

accentueert dat men van een arts geen maximale bekwaamheid volgens de meest recente medische gegevens mag verwachten en dat men als norm van zijn professionele standaard met de gemiddelde bekwaame arts (binnen zijn categorie) tevreden moet zijn. Dit berust op een miskenning van de ontwikkeling der specialisering in de afgelopen 60 jaren. Nog steeds woedt er een strijd om de super-specialisering en op het terrein van geen enkel super-specialisme is deze reeds gestreden. Als LEENEN zich in deze crux medicorum verdiept, zal hem dra blijke dat ter zake een medisch professionele standaard ver te zoeken is.

Gelukkig is LEENEN nog niet toegekomen aan de problematiek van de kwaliteitsbewaking, waarbij men anglicismen als „medical audit” niet durft vertalen door van „medische verantwoording” te spreken.

Ten slotte een algemene opmerking gewijd aan de neiging van alle medisch onvoldoende onderlegde gezondheidsjuristen, nl. om alle vormen van gezondheidszorg, individuele (persoonlijke), maatschappelijke (sociale) en openbare (wettelijk verplicht gestelde volksgezondheidsvoorschriften), onder de noemer gezondheidszorg te brengen. LEENEN gaat zelfs zover dat hij zelfzorg (voor de eigen gezondheid) tot een morele menselijke plicht stempelt, ook tegenover de samenleving. Dit is lijnrecht in strijd met het in art. 8 van het Verdrag van Rome scherp geformuleerde recht op eerbiediging van privé- en gezinsleven („vie privé et familiale”, „private and family-life”). Buitengewone belangrijke en belangwekkende internationale jurisprudentie is ter zake te vinden bij SMITS (1979).

*Literatuur:* Het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. *Nederlandsche Staatswetten*, nr. 74. Schuurman & Jordens. — LEENEN, H. J. J. (1978) *Rechten van mensen in de gezondheidszorg; een gezondheidsrechtelijke studie*. Samsom, Alphen; (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1389. — SMITS, P. W. (1979) *Het recht om geboren te worden, een mensenrecht*. Buijten & Schipperheijn, Amsterdam.

Tilburg, augustus 1979 W. SCHUURMANS STEKHOVEN

1. Ik bedoel niet alles beter te weten dan artsen, doch wel de gezondheidsrechtelijke aspecten van i.c. de geneeskunde voor hen uit te werken.

2. Een doorsnee-arts bestaat inderdaad niet, maar het gaat hier om normen, waaraan de (tucht)rechter toetst.

3. De problematiek rond het biologische en sociale mensbeeld wil ik in verband met het betreffende artikel niet ter sprake brengen. Mijn opmerking over onbevoegde uitoefening van psychologie etc. is een woordspeling en moet niet strikt juridisch worden verstaan, zoals uit de context ook wel duidelijk is.

4. Ik deel niet de mening van SCHUURMANS STEKHOVEN over de rechten van de patiënt i.v.m. de toestemming. Ook de internationale literatuur is anders dan SCHUURMANS STEKHOVEN aangeeft. Dat neemt niet weg dat ook het civiele recht een basis is voor de toestemming. Overigens niet alleen het contract, maar ook art. 1401 BW.

5. Ik vergelijk ereregelen niet met ethiek.

6. Marginale toetsing was geen onderwerp van het artikel. Men kan niet alles tegelijk behandelen. Idem t.a.v. bescherming van het leven, de kosten van de gezondheidszorg e.d.

7. Ik bedoel wel degelijk „diagnostic overkill”, een in de literatuur veel gebruikt begrip.

8. Ik houd staande, dat niet een maximale bekwaamheid als juridische norm kan gelden.

9. De opmerkingen over het begrip gezondheidszorg zijn gebaseerd op een persoonlijke opvatting van SCHUURMANS STEKHOVEN. Dit geldt ook t.a.v. zelfzorg in relatie tot het Verdrag van Rome. Er is tegen de opvattingen van SCHUURMANS STEKHOVEN wel het een en ander in te brengen, doch in een nawoord kunnen deze problemen niet voldoende uit de doeken worden gedaan.

Amsterdam, augustus 1979

H. J. J. LEENEN

## *Alternatieve kankertherapie*

Naar aanleiding van het antwoord van collega JONGKEES op collega KUNST (1979) zou ik het volgende willen opmerken.

Collega JONGKEES schrijft: „De gezondheid, de levensduur, de algemene hygiëne, de chirurgie, de geneesmiddelenkunde zijn er geen stap mee vooruitgekomen. Nu sinds knap een eeuw in een betrekkelijk klein deel van de wereld artsen van wetenschappelijk onderzoek gebruik zijn gaan maken, is in dit deel van de wereld op geneeskundig gebied een geweldige ontwikkeling ontstaan.” (Einde citaat.)

Collega JONGKEES suggereert hiermee dat alles of bijna alles wat waarde heeft voor de geneeskunde/kunst ontwikkeld is na 1880. Echter, de anatomie is voor het grootste deel in de 16e eeuw of daarvoor tot ontwikkeling gebracht. SEMMELWEISS en SKODA, 2 medici uit de 19e eeuw, stierven resp. in 1865 en 1881. KOCH, PASTEUR en VIRCHOW deden alle drie belangrijk wetenschappelijk werk voor 1880.

Het lijkt mij niet noodzakelijk om de andere mannen en vrouwen te noemen die in vroegere tijden belangrijk wetenschappelijk onderzoek hebben gedaan om in hun vrije tijd de geneeskunde/kunst tot ontwikkeling te brengen en waar wij heden ten dage nog zo'n profijt van hebben.

Daar de redactie van het Tijdschrift regelmatig blijkt geeft de geschiedenis van de geneeskunde een warm hart toe te dragen, bevreemdt het mij dat in een discussie de verworvenheden uit vroeger eeuwen zo gemakkelijk geweid worden.

*Literatuur:* JONGKEES, L. B. W. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1318. — KUNST, L. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1317.

Groningen, augustus 1979

W. SCHULTE

Peccavi: ik heb mij wat onzorgvuldig uitgedrukt. Ik heb het woord knap in de betekenis IV nr. 7 volgens Van Dale gebruikt — d.i. flink, vrij groot — er niet aan denkende dat dit vermoedelijk een lokale wijze van uitdrukken is. Bovendien heb ik de slordigheid begaan niet te herhalen dat ik bedoeld heb wetenschappelijk onderzoek omtrent het in de voorafgaande zin opgesomde — gezondheid, levensduur, algemene hygiëne, chirurgie, geneesmiddelenkunde — d.w.z. omtrent hetgene in Ingezonden en antwoord ter discussie stond: geneeskunde, de kunde van het genezen. Ik was mij er niet van bewust dat dit onduidelijk zou zijn. Ik dank collega SCHULTE voor zijn vermaning.

Amsterdam, augustus 1979

L. B. W. JONGKEES