedicht, zoals Legemaate⁹ dit noemde. De drempel voor behandeling en opname is met de BOPZ verhoogd.

Veel kritiek op de wet komt van behandelaars. Zij vinden de BOPZ een opnamewet, behandeling is geen doel op zich, eerder het tegendeel. De BOPZ biedt geen bescherming aan de patiënt maar tegen de behandelaar. Een en ander leidt eerder tot onderbehandeling dan tot overbehandeling. Het gevolg is met regelmaat, dat opgenomen patiënten na verloop van tijd zonder enige vorm van behandeling gekregen te hebben worden ontslagen uit de instelling en anderzijds, dat patiënten op een veel te laat moment een behandeling krijgen. Vergelijkbare geluiden komen overigens ook van patiëntenorganisaties.¹⁰ Gepleit is door alle belangrijke partijen op dit terrein voor een deskundigencommissie, die zou moeten adviseren over een nieuwe wettelijke regeling.¹¹ De minister van VWS lijkt weinig te voelen voor een dergelijke commissie en daarmee voor een grondige herziening van de BOPZ. Wel heeft hij inmiddels een evaluatiecommissie doen instellen, die als taak heeft te evalueren of de BOPZ na de

⁹ Ypsilon Nieuws december 1994.

¹⁰ Manifest wet BOPZ, 17 maart 2005.

¹¹ Ypsilon, vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose

Anoiksis, vereniging voor mensen met schizofrenie

GGZ Nederland

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

GGD Nederland

NVZ Vereniging van Ziekenhuizen

VNG Vereniging van Nederlandse Gemeenten

verschillende inmiddels ingevoerde aanpassingen van de wet adequaat functioneert en of nadere wijzigingen van de BOPZ noodzakelijk zijn. De wetgeving in andere landen moet nadrukkelijk mee in de evaluatie betrokken worden. De taakopdracht, maar ook de samenstelling van de commissie scheppen enige verwachtingen ten aanzien van het advies, dat uitgebracht zal worden.

Conclusie (7)

Zelfbeschikking is van groot belang. Dit neemt niet weg, dat overwaarding ervan en het onvoldoende oog hebben voor collectieve belangen van anderen of voor het belang van een ander individu ertoe kunnen leiden, dat het individuele zelfbeschikkingsrecht wel heel sterk de boventoon voert ten koste van andere belangen. In zijn inaugurele rede heeft Hendriks¹² op dit risico gewezen.

Ik merk nog op dat de impliciete vrees voor het hellend vlak, vaak ingezet door ethici en juristen als somber toekomstperspectief, geen goede raadgever is voor rationele beslissingen. Het meest hellende aan het hellend vlak als argument is, dat het vaak een zinnige discussie blokkeert. In zoverre is er veel overeenkomst met het te pas en te onpas inzetten van het recht op privacy als argument om bepaalde ontwikkelingen tegen te gaan. Een hellend vlak betekent niet automatisch dat dit leidt tot een diepe val zoals iedere bergbewoner en menig skiër kan vertellen.

Verantwoordelijkheid, verantwoording en juridische omgeving (8)

Mensen zijn persoonlijk voor hun daden verantwoordelijk; dat geldt ook in de gezondheidszorg. Dat is een helder en voor hulpverlener en patiënt bruikbaar uitgangspunt zolang een patiënt één hulpverlener heeft die de totale behandeling voor zijn rekening neemt. Maar dat type zorg is eerder uitzondering dan regel geworden. Beroepsbeoefenaren werken doorgaans in grotere verbanden. Patiënten worden voor een ziekte of aandoening op verschillende momenten door telkens andere beroepsbeoefenaren en disciplines gezien, beoordeeld en behandeld. Daardoor worden meer mensen verantwoordelijk voor een patiënt

¹² A. Hendriks, *In beginsel. De gezondheidsrechtelijke beginselen uitgediept*, Leiden 2006, blz. 11.

en zijn zij allen voor hun stukje van de behandeling aan te spreken op het resultaat.¹³ Dat geldt niet alleen voor de specialistische praktijk, waar na en naast elkaar eindverantwoordelijke opleiders, artsen in opleiding, artsen niet in opleiding, coassistenten en vele anderen bij de zorg voor een patiënt betrokken zijn zonder dat duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk en aan te spreken is.¹⁴ Samenwerking komen we ook op andere plaatsen tegen zoals in de huisartsenpraktijk. De huisarts, ooit de familie vertrouwenspersoon, is in toenemende mate één van de deelnemers in een web van dienstroosters, waarneming, waarneemgroepen, gezondheidscentra en andere deskundigen. De relatie tussen patiënt en hulpverlener heeft hiermee een wezenlijk ander karakter gekregen. De mogelijke effecten van deze samenwerking werden recentelijk in Medisch Contact beeldend geschetst aan de hand van het volgende vrij weergegeven voorbeeld¹⁵: Je zit in een kring en fluistert een zin in het oor van degene naast je. Deze fluistert de woordenreeks weer in het oor van zijn buurman of – vrouw en ga zo maar door. Het is een bekend kinderspelletje, dat met grote hilariteit gepaard gaat wanneer blijkt hoe verminkt de oorspronkelijke zin uiteindelijk weer bij nummer één in de kring arriveert. Het lachen vergaat je echter als de ´kinderkring´ een tegenwoordig veel gepropageerd systeem van ketenzorg is. En wanneer de ´door te geven zin` een hulpvraag van een patiënt blijkt te zijn. Waar het toe kan leiden is recentelijk pijnlijk naar buiten gekomen op de hartafdeling van het UMC Sint Radboud. In de kern ging het in Nijmegen om onduidelijke verantwoordelijkheden en slechte communicatie of, zoals een nabestaande van een overleden patiënt het formuleerde. “Je weet ...überhaupt niet hoe de persoon met wie je spreekt heet. ... Je praat bij wijze van spreken om de vijf minuten met iemand anders. Ik ben op een gegeven moment een lijst gaan maken van wie we allemaal hebben gezien in het ziekenhuis. Die lijst heb ik niet afgemaakt, maar ik zat al op zeventien. ... Terwijl je gewoon één persoon wilt hebben die verantwoordelijk is.”¹⁶ De hoofdinspecteur curatieve zorg¹⁷ verwoordde de gang van zaken in het UMC Sint Radboud iets anders stellende dat er in het betrokken ziekenhuis duidelijke schriftelijke afspraken moeten komen over de verantwoordelijkheidstoedeling binnen de keten van cardio chirurgische zorg en voorts dat op ieder moment duidelijk moet zijn wie de verantwoordelijkheid heeft voor een patiënt. Het lijkt zo vanzelfsprekend maar kennelijk is het niet geregeld en niet alleen in dit ziekenhuis niet.

¹³ J.W. van der Kouwe, E.H.C. Bastiaanssen, A.F. van der Meulen & T.R. van Althuis, *Richtlijn Gegevensuitwisseling Huisarts en Centrale Huisartsenpost (CHP)*, Utrecht: NHG 2005, Leidschendam: NICTIZ 2005.

¹⁴ Recentelijk maakte ik het persoonlijk aan den lijve mee ook al ging het in mijn geval goed.

¹⁵ MC 24 maart 2006, 61 nr. 12.

¹⁶ Volkskrant Magazine 27 mei 2006, blz. 21.

¹⁷ Staatstoezicht op de volksgezondheid, HI/CG/08-2006-15864.

De wet

De WGBO vormt met de Wet beroepen **individuele** gezondheidszorg (BIG) een belangrijk wettelijk kader voor de hulpverlener. De wet BIG gaat uit van één op één zorg en houdt geen rekening met ketenzorg. In 1983 besteedden collega Otten en ik¹⁸ aandacht aan de mogelijke betekenis van samenwerking van artsen in maatschapsverband voor de gezamenlijke civielrechtelijke aansprakelijkheid van de afzonderlijke maten. De geldende opvatting was dat, wanneer er bij een behandeling fouten gemaakt worden door een of meer van die artsen, dit niet leidt tot aansprakelijkheid van alle artsen en/of van de maatschap. Die opvatting was vooral gebaseerd op het karakter van het beroep dat meebrengt, dat slechts een relatie tot stand komt tussen de handelend arts en de patiënt. Wij waren het 20 jaar geleden met die uitleg en de consequenties ervan niet eens en zagen ons gesteund door o.a. Slagter. Ter onderbouwing van ons afwijkend standpunt kozen wij het voorbeeld van een maatschap van gynaecologen waarbij een patiënte maanden lang poliklinisch door de toevallige gynaecoloog van dienst gezien wordt en vervolgens bij de bevalling, waarbij het fout gaat, met weer een andere gynaecoloog te maken krijgt. Onduidelijk was aan het handelen van welke gynaecoloog of gynaecologen de fout was toe te schrijven. Wij hebben ervoor gepleit dat alle artsen in zo'n geval medeverbonden zijn voor de verbintenissen van de maatschap en dat allen aansprakelijk zouden zijn, al dan niet voor gelijke delen, voor schade die ontstaat ten gevolge van een toerekenbare medische fout door een van de leden van de maatschap. Een dergelijke oplossing zou én meer recht doen aan de wijze van praktijkvoering en de verantwoordelijkheid daarvoor én de patiënten het een stuk eenvoudiger maken verhaal te nemen.

Of invoering van de nieuwe titel 7.13 van het Burgerlijk Wetboek inzake vennootschappen de voor patiënten bestaande weinig aantrekkelijke situatie zal verbeteren is nog maar de vraag. Artsen die onder het huidige recht een stille maatschap vormen zullen onder het nieuwe recht automatisch een niet-openbare vennootschap vormen. De Memorie van Toelichting geeft aan, dat de deelnemer (lees: artsen) van zo'n vennootschap bevoegd zijn tot het verrichten van rechtshandelingen die, gelet op het doel van de vennootschap, tot haar normale werkzaamheden behoren. Het lijkt niet voor betwisting vatbaar, dat medische handelingen,

¹⁸ J.E.M. Akveld en A.C. Otten, *De openbare vennootschap naar O.N.B.W. en het onderscheid beroep en bedrijf*, WPNR 5644, blz. 169-174.

verricht binnen een vennootschap van artsen, tot de normale werkzaamheden behoren. Dergelijke handelingen komen dan dus in ieder geval voor rekening van de gezamenlijke vennoten. Of een patiënt zich vervolgens, wanneer schade is ontstaan voor vergoeding ervan kan verhalen op elk van de afzonderlijke artsen/vennoten is een geheel andere vraag. Hoewel de wetgever niet expliciet is geweest op dit punt lijkt mij dit een verdedigbare en vooral een wenselijke uitleg, die de consequentie is van een modern samenwerkingsverband en die ook past in opvattingen omtrent de versterking van de rechtspositie van de patiënt. Voor de betrokken artsen zal deze consequentie een stimulans zijn om zorgvuldig degenen uit te kiezen, met wie een vennootschap gevormd wordt.

Het medisch tuchtrecht lijkt op dit punt weg te wijzen gezien een uitspraak van het Centraal College voor de Gezondheidszorg (CTG) in 2004¹⁹. De kern van de klacht was, dat door een reeks van hele en halve beoordelingsfouten een klaagster aanmerkelijke schade heeft geleden. Het Centraal College acht de organisatie van de diensten binnen de maatschap waartoe de arts behoort van groot belang en bepalend voor de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Het overweegt dat wanneer een maatschap van artsen de praktijkvoering inricht op de wijze zoals in de voorliggende casus, waarbij niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt maar de verantwoordelijkheid in feite collectief wordt gedragen, iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk is voor de wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt gevoerde beleid en daarop is aan te spreken.

In de literatuur is verdeeld gereageerd.²⁰ Geschreven is, dat dit een voor klagers bevredigende uitspraak is vooral ook omdat voorheen vaak te gemakkelijk leden van een collectief gemakkelijk wegkwamen wanneer tuchtrechtelijke toetsing plaatsvond. Die opvatting deel ik hartgrondig. Ik ben het niet eens met de stelling, dat de uitspraak voor leden van een samenwerkingsverband minder bevredigend is, omdat deze uitspraak betekent, dat kiezen voor bevordering van kwaliteit en continuïteit van zorg door middel van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor het behandelbeleid van patiënten tevens meebrengt dat fouten van het collectief ook het individu worden aangerekend. Vanzelfsprekend zou ik denken. Het zijn immers de hulpverleners die kiezen voor samenwerking, niet de patiënten. Dan zou het wel erg wrang zijn wanneer de rekening voor fouten eenzijdig bij de patiënten zou terechtkomen

¹⁹ Centraal College voor de Gezondheidszorg 4 maart 2004, TvGr 2004/30.

²⁰ E.W.M. Meulemans, Collectieve verantwoordelijkheid en (individuele) tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, TvGr, 28 (2004), blz. 259-260.

en niet bij de hulpverleners. Het zou voor de hand liggen dat deze uitspraak ook betekenis krijgt voor civiele procedures tegen artsen, die in vennootschapsverband samenwerken.

Overigens was het ontbreken van centrale aansprakelijkheid geen onbekend verschijnsel in de zorg zoals het oude Nuboer arrest²¹ leert. De casus betrof een ingewikkelde open hart operatie, uitgevoerd door een team van artsen en verpleegkundigen van een academisch ziekenhuis, waarbij een naald in de borstholte van de patiënte achterbleef. In drie instanties slaagde haar advocaat er niet in wie dan ook van de betrokkenen tot schadevergoeding veroordeeld te krijgen. Inmiddels is het Nuboer trauma door de wetgever gecorrigeerd via de WGBO. Voortaan is een ziekenhuis naast de behandelaars contractueel aansprakelijk voor verwijtbare fouten. Dat is met name van belang wanneer niet eenvoudig valt vast te stellen wie een verwijtbare fout gemaakt heeft en daarvoor aansprakelijk te houden is. Het is overigens niet of/of maar en/en, ziekenhuis en fouten veroorzaker zijn beiden aan te spreken.

Een enigszins vergelijkbare oplossing kende vroeger het medisch tuchtrecht ten aanzien van arts-directeuren van ziekenhuizen. Zij hadden een eigen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg binnen hun instelling.²² Zo kreeg in 1990 een arts directeur patiëntenzorg een waarschuwing door de tuchtrechter opgelegd vanwege het ontbreken in zijn ziekenhuis van heldere instructies voor arts assistenten hoe bij een bepaalde groep instabiele patiënten gehandeld moest worden. Inmiddels geeft het CTG een andere uitleg aan artikel 47 Wet BIG²³ en bepaalde in een uitspraak uit 2001, dat de taken van een voorzitter van de Raad van bestuur of een Directeur patiëntenzorg van een ziekenhuis op het gebied van organisatie en management in beginsel noch onder de omschrijving van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, noch onder de werkingssfeer van de tuchtnormen vallen. Een uitspraak van 20 januari 2005²⁴ bevestigt deze zienswijze van het CTG. Het college oordeelde dat een directeur patiëntenzorg van een ziekenhuis wel in de sfeer van de gezondheidszorg werkzaam is maar slechts onderworpen is aan tuchtrechtspraak als hij zich in de hoedanigheid van arts begeeft op het werkgebied van de individuele gezondheidszorg. Daarvan was in het onderhavige geval geen sprake.

²¹ HR HR 31 mei 1968, NJ 1968, 323

²² MT Zwolle 3 november 1990, TvGr 1991/36.

²³ CTG 18 december 2001, MC 2002, 57 nr. 11.

²⁴ CTG 20 januari 2005, MC 2002, 60 nr. 11.

Er is veel kritiek gekomen op de koerswijziging van het CTG²⁵. Betoogd is dat de uitleg van het CTG niet in overeenstemming is met de parlementaire geschiedenis waarin uitdrukkelijk wordt vermeld dat handelen in strijd met het belang van de individuele gezondheidszorg tuchtrechtelijk getoetst kan worden, ook als er geen rechtstreekse relatie is met een bepaalde patiënt. Ook de evaluatiecommissie Wet BIG²⁶ en de KNMG²⁷ hebben twijfels uitgesproken over de door het CTG gevolgde lijn. Ik kan het van harte met de critici eens.

Conclusie (9)

De ontwikkelingen van de laatste jaren zijn er op gericht geweest de positie van de patiënt te versterken. Op het punt van de civielrechtelijke aansprakelijkheid zou de wijze waarop de zorg aangeboden wordt uitgangspunt moeten zijn voor de toerekening van fouten, uiteraard onder handhaving van de mogelijkheid de individuele hulpverlener aansprakelijk te stellen. In lijn met de gevolgde redenering ligt het absoluut niet voor de hand de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de directeur-geneesheer als regel uit te sluiten. In het tuchtrecht gaat het er toch om gaat de kwaliteit van het zorgproduct te toetsen. Wanneer het product beschouwd kan worden als product van een instelling, dan ligt het voor de hand ook de medisch eindverantwoordelijke te kunnen toetsen. Dit zou de gelaedeerde patiënt tot voordeel strekken en beroepsbeoefenaars kunnen nopen tot betere samenwerking. In het moderne marktdenken noemen we de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid dan een incentive voor de instelling, die tot een win-win situatie leidt.

Donorwetgeving (10)

Door toeval koos ik begin jaren tachtig transplantatie en wetgeving als onderwerp voor mijn dissertatie. Gelukkig toeval zeg ik achteraf. Ik kon niet voorzien, dat ik zelf jaren later intensief en met veel plezier op het praktische en organisatorische terrein van donorwerving werkzaam zou mogen zijn in een voor mij inspirerende en nieuwe omgeving en met creatieve bevlogen mensen, die mij lief geworden zijn. Daarbij aarzel ik niet Nierstichting Nederland en

²⁵ B.V.M. Crul & W.P. Rijksen, 'Bestuurders en managers niet meer tuchtrechtelijk aansprakelijk', *Medisch Contact* 2002, 57 nr. 11; R.M.S. Doppegieter, 'Een nieuwe ontwikkeling in de huisartsenzorg: de huisartsendienstenstructuur. Een aantal juridische aspecten', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 3-2005, p. 216; W.R. Kastelein, 'De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen 1 en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 3-2005, p. 227.

²⁶ ZonMw, *Evaluatie. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw 2002.

de Nederlandse Transplantatiestichting te noemen als organisaties die mij gastvrij onderdak boden.

Vanaf het allereerste begin ging het er in het publieke debat om hoe het donoraanbod verhoogd en de wachtlijsten verkort konden worden. In mijn dissertatie heb ik aangegeven, dat één van de voorwaarden voor de oplossing van het donortekort een wettelijke regeling op basis van een bezwaarsysteem was en overigens nog altijd is. Daarnaast moest een aantal praktische problemen aangepakt worden. De vergoedingen voor artsen en ziekenhuizen zijn geregeld, veel is geïnvesteerd in voorlichting van publiek en professionals, transplantatiecoördinatoren werden aangesteld en een internationale organisatie is opgezet voor de uitwisseling van postmortale donororganen. De acties hebben stuk voor stuk tot kleine tijdelijke verbeteringen van het donoraanbod geleid²⁸, tot een structurele toename van het orgaandonoraanbod is het niet gekomen. De wachtlijsten groeiden en hebben geleid tot vele doden op de wachtlijst, zoals patiëntenverenigingen niet ophouden enigszins demagogisch maar wel naar waarheid te benadrukken. Zij mogen dat. De in 1998 in werking getreden Wet op de orgaandonatie heeft het probleem van het tekort niet kunnen oplossen ook al zette de toenmalige minister van volksgezondheid daar zwaar op in en werd zelfs toegezegd dat wetswijziging zou worden overwogen bij tegenvallende resultaten. Een toezegging die noch de toenmalige minister noch haar opvolger serieus gestand is gedaan, maar dat lijkt bij politieke toezeggingen en politieke opportuniteit te horen.

Vanwege de teleurstellende resultaten heeft de Nierstichting eind jaren negentig het initiatief genomen tot het aanstellen van donatiefunctionarissen in ziekenhuizen. Aanvankelijk kregen 6 en later, toen het ministerie van VWS zich bij het initiatief van de NSN aansloot nog eens 6 ziekenhuizen een donatiefunctionaris. Hun taak was het om ziekenhuizen donatiebewust te maken, voorlichting over donatie te geven en artsen te wijzen op hun plichten. Opeenvolgende evaluaties van hun werk toonde aan dat de resultaten van de donorwerving in ziekenhuizen verbeterden. Dat was aanleiding voor VWS om in de meeste ziekenhuizen donatiefunctionarissen aan te stellen. Resultaten werden geboekt. Het aantal raadplegingen van het donorregister **(11)** en het aantal gerealiseerde weefseldonaties steeg aanzienlijk; het aantal orgaandonoren steeg marginaal **maar** het aantal gemiste donoren daalde aanzienlijk. Vastgesteld kan worden dat het project binnen de ziekenhuizen tot een omslag in het denken en handelen van artsen heeft geleid. Dit was te danken aan de inzet, toewijding en het

²⁷ KNMG, *Standpunt KNMG inzake resultaten evaluatie Wet BIG*, Utrecht: KNMG 2002.

enthousiasme van de donatiefunctionarissen. Zij hebben hun blijvende waarde en onmisbaarheid bewezen. Binnenkort zal de effectiviteit van hun werk weer worden onderzocht of zoals dat in het jargon heet geëvalueerd. Evaluatie is altijd goed maar heeft in dit geval veel weg van een controle of de aarde rond is. Ik durf het wel aan de donatiefunctionarissen de turbomotor van de donorwerving te noemen. Helaas is deze motor ingebouwd in een transplantatiewet die de rijeigenschappen van een oude DAF vertoont. Het is die ongelukkige combinatie die niet matcht.

Dit komt het meest pijnlijk tot uitdrukking bij de vele weigeringen door nabestaanden wanneer zij over een donatie moeten beslissen. Weigering door nabestaanden doet zich vooral voor wanneer een overledene zelf tijdens zijn leven geen keus gemaakt heeft. 60% van de burgers heeft niet gekozen en van 60% van de overledenen is dus geen laatste wil bekend; weigeringspercentages van gemiddeld 70% en oplopend tot 90% doen zich in die situatie vervolgens voor wanneer om een orgaandonatie gevraagd wordt aan de nabestaanden⁽¹²⁾. Daar kunnen ook donatiefunctionarissen niet veel aan veranderen. Jaar na jaar zien we, dat van de nieuwe 18 jarigen ook niet meer dan 40% zich registreert. Permanent ontbreekt dus registratie van 60% van de registreerbare bevolking. Dit is ingebakken in het systeem van de wet en kan alleen maar met een ander wetgevingssysteem worden opgelost.

Dat neemt niet weg, dat nieuwe initiatieven, zoals het experiment met de uitgifte van donorformulieren bij het afhalen van een paspoort, positief beoordeeld moeten worden. De evaluatie van dit experiment geeft aan, dat landelijke invoering van deze procedure jaarlijks tot tussen 13000 en 65000 nieuwe registraties zal leiden. Zelfs het meest optimistische scenario levert niet meer op dan een druppel op een gloeiende plaat. Er zijn anno 2006 ongeveer 5 miljoen Nederlanders geregistreerd, van 7 miljoen mensen is er geen registratie en weten we dus niet, wat zij in geval van overlijden zouden willen. In het scenario van de minister duurt het nog tussen de 50 tot ruim meer dan 100 jaar voordat nog eens 2,5 miljoen mensen zich geregistreerd hebben terwijl non-registratie nu juist het kernprobleem is van de donorwerving. De vraag is of we dit nieuwe initiatief actie van de minister als lange termijn beleid moeten zien of toch meer als op de lange baan schuiven. Zelf neig ik tot de laatste uitleg.

Het valt te begrijpen, dat patiënten en artsen alle wegen beproeven die kunnen leiden tot een oplossing voor het probleem van de schaarste. De laatsten worden keer op keer

²⁸ statistiek uit dissertatie op blz. 20

geconfronteerd met het probleem, waar hun patiënten mee te maken hebben. De cross over transplantatie, waarbij organen worden uitgewisseld tussen stellen die niet direct aan elkaar kunnen doneren, is een goed voorbeeld van creatief medisch denken waar de wetgever het laat afweten. **(13)** Een geslaagd cross over programma is in Rotterdam ontwikkeld en vele extra niertransplantaties worden uitgevoerd. Bij dit programma, bij het doneren tijdens leven en na overlijden in het algemeen kunnen uit een oogpunt van zelfbeschikking nog wel enkele kanttekeningen worden geplaatst.

Het argument dat een geen bezwaarwet de vrijheid van burgers en hun zelfbeschikking aantast, een geliefd liberaal thema, gaat niet echt op. Immers er blijft binnen dat systeem voor iedere burger te kiezen. De burger wordt slechts aangesproken op zijn verantwoordelijkheid als lid van deze samenleving. Opmerkelijk is dat koestering van deze zelfbeschikking dezelfde zorgzame overheid er niet van weerhoudt donatie bij leven wettelijk mogelijk te maken. Dat betekent impliciet, dat de overheid wel accepteert dat verwanten van patiënten in een situatie komen, waarin zij moeten kiezen voor iets dat niet zonder persoonlijk risico is. Neemt de wetgever dat voor lief, is het all in the game en denkt hij dat een donor werkelijk kan kiezen. Er is weinig fantasie voor nodig om te begrijpen dat er niet veel ruimte is voor een vrije keus en dus voor zelfbeschikking wanneer mensen een geliefde steeds meer zien achteruit gaan. Kennelijk speelt dat niet voor de overheid die belijdt, dat vrije keuze van de burger het hoogste doel is, ongeacht of daar risico's voor diezelfde burger aan verbonden zijn. De overheid is dubbelhartig in haar opstelling waar het zelfbeschikking betreft.

Dat bij deze stoere volharding bij de huidige wet zwaar gesteund wordt op scenario berekeningen van NIVEL mag niet onvermeld blijven. NIVEL heeft in opdracht van VWS in scenario studies drie wetgevingsmodellen doorgerekend op orgaanopbrengst. Dat leidde tot het volgende koffiedik:

Aantal orgaandonoren: **(14)**

	Zonder extra maatregelen	Met extra maatregelen
Binnen huidige wet	214	252
ARD systeem	248	264 (actief donor registratie systeem)
Geen bezwaar systeem	176	220

Deze cijfers betekenen, dat een wetenschappelijk instituut de voorspelling aandurft, dat op 16000000 inwoner, bij 138000 overlijdensgevallen per jaar er in het ene systeem 12 donoren meer zullen zijn dan in een ander systeem. Mij dunkt, dat de geluidsoverlast scenario's van Schiphol hierbij vergeleken uiterst precies zijn. Toch is het op basis van dit type scenario dat de minister vervolgens beslist, dat een wetgevingsverandering voor per saldo 12 extra donoren niet verantwoord is. Alsof deze cijfers ergens voor staan en of er sprake is van enige betrouwbaarheid. Het bizarre is vervolgens, dat geen kamerlid een jaar later aan de minister vraagt of de werkelijkheid een beetje geklopt heeft met de scenario's. We weten inmiddels, dat de ontwikkelingen niet hoopgevend zijn.

(15) Wellicht dat deze quasi exacte cijfertabellen opgenomen kunnen worden in het zo aardige boekje Sprookjes en feiten over orgaandonatie van het NIGZ. Met die brochure, die door minister Hogervorst in ontvangst werd genomen, wil de NIGZ op speelse wijze voorlichting aan het publiek geven en het publiek confronteren met veel voorkomende misverstanden over orgaan- en weefseldonatie. In dit sprookjesboek moet zeker plaats zijn voor deze **sprookjesscenario's** of beter nog de **spookscenario's** van het NIVEL. Scenario's die wel mede de beslissing legitimeerden om niet over te stappen op andere wetgeving.

Conclusie(16)

De wet op de orgaandonatie functioneert matig. Er zijn geen goede juridische argumenten te bedenken tegen een bezwaarregeling. Weging enerzijds van het belang van bescherming van integriteit en anderzijds het belang en de grondwettelijke taak van de overheid zich in te zetten voor goede zorg zou tot een andere wet moeten leiden. De wetgever zou zich moeten realiseren dat cross over programma's, hoe heilzaam ook voor patiënten, de zo gekoesterde zelfbeschikking onder zware druk zetten. Mogelijk is dat een argument voor de minister van VWS om nog eens na te denken over een andere wettelijke regeling.

Tot slot

Ik wil graag met een enkel woord van dank afsluiten. Deze geldt allereerst degenen die het initiatief namen voor de vestiging van deze leerstoel, de hooggeleerde en zeer gewaardeerde Rob van Delden, Wim van der Mijn en Chris ten Raa. Elk van hen heeft destijds vanuit zijn eigen positie enthousiast gewerkt aan de vestiging van deze leerstoel. Dat de onlangs overleden Rob van Delden dit afscheid niet meer meemaakt betreur ik meer dan ik kan

zeggen. Het verheugt mij zeer mevrouw van Delden hier in gedachten aanwezig te weten en vanavond live bij het diner.

Voorts wil ik de Stichtingen die deze leerstoel oprichtten danken. In persoon noem ik Constant van Schelven, destijds directeur van de Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen en Samenwerkende Verpleeghuizen Rotterdam en omstreken, thans bestuurslid van Conforte en voorzitter van het College van Toezicht bij de leerstoel. Constant, jij was voor mij van meet af aan een enthousiast gesprekspartner, een luisterend oor, een inspirerend collega, een gezellige mee-eter en een constante en loyale factor onder alle omstandigheden. Mede door jouw inspanning kwam de leerstoel er en bleef deze in stand, de laatste periode onder de vlag van Conforte. Onze contacten gedurende die vele jaren heb ik zeer gewaardeerd en deze zullen naar ik hoop en verwacht blijven.

Mijn faculteit en in persoon de opeenvolgende decanen hebben mij altijd en zonder onderscheid ruimte en vertrouwen gegeven. Dat gebeurde in een geest van grote academische vrijheid. Daarvoor ben ik dankbaar. Tegelijkertijd realiseer ik mij dat de vrijheid die ik vanaf het begin kreeg en die ik misschien ook wel een beetje nam, er nu minder lijkt te zijn voor individuele medewerkers door het knellende korset van onderzoeksscholen, externe geldstromen en onderzoeksprogramma's. Waarschijnlijk zou ik nu niet meer de kans gekregen hebben als medewerker van een sectie handels- en ondernemingsrecht mij zo zeer op dit niet handelsrechtelijke terrein te ontplooien. Ik realiseer mij dat en voel mij bevoorrecht.

De samenwerking maar vooral de vriendschappelijke contacten met vele collega's binnen maar ook buiten de faculteit waren voor mij meer dan slechts het zout in de pap. Zonder anderen tekort te willen doen noem ik mijn collega's door de jaren heen Albert Otten, Wim Dolman, Bert Hermans, Rudi Holzhauser, Daan Dokter, Martin Buijsen en de afgelopen jaren Cees Loonstra, Gerdien van de Voet en hun sectie, waar ik als gezondheidsrechtelijk allochtoon altijd welkom was. Naast hen noem ik de vele toegewijde student assistenten die mijn geheugen, mijn maatjes en mijn hulp in barre computertijden waren. Ook hier zonder anderen tekort te willen doen noem ik Frans, Irma, Job, Ruudje en Xandra. Daarnaast zijn mij de contacten met mijn al dan niet hooggeleerde gezondheidsrechtelijke collegae altijd dierbaar geweest. Tot slot is het geen ceremoniële lippendienst wanneer ik zeg, dat onderwijs en contacten met studenten mij altijd veel genoeg hebben gegeven. Zij hebben mij altijd

geïnspireerd en hun scripties hebben ook de keuze en inhoud van de onderwerpen voor deze afscheidsrede mee bepaald.

Bijzondere waardering wens ik op deze plaats nog eens uit te spreken aan het adres van mijn te vroeg overleden promotor Henk Leenen wiens scherpe commentaar en inspirerende bemoediging, gevoegd bij zijn joviale vriendschap en bourgondische trekken mij altijd een gevoel van warme vriendschap gaven. Reden waarom ik graag bij hem aanmeerde. Aan hem en aan de voormalige Leidse hoogleraar J.F. Rang dank ik in hoge mate mijn wetenschappelijke vorming ook al zal de laatste zich dat wellicht niet eens gerealiseerd hebben.

Ik realiseer mij volledig, dat het bezetten van deze leerstoel mij vele ontplooiingsmogelijkheden geboden heeft en talrijke deuren deed opengaan. Dat ik daarbij niet altijd precies de wegen ging die de instellers van de leerstoel voor ogen hadden sluit ik niet uit. Ik waardeer hun generositeit. Dat ik aan de andere kant tot op de dag van vandaag een bijdrage heb kunnen leveren aan een aantal activiteiten binnen de instellingen die deze stoel vestigden vond ik vanzelfsprekend en inspirerend. Ik heb dat altijd gedaan in de geest van voor wat hoort wat en wat chiquer gezegd noblesse oblige. Deze activiteiten brachten mij keer op keer van de verheven academische alma mater naar de alledaagse werkelijkheid. De vele maatschappelijke activiteiten sloten niet alleen zeer aan bij mijn persoonlijke interesses, zij boden mij ruimte voor maatschappelijke dienstverlening van de soort die bij mij paste en stelden mij bovendien heel veel beter in staat mijn studenten vanuit een praktische en door- en beleefde achtergrond te enthousiasmeren voor het mij zo dierbare vak gezondheidsrecht.

Het doet mij veel plezier nog enige tijd samen met collega's van deze faculteit en van de BMG leiding te mogen geven aan de voorbereiding van een nieuwe masteropleiding gericht op de gezondheidszorg. Ik beschouw deze toekomstige master als een klein kroontje op mijn Rotterdamse werk en verheug mij op de toekomst van dit veelbelovende initiatief. Dat bovendien de samenwerking tussen JF en BMG vorm begint te krijgen is alleen maar prettig.

Dat ik niet expliciet Fransje, de kinderen en hun partners heb vermeld doet niets af aan datgene wat ik bij de aanvaarding van het hoogleraarschap zei toen ik het vertrouwen uitsprak, dat wij een maatschap voor onbepaalde tijd zouden zijn. Deze stille maatschap is nog altijd mijn grootste stille kracht.

(17) Veel heb ik vandaag gezegd, veel is onbesproken gebleven. Dat geldt niet alleen voor vandaag, maar ook voor de achterliggende jaren. Het nodige heb ik aangepakt maar heel wat ook niet. Toen ik de leerstoel aanvaardde zei ik met Theodor Fontane²⁹ in alle bescheidenheid “Es ist ein zu weites Feld” zonder dit overigens als een excuus te willen gebruiken voor de keuzes die ik maakte. Mogelijk zou ik het nu aandurven Goethe na te zeggen „In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister“³⁰.

Tot allerslotst zeg ik de Duitse auteur Hans Fallada met een vleugje nostalgie na:

Kleiner Mann, was nun? **(18)**

Ik heb gezegd en dank u wel.

²⁹ Theodor Fontane, Effi Briest.

³⁰ Joh. Wolfgang v. Goethe, „Natur und Kunst“