

Pagina 1
Objectiveren van
whiplash(achtige) klachten

Pagina 6
Nieuwe verjaringregeling in
verzekeringsrecht

Pagina 12
Stappenplan medisch traject

Pagina 17
Pandora na de pilot

Pagina 19
LetMe

oktober 2011



Een passende maatstaf
blijft lastig ...

Ervaringen van het eerste jaar ...

De partijen nu aan zet ...

Mediation Vierdaagse ...

Hoe ver zijn we met het objectiveren van whiplash(achtige) klachten?

Dat whiplash(achtige) klachten moeilijk zijn te objectiveren, leidt in veel zaken tot een worsteling met de vaststelling van het causale verband tussen die klachten en het ongeval.

Vanaf december 2001 kon men doorgaans redelijk uit de voeten met de oude richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN) die zes criteria kenden om bij whiplash(achtige) klachten zonder objectieve afwijkingen toch een percentage functieverlies tussen 0-8% te kunnen toekennen. Deze - overigens ook niet onomstreden - toetssteen lijkt te zijn weggevallen, nu ingevolge de nieuwe richtlijnen de neuroloog sinds november 2007 geen functieverlies meer kan toekennen aan het postwhiplashsyndroom bij het ontbreken van een neurologische afwijking.

Dit heeft in de letselschadepraktijk tot de nodige beroering geleid, nu een lichamelijk onderzoek op neurologisch vlak bij een deel van de benadeelden met whiplash(achtige) klachten juist geen afwijkingen oplevert. Hoe moet nu worden beoordeeld of de klachten van de benadeelde en de daaruit voortvloeiende beperkingen reëel zijn en of deze in juridische zin aan het ongeval kunnen worden toegerekend?

Hof Amsterdam

Het Hof Amsterdam heeft een strenge lijn ingezet, waarbij het medisch oordeel van de neuroloog vaak één op één wordt toegepast in de juridische context¹. Zelfs nog voor het verschijnen van de nieuwe richt-

Mevrouw mr.
L. Schuurs
Nysingh
Advocaten



lijnen koppelde het hof in een arrest van 5 juli 2007 aan het oordeel van de deskundige - dat geen sprake is van functionele invaliditeit - al de gevolgtrekking dat de benadeelde geen aan het ongeval toe te rekenen inkomensschade heeft².

In een arrest in kort geding van 29 april 2008 rapporteerde de neuroloog dat hij geen ongeval-gerelateerde afwijkingen heeft waargenomen. In de begeleidende brief bij zijn rapport schreef hij dat de vraag van benadeelde, waarom er geen beperkingen worden aangenomen terwijl er zoveel klachten zijn, zich laat beantwoorden door het feit dat hij vanuit zijn vakgebied de klachten niet kan duiden en dan ook geen beperkingen kan formuleren. De conclusies van de neuroloog >

> waren voor het hof voldoende reden om het gevorderde aanvullende voorschot af te wijzen³. Het hof wees op 26 mei 2009 in twee - vrijwel identieke - zaken de vordering af wegens het ontbreken van door de neuroloog geduide beperkingen. De neuroloog had in beide gevallen geconcludeerd dat de benadeelde als gevolg van het ongeval weliswaar klachten heeft die kunnen worden gediagnosticeerd als postwhiplashsyndroom, maar dat de benadeelde ten gevolge daarvan geen beperkingen ondervindt. Het hof overwoog dat het enkele feit, dat de benadeelde kort na het ongeval de huisarts en fysiotherapeut heeft bezocht en ook daarna gedurende een jaar medische hulp heeft gezocht, niet betekent dat er bij haar toen neurologische beperkingen zijn geweest⁴.

In een arrest van 12 april 2011, waarin de neuroloog rapporteerde dat er geen sprake is van neurologisch functieverlies en er volgens hem geen beperkingen zijn voor het verrichten van arbeid, oordeelde het hof - in lijn met zijn eerdere arresten - dat verlies aan arbeidsvermogen niet aannemelijk is geworden en wees de vordering af⁵. Het Hof Amsterdam lijkt dan ook consistent te zijn in zijn oordeel dat, indien er geen medisch-neurologisch substraat bestaat - dus in neurologische zin geen functionele invaliditeit aanwezig is en geen beperkingen worden geduid - er geen letselschade is die voor vergoeding in aanmerking komt. Dit ongeacht of er serieuze klachten bestaan.

In de literatuur is betoogd dat dit te kort door de bocht is en dat wanneer de beperkingen in neurologische zin niet kunnen worden geduid, hieraan niet de consequentie kan worden verbonden dat de benadeelde niets mankeert en alles nog kan⁶.

Hof Leeuwarden

Het Hof Leeuwarden vaart een heel andere koers in arresten van 22 juni en 10 augustus 2010 waarin het juridisch oordeel niet direct wordt gekoppeld aan het medisch oordeel, in het voordeel van de benadeelde.

In beide arresten overweegt het hof dat het aan de rechter is om aan de hand van de bevindingen van deskundigen antwoorden te vinden op de vraag of het bestaan van de klachten bewezen is en of er in juridische zin sprake is van causaal verband tussen klachten en ongeval. Alvorens in te gaan op het specifieke geval, geeft het hof in beide arresten eerst een aantal principiële overwegingen ten aanzien van de stelplicht en bewijslast bij gezondheidsklachten.

Het is aan de benadeelde om te bewijzen dat hij klachten heeft, maar deze klachten hoeven niet te zijn geobjectiverd. Het is voldoende dat objectief kan worden vastgesteld dat de klachten *“reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn”*⁷. Dit zou het geval kunnen zijn wanneer uit een deskundigenrapport volgt dat de klachten niet gesimuleerd of overdreven zijn. Als het bewijs van de subjectieve gezondheidsklachten is geleverd door de benadeelde, mogen volgens het hof aan het bewijs van het causaal verband tussen het ongeval en die klachten geen al te hoge eisen worden gesteld. Het ontbreken van een medi-

sche verklaring voor de klachten en ook het voortbestaan van subjectieve gezondheidsklachten (mede) door het somatiseren door de benadeelde, staat niet direct aan het concluderen tot causaal verband in de weg. Causaal verband wordt wel geacht te ontbreken wanneer de benadeelde van het somatiseren in redelijkheid een verwijt kan worden gemaakt⁸.

In het eerste arrest acht het hof een onderzoek door een psychiater op zijn plaats om te beoordelen of de klachten al dan niet zijn gesimuleerd of overdreven⁹. In het tweede arrest volgt het hof het oordeel van de neuroloog die in afwijking van de richtlijnen de whiplash(achtige) klachten van benadeelde toerekent aan het ongeval¹⁰.

Het Hof Leeuwarden zet met deze arresten een duidelijke lijn in. De klachten hoeven niet in medische zin overeenkomstig de richtlijnen te zijn vastgesteld om in juridische zin aan het ongeval te worden toegerekend. De deskundige mag afwijken van de richtlijnen en zelfs wanneer de benadeelde somatiseert, leidt dit slechts tot het ontbreken van causaal verband indien hem hiervan een verwijt kan worden gemaakt. Deze maatstaf is bepaald *“slachtoffervriendelijk”* te noemen.

Ook deze maatstaf is in de literatuur bekritiseerd. Van Dijk merkt op dat de maatstaf een schijnzekerheid geeft, omdat niet is gezegd hoe het objectiveren dient plaats te vinden¹¹. Neuroloog Van den Doel voorspelt dat de medicus op grond van zijn vakgebied uiterst voorzichtig zal zijn met de mening dat klachten niet reëel zijn, of nog erger, voorgewend. Men kan immers niet voelen wat de ander voelt¹². Knijp stelt dat of een pijnklacht reëel is, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven überhaupt niet objectief kan worden vastgesteld, aangezien een dergelijke pijnklacht - waarvoor geen lichamelijk substraat bestaat - louter is gegrond op de subjectieve beleving van degene die de klacht uit¹³.

Kolder merkt in dit kader op, dat het niet gaat om absoluut objectief, maar slechts om voldoende objectief¹⁴. Volgens De Hek, senior raadsheer bij het Hof Leeuwarden, moet onder objectief worden verstaan: onpartijdig en naar beste weten¹⁵.

Hof Den Bosch

Het Hof Den Bosch legt in zijn arresten van 2 februari, 29 juni, 13 juli 2010 en 26 april 2011 dezelfde maatstaf aan als het Hof Leeuwarden. In al deze arresten wordt overwogen dat enkel vereist is dat de klachten in die zin worden geobjectiveerd dat zij reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn¹⁶. Kolder spreekt dan ook wel van een *‘herontdekking van het criterium uit Zwolsche Algemene/De Greef’*. In eerste instantie leek het Hof Den Bosch na het verschijnen van de richtlijnen echter op een iets ander spoor te zitten.

In een arrest van 12 februari 2008 stelde het hof voorop dat het woord *“klacht”* duidt op een subjectieve klacht, zonder dat vaststaat of er sprake is van een daarmee corresponderende aandoening of afwijking. Volgens het hof is

dan ook vereist dat sprake is van een dusdanig consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten, welke eventueel in verband kunnen worden gebracht met bepaalde gebeurtenissen of bepaalde wel medisch vastgestelde afwijkingen of aandoeningen, dat (ondanks het feit dat klachten per definitie subjectief zijn) aannemelijk is dat er sprake is van aandoeningen of afwijkingen. De klachten van benadeelde werden hier niet als ongevalsgevolg aangemerkt¹⁷.

In een arrest van 25 maart 2008 overwoog het hof dat, hoewel de aard van het gestelde letsel meebrengt dat een objectief medisch bewijs niet (eenvoudig) valt te leveren, dit niet wegneemt dat de benadeelde ten minste zeer aannemelijk zal moeten maken dat het letsel zoals dat door haar wordt omschreven daadwerkelijk bestaat, dat dit letsel tot de door haar gestelde beperkingen leidt en dat het geheel of in ieder geval voor een groot deel is te herleiden tot het ongeval. Nu de eisende benadeelde de uitgebreide gemotiveerde betwisting van de gedaagde verzekeraar in onvoldoende mate had weerlegd terwijl dat volgens het hof als eiser wel op haar weg lag, werden de vorderingen afgewezen¹⁸.

In een arrest van 6 oktober 2009 noemde het hof het criterium dat objectief moet worden vastgesteld dat de klachten aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn en dat zij in verband kunnen worden gebracht met het ongeval. Het hof vervolgde dat dit kan leiden tot het oordeel dat er sprake is van een dusdanig consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten dat hoewel naar de huidige stand van de medische techniek geen bekende aandoening of afwijking kan worden aangetoond, voldoende aannemelijk is dat sprake is van een lichamelijke of geestelijke aandoening of afwijking. In casu was er geen neurologisch substraat en was het klachtenpatroon onvoldoende consistent en samenhangend om te kunnen oordelen dat de benadeelde als gevolg van het ongeval klachten en beperkingen onderzond die leiden tot voor vergoeding in aanmerking komende schade¹⁹.

Waar het hof eerst spreekt over een consistent, consequent en samenhangend patroon van klachten, hanteert het in recente jurisprudentie het criterium van reële, niet ingebeelde, niet voorgewende en niet overdreven klachten. In het arrest van 6 oktober 2009 worden beide maatstaven naast elkaar gebruikt.

Volgens Van Dijk verdient de eerdere maatstaf de voorkeur nu hierin beter naar voren komt waar het om gaat, maar ook deze maatstaf zal desondanks uitvoeringsproblemen met zich brengen. Van Dijk en Kolder wijzen er daarom op dat de rechter niet kan volstaan met enkel aangeven dat aan de maatstaf is voldaan, maar vooral helder dient te motiveren waarom een en ander - kort gezegd - een plausibel geheel vormt²⁰.

Hof Den Haag en Hof Arnhem

Opvallend is dat er bij de overige twee hoven geen tot weinig recente jurisprudentie bestaat op dit gebied. Mogelijk wordt bij deze hoven vaker alsnog een schikking bereikt.

Sinds de zomer van 2005 is de Haagse rechtbank gestart met het zogenoemde letselschadeproject waarbij wordt gestreefd om in beginsel gecompliceerde letselschadezaken binnen één jaar na aanbrengen door het rechtbanktraject te helpen. In het project wordt in alle letselschadezaken een comparitie na antwoord bevolen. In de relatief 'eenvoudige zaken' is dat de gebruikelijke enkelvoudige comparitie, in de gecompliceerde zaken een meervoudige. De resultaten van het project laten zien dat een adequate voorbereiding door rechter en partijen leidt tot een hoog schikkingspercentage²¹.

Bij het Haagse en Arnhemse hof worden voorzichtig de ervaringen die opgedaan zijn in de eerste lijn, doorgetrokken naar het hoger beroep. Zo vinden er inmiddels ook meervoudige comparities plaats en verschuift in hoger beroep de aandacht meer naar de zittingen²². Bij de zogeheten comparitie na aanbrengen worden bewust proactieve raadsheren ingezet. Op deze manier kan al in een pril stadium van de hoger beroepprocedure met partijen en hun advocaten worden bezien of de zaak geregeld kan worden of dat bijvoorbeeld een verwijzing naar mediation aangewezen is²³.

Een zeer recent tussenarrest van het Hof Arnhem illustreert mooi dat het hof erg gericht is op het bereiken van een minnelijke regeling. Overigens komt hierin ook naar voren dat dit hof meer op de lijn zit van Hof Leeuwarden en Hof Den Bosch dan die van Hof Amsterdam²⁴. Het hof overweegt onder andere dat het zo moge zijn dat de klachten niet kunnen worden geobjectiveerd en er in medische zin geen sprake is van letsel, maar dat dit niet aan het aannemen van causaal verband in de weg staat.

Het belang van de richtlijnen

In beide hiervoor genoemde arresten van het Hof Leeuwarden overwoog het hof dat voor het bewijs van subjectieve gezondheidsklachten niet is vereist dat de pijnklachten in die zin worden geobjectiveerd dat ze met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden en overeenkomstig de door de desbetreffende medische beroepsgroep vastgestelde standaarden en richtlijnen worden vastgesteld. In het arrest van 10 augustus 2010 nam het hof vervolgens het oordeel dat sprake is van postwhiplashsyndroom en pijnklachten over van de neuroloog die afweek van de geldende NVvN-richtlijn, zonder dat uit de gepubliceerde uitspraak bleek dat hiervoor een onderbouwing was gegeven.

Van Dijk is kritisch over deze uitspraak nu de in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde onderzoeksmethoden, richtlijnen en standaarden hier wel heel makkelijk terzijde lijken te worden gesteld voor het objectiveren van subjectieve klachten. Richtlijnen moeten juist leidend zijn bij een moeilijk objectiveerbaar ziektebeeld.

Het Hof Den Bosch overweegt in een arrest van 6 mei 2008 dat, juist omdat bij whiplash gerelateerde klachten veelal objectief geen afwijkingen waarneembaar zijn, ter objectivering van dergelijke subjectieve klachten, richt-

- > lijnen dienstig kunnen zijn bij de vaststelling van de ernst en geloofwaardigheid van subjectieve klachten²⁵.

Van Dijk is van mening dat strenge eisen dienen te worden gesteld aan een deskundige die afwijkt van de richtlijnen en dat moet worden gewaakt voor cherry picking. In de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in Bestuurs- en Civielrechtelijk Verband (RMSR) is bepaald dat richtlijnen globaal aangeven wat binnen de beroepsgroep als 'state of the art' mag gelden. Het is voor een professional altijd mogelijk om gemotiveerd van een richtlijn af te wijken, maar hierbij is een transparante motivatie essentieel²⁶. Ook het Hof Den Bosch heeft in zijn arrest van 26 april 2011 overwogen dat een deskundige niet onder alle omstandigheden aan de op dat moment binnen zijn beroepsgroep geldende richtlijnen is gebonden, maar dat als hij deze niet volgt een nadere motivering voor de hand ligt²⁷.

Uit verschillende hoeken wordt ook gewezen op de waarde van een 'disclosure statement' ter verbetering van de transparantie. In een disclosure statement wordt de deskundige een aantal persoonlijke vragen gesteld die een rol kunnen spelen bij de uiteindelijke juridische waardering van zijn bevindingen²⁸. Uit een arrest van 13 juli 2010 blijkt dat het Hof Den Bosch de suggestie van de verzekeraar om de deskundigen te vragen een disclosure statement in te vullen al ter harte neemt²⁹.

De juiste deskundige

Een belangrijke vraag is wie de aangewezen deskundige is om beperkingen vast te stellen bij klachten zonder neurologisch substraat, nu de neuroloog op grond van de richtlijn bij deze klachten niet langer tot functieverlies en dus beperkingen kan komen. Knijp en De Hek menen dat het gelet op de richtlijn niet voor de hand ligt om de neuroloog in deze gevallen te blijven vragen om beperkingen vast te stellen³⁰.

Endedijk bepleit echter dat neurologen op grond van hun ervaring met expertises in whiplashzaken hier nog steeds toe in staat zijn en dat de mate van functieverlies niet van doorslaggevend belang is. Hij gaat uit van het toetsingscriterium uit Zwolsche Algemeene/De Greef³¹.

Ook medisch adviseur Gelmers meent dat de neuroloog de aangewezen deskundige blijft, maar dat de zesde druk van de AMA-guides -verschenen in januari 2008, dus na de richtlijnen- tot uitgangspunt moet worden genomen. Op basis hiervan kan ook zonder dat neurologisch objectieve afwijkingen worden geconstateerd, wel een percentage functieverlies worden toegekend van 0 tot 3%³². Ook over deze AMA-guides bestaat echter discussie.

Voorstanders menen dat deze internationaal als gezaghebbend worden gezien, terwijl tegenstanders erop wijzen dat ze in de meeste Europese landen niet worden gebruikt³³. Een andere mogelijkheid is de neuroloog eerst te laten uitsluiten dat het letsel neurologisch van aard is en vervolgens een deskundige in te schakelen die chronische pijn wél tot zijn specialisme rekent.

Over het aangewezen specialisme bestaat echter geenszins duidelijkheid. In de literatuur en jurisprudentie passeert een waaier aan medisch deskundigen de revue. Vooral de psychiater en verzekeringsarts worden vaak genoemd. Ten aanzien van de psychiater bepleit Knijp dat deze kan bezien of de klachten kunnen worden verklaard vanuit een psychiatrische aandoening³⁴. Dit is op het spoor van de NVvN, neuroloog Van den Doel en psychiater Koerselman³⁵. Deze laatste wijst op de overeenkomst in het klachtenpatroon van whiplash en psychiatrische stoornissen als depressie, angststoornis en PTSS. Endedijk meent echter dat het ongewenst is om mensen te snel in de psychiatrische hoek te duwen³⁶.

De verzekeringsarts als geschikte deskundige in dit verband wordt genoemd door De Hek, Kolder en verzekeringsartsen Bronsema en Elemans³⁷. Van den Doel en Endedijk betwijfelen echter of de verzekeringsarts wel over genoeg expertise en ervaring beschikt in het beoordelen van chronische pijn en bewegingsbeperkingen wanneer het gaat om een pijnsyndroom van de halswervelkolom³⁸. Een andere mogelijkheid is meerdere deskundigen tegelijkertijd het letsel te laten beoordelen³⁹.

Conclusie

Er is veel verschil in de manier waarop de verschillende hoven omgaan met whiplash(achtige) klachten die geen objectieve afwijkingen opleveren. Het is lastig om een passende maatstaf te vinden om deze klachten al dan niet aan het ongeval toe te rekenen. Door te sterk vast te houden aan medisch objectieve vaststellingen, wordt miskend dat er in veel gevallen, ondanks het ontbreken van een neurologisch substraat wel degelijk iets aan de hand is. Door te ver af te wijken van medische vaststellingen, wordt de maatstaf steeds moeilijker te operationaliseren. Ook over de juiste deskundige ontbreekt een eenduidig beeld. Het is duidelijk dat er behoefte bestaat aan handvatten voor een echte oplossing. Omdat het vooral gaat om de feitelijke invulling van de diverse criteria is de rol van de Hoge Raad in deze overigens beperkt. Het laatste woord is hier vermoedelijk dan ook nog niet over gezegd.

- ¹ Zie voor een uitgebreide bespreking van de belangrijkste arresten A. Kolder, 'De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: stand van zaken', *TVP* 2011/1, p. 4 e.v.
- ² Hof Amsterdam, rolnr. 05/1255.
- ³ Hof Amsterdam, zaaknr. 104.004.098.
- ⁴ Hof Amsterdam, zaaknr. 06.007.417/01 en 106.007.419/01.
- ⁵ Hof Amsterdam, zaaknr. 106.004.233/01.
- ⁶ Zie bijvoorbeeld A. Kolder, 'De juridische beoordeling van het whiplashsyndroom: stand van zaken', *TVP* 2011, 1, p. 19 t/m 21 en J. Bronsema, 'Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN', *PIV-Bulletin* 2008, 7, p. 15.
- ⁷ HR 8 juni 2001, *NJ* 2001, 433, Zwolsche Algemeene/De Greef.
- ⁸ Hof Leeuwarden 22 juni 2010, *LJN* BN0730, r.o. 22 t/m 25 en Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, *LJN* BN3975, r.o. 6 t/m 9.
- ⁹ Hof Leeuwarden 22 juni 2010, *LJN* BN0730, r.o. 30.
- ¹⁰ Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, *LJN* BN3975.
- ¹¹ Noot C. Van Dijk onder Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, *JA* 2010, 152.
- ¹² E.M.H. Van den Doel, 'Whiplash revisited. AMA-6 en de neuroloog: is alles eindelijk opgelost?', *TVP* 2011, 1, p. 31 en 32.
- ¹³ P.C. Knijp, 'De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: een reactie', *TVP* 2011, 2.
- ¹⁴ A. Kolder, 'De juridische beoordeling van het whiplashsyndroom: stand van zaken', *TVP* 2011, 1, p. 22.
- ¹⁵ H. de Hek, 'Whiplash - observaties van een rechter', *TVP* 2011, 2, p. 41.
- ¹⁶ Hof Den Bosch 2 februari 2010, *LJN*: BN1779, Hof Den Bosch 29 juni 2010, *LJN*: BN0292, Hof Den Bosch 13 juli 2010, *LJN*: BN1786 en Hof Den Bosch 26 april 2011, *LJN* BQ2765, r.o. 4.6.
- ¹⁷ Hof Den Bosch 12 februari 2008, *LJN* BC4873, r.o. 4.14.
- ¹⁸ Hof Den Bosch 25 maart 2008, *JA*: 2008, 95, r.o. 4.13.
- ¹⁹ Hof Den Bosch 6 oktober 2009, *LJN* BK7392, r.o. 4.3.2.
- ²⁰ Noot H. Van Dijk onder Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, *JA* 2010, 152 en A. Kolder, 'De juridische beoordeling van het whiplashsyndroom: stand van zaken', *TVP* 2011, 1, p.23.
- ²¹ H. de Hek, 'Whiplash - observaties van een rechter', *TVP* 2011, 2, p. 41.
- ²² Ook bij andere hoven wordt in bepaalde gevallen gebruik gemaakt van de comparitie na aanbrengen.
- ²³ R.A. Dozy & J.M. Willink, 'Lessen uit 'letsels' - een kijkje in de keuken van de rechter', *TVP* 2007, 4 en J. Wolfhagen & W. de Zanger, 'De letselschadekamer: van een lijdelijke naar een leidende rechter', *Ars Aequi* oktober 2010, p. 742 t/m 746.
- ²⁴ Hof Arnhem 5 juli 2011, *LJN* BR3964.
- ²⁵ Hof Den Bosch 6 mei 2008, zaaknr. HD 103.004.244, r.o. 4.29.
- ²⁶ Deze richtlijn is vastgesteld door de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR) in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).
- ²⁷ Hof Den Bosch 26 april 2011, *LJN* BQ2765, r.o. 4.19.
- ²⁸ A. Kolder, 'De juridische beoordeling van het whiplashsyndroom: stand van zaken', *TVP* 2011, 1, p.18 en noot C. Van Dijk onder Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, *JA* 2010, 152.
- ²⁹ Hof Den Bosch 13 juli 2010, *LJN* BN1786, r.o. 8.4.
- ³⁰ P.C. Knijp, 'De nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', *TVP* 2008, 4, p. 127 en H. de Hek, 'Whiplash - observaties van een rechter', *TVP* 2011, 2, p. 41.
- ³¹ G.C. Endedijk, 'Causaal verband bij personenschade; de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', *TVP* 2008, 1, p. 9.
- ³² H.J. Gelmers, 'De betekenis van de richtlijnen bij de beoordeling van functieverlies van het postwhiplashsyndroom', *PIV-Bulletin* 2008, 7, p. 20.
- ³³ J. Roth, 'Whiplash en de richtlijn 2007 van de NVvN; een jaar later', *Letsel & Schade* 2008, 4, p. 5.
- ³⁴ P.C. Knijp, 'De nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie' *TVP* 2008, 4 en 'De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: een reactie', *TVP* 2011, 2.
- ³⁵ E.M.H. Van den Doel 'Whiplash en de neuroloog. De nieuwe richtlijnen voor de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', *TVP* 2008/1, p. 4 en G.F. Koerselman, 'Het postwhiplashsyndroom, wat is de rol van de psychiater?', *TVP* 2008, 4.
- ³⁶ G.C. Endedijk, 'Causaal verband bij personenschade; de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', *TVP* 2008, 1, p. 9.
- ³⁷ H. de Hek, 'Whiplash - observaties van een rechter', *TVP* 2011, 2, A. Kolder, 'De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: stand van zaken', *TVP* 2011/1, p. 21 en 24, J. Bronsema, 'Whiplash en de nieuwe richtlijnen van de NVvN', *PIV-Bulletin* september 2008, p. 15-16 en A.W.A. Elemans, 'Whiplash en de nieuwe richtlijnen van neurologen. Hoe nu verder?', *VR* 2008, p. 265-268.
- ³⁸ E.M.H. Van den Doel, 'Whiplash en de neuroloog. De nieuwe richtlijnen voor de bepaling van invaliditeit bij neurologische aandoeningen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', *TVP* 2008, 1, p. 4 en G.C. Endedijk, 'Causaal verband bij personenschade; de nieuwe richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie', *TVP* 2008, 1, p. 9.
- ³⁹ Zie bijv. Hof Arnhem 8 september 2009, *LJN* BL0393.

De nieuwe verjaringsregeling in het verzekeringsrecht: de ervaringen van het eerste jaar



Mw. mr. L.C. Dufour
WIJ Advocaten

Per 1 juli 2010 is de verjaringsregeling in het verzekeringsrecht, art. 7:942 BW, gewijzigd. Deze wijziging van het verzekeringsrecht maakte deel uit van het wetsvoorstel Wet deelgeschilprocedure voor letsel- en overlijdensschade. De minister heeft kritische vragen moeten beantwoorden waarom hij in een wetsvoorstel dat betrekking heeft op de invoering in het wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering van een nieuwe procedure, ook een wijziging van de verjaringsregeling van het verzekeringsrecht heeft meegenomen¹. Ik meen dat de deelgeschilprocedure, die erop is gericht vastgelopen onderhandelingen tussen een benadeelde en een aansprakelijke partij (vaak een verzekeraar) vlot te trekken, en de nieuwe verjaringsregeling voor aanspraken onder een verzekering genoeg met elkaar te maken hebben om de onderwerpen in één wetsvoorstel aan te pakken. Bovendien werd al snel na invoering van art. 7:942 BW op 1 januari 2006 duidelijk dat de inhoud van het artikel en de praktijk slecht aansloten. Het siert de minister dat hij deze kritische geluiden² met voortvarendheid heeft omgezet in een aangepaste regeling.

Zoals blijkt uit de memorie van toelichting bij het nieuwe art. 7:942 BW heeft de wetgever zich tot doel gesteld met de nieuwe regeling rekening te houden met de bijzondere karakteristieken van een aansprakelijkheidsverzekering³. In dit artikel bekijk ik hoe de huidige regeling werkt: wanneer neemt de verjaringstermijn een aanvang, hoe lang duurt de verjaringstermijn en hoe kan de verjaring worden gestuit. Tenslotte beantwoord ik de vraag of de huidige regeling inderdaad voldoende rekening houdt met de bijzonderheden van de aansprakelijkheidsverzekering.

De tekst van het oude en het nieuwe artikel 7:942 BW en de wijzigingen

Voordat ik inga op de werking van art. 7:942 BW, sta ik kort stil bij de tekst van het artikel zoals dat bij invoering op 1 januari 2006 luidde, zoals de huidige tekst luidt en op welke punten de tekst is gewijzigd.

Art. 7:942 BW luidde tussen 1 januari 2006 en 30 juni 2010 als volgt:

1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnige vermelding van het in lid 3 vermelde gevolg.
3. In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.

Het nieuwe art. 7:942 BW bepaalt:

1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.
3. Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring in afwijking van lid 2, eerste zin, gestuit door iedere onderhandeling tussen de verzekeraar en de tot uitkering gerechtigde of de benadeelde. In dat geval begint een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die

waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig aan degene met wie hij onderhandelt en, indien deze een ander is, aan de tot uitkering gerechtigde heeft medegedeeld dat hij de onderhandelingen afbreekt.

De nieuwe bepaling wijkt op drie punten af van haar voorganger:

- (i) De bijzondere extra termijn van zes maanden in lid 1 voor aansprakelijkheidsverzekeringen is geschrapt. Deze bepaling was van meet af aan ook overbodig⁴ nu uit de niet gewijzigde eerste zin van lid 1 volgt dat de verjaringstermijn van de vordering van de verzekerde op zijn verzekeraar uit hoofde van een aansprakelijkheidsverzekering pas gaat lopen als de vordering van de verzekerde opeisbaar is. Zolang de verzekerde niet aansprakelijk is gesteld door de benadeelde, heeft hij geen opeisbare vordering op zijn verzekeraar onder de aansprakelijkheidsverzekering. Hierover kom ik nog verder te spreken onder “Aanvang van de verjaringstermijn”.
- (ii) De tweede zin van het tweede lid bepaalt dat een nieuwe verjaringstermijn, nadat de verzekerde de verjaring van zijn aanspraak heeft gestuit, gaat lopen nadat de verzekeraar de aanspraak heeft erkend of afgewezen. Bij erkenning bedraagt de nieuwe verjaringstermijn drie jaar. Daarin heeft het nieuwe recht geen verandering gebracht. Bij afwijzing begon onder het oude recht een verjaringstermijn van zes maanden te lopen. Die termijn is nu verlengd tot drie jaar. Dus zowel bij erkenning als bij afwijzing heeft de verzekerde nu drie jaren om zijn aanspraak geldend te maken.
Onder de werking van het oude artikellid was de verzekeraar bovendien verplicht om bij afwijzing de verzekerde per aangetekende brief ondubbelzinnig van de afwijzing op de hoogte te stellen en in die brief te vermelden dat verzekerde’s rechtsovereenkomst na zes maanden zou verjaren. Deze verplichting was niet alleen kostbaar, maar hield ook geen rekening met de praktijk dat verzekeraars in veel gevallen niet rechtstreeks met hun verzekerden contact hebben, maar dat de contacten via de makelaar lopen. In het nieuwe artikel is de verplichting verzekerde per aangetekende brief van de afwijzing op de hoogte te stellen geschrapt⁵. Ook hoeft de verzekeraar verzekerde niet meer de duur van de verjaringstermijn mede te delen.
- (iii) Het oude lid 3 is overbodig geworden nu de verjaringstermijn na afwijzing en erkenning gelijk is getrokken. Het nieuwe derde lid bepaalt dat, net als onder het regime van de WAM, onderhandelingen stuitende werking hebben. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar begint pas weer te lopen als de verzekeraar de aanspraak heeft erkend of als de verzekeraar ondubbelzinnig heeft medegedeeld de onderhandelingen af te breken.

Zie verder over de betekenis van de wijzigingen K.M. Volker en M.S.E. van Beurden: ‘Aanpassing verjarings-

regels uit het verzekeringsrecht’, *PIV-Bulletin*, 2010, 5, p. 8 e.v.

Aanvang van de verjaringstermijn, bij first party verzekeringen

Art. 7:942 lid 1 BW bepaalt dat de rechtsovereenkomst tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid van de vordering tot het doen van uitkering bekend is geworden. Het moment waarop de tot uitkering gerechtigde met zijn vordering bekend is geworden, is het moment dat hij subjectief (daadwerkelijk) weet dat hij een aanspraak onder een verzekering kan indienen. De jurisprudentie van de Hoge Raad over het aanvangsmoment van de vijfjarige verjaringstermijn van art. 3:310 lid 1 BW⁶ is van overeenkomstige toepassing op de aanvang van deze driejarige verjaringstermijn⁷.

Voor de meeste zelf gesloten verzekeringen als opstalverzekeringen of een reisverzekering, zal de verzekerde zich op het moment dat het verzekerd voorval zich voordoet (de storm of de in Frankrijk op het kampeerterrein gestolen iPad) bewust zijn van zijn opeisbare aanspraak onder de door hem afgesloten verzekering. De aanvang van de verjaringstermijn valt hier samen met de schadeveroorzakende gebeurtenis. Dit is anders als de verzekerde of de uitkeringsgerechtigde niet bekend is met het bestaan van een verzekering waaronder hij aanspraak kan maken op vergoeding van of een uitkering voor zijn schade. Veel werkgevers sluiten - al dan niet op grond van een cao daartoe verplicht - collectieve ongevallenverzekeringen af ten behoeve van hun werknemers. Sommige van deze ongevallenverzekeringen bieden ook dekking voor schade opgetreden buiten werktijd. Sportkoepels, zoals de KNVB, hebben collectieve ongevallenverzekeringen afgesloten voor hun leden die bijvoorbeeld tot uitkering overgaan bij ongevallen op het veld en onderweg naar een wedstrijd. Scholen hebben vaak een ongevallenverzekering afgesloten voor schade die leerlingen, leerkrachten en vrijwilligers lijden onder schooltijd op het schoolterrein. Bij dergelijke niet door of voor de benadeelde afgesloten verzekeringen kan zich goed de situatie voordoen dat de benadeelde niet op de hoogte is van de verzekering en dus ook niet van zijn aanspraak onder de verzekering. De verjaringstermijn neemt in dit geval pas een aanvang als de benadeelde bekend wordt met het bestaan van zijn aanspraak. Dat kan vele jaren na het ongeval zijn. De tijd die dan is verstreken kan het moeilijk maken de toedracht van het ongeval en de aard van het toen opgelopen letsel vast te stellen. Onder het voor 1 januari 2006 geldende recht was dit probleem ondervangen doordat in de meeste polissen een bepaling was opgenomen die inhield dat het recht op uitkering verviel indien de melding niet binnen [x] jaar na de schadeveroorzakende gebeurtenis was gedaan. Uit art. 7:943 lid 2 BW, dat bepaalt dat niet ten nadele van verzekerden van o.a. art. 7:942 BW kan worden afgeweken, volgt dat verzekeraars vanaf 1 januari 2006 geen vervaltermijnen meer in hun polisvoorwaarden mogen opnemen, alleen nog verjaringstermijnen. Nu art. 7:942 BW geen

> absolute verjaringstermijn kent, zoals de twintigjarige termijn aan het slot van art. 3:310 lid 1 BW, zullen verzekeraars dus ook aanspraken in behandeling moeten nemen die veel verder teruggaan dan de driejarige termijn van art. 7:942 lid 1 BW.⁸ Voor verzekeraars is het in behandeling moeten nemen van aanspraken die dateren van vele jaren terug geen ideale situatie, maar ik zie niet in hoe dit probleem kan worden opgelost zonder nog veel meer onwenselijke problemen in het leven te roepen. Bij de bespreking van de verjaringstermijn bij aansprakelijkheidsverzekeringen, wordt duidelijk waarom.

Aanvang van de verjaringstermijn bij aansprakelijkheidsverzekering

Ingevolge art. 7:941 lid 1 BW en eigenlijk ook altijd op grond van bepalingen in de polis heeft de verzekerde de plicht om, zodra hij op de hoogte is van de verwezenlijking van het verzekerd risico, de verzekeraar hiervan op de hoogte te stellen. Het moment waarop deze meldingsplicht ontstaat, staat los van het moment waarop de verjaring op grond van art. 7:942 BW een aanvang neemt. Als zich op de werkvloer van een bedrijf een ongeval voordoet waarbij een van de werknemers zijn been breekt, is dat bedrijf op grond van art. 7:941 lid 1 BW verplicht dit voorval direct te melden bij zijn verzekeraar. Hiermee gaat echter nog geen verjaringstermijn lopen. Pas als de werknemer zijn werkgever aansprakelijk stelt voor de door hem als gevolg van het ongeval geleden schade, begint de driejarige verjaringstermijn van art. 7:942 lid 1 BW te lopen. Op het moment dat de verzekerde aansprakelijk is gesteld, is hij daadwerkelijk bekend met de opeisbaarheid van zijn vordering op de verzekeraar uit hoofde van de verzekeringsovereenkomst. De vordering van de werknemer op de werkgever op grond van art. 7:658 lid 2 BW verjaart na verloop van vijf jaar, zo volgt uit art. 3:310 lid 1 BW. De werknemer kan zijn werkgever vier jaar en elf maanden na het ongeval voor de gevolgen hiervan aansprakelijk stellen, waarna de werkgever nog drie jaar heeft voordat zijn aanspraak onder de aansprakelijkheidsverzekering is verjaard. De verzekeraar ziet zich in dit voorbeeld na bijna acht jaar geconfronteerd met een aanspraak die hij niet op grond van verjaring kan afwijzen. Of de verzekeraar op grond van het niet nakomen van de meldingsplicht (art. 7:941 BW) de aanspraak kan afwijzen, kom ik hieronder terug.

Ingevolge het op 1 februari 2004 in werking getreden vijfde lid van art. 3:310 BW geldt geen absolute termijn meer voor rechtsvorderingen tot vergoeding van schade door dood of letsel. Als de benadeelde nog minderjarig was op het moment dat hij bekend wordt met zijn schade en de daarvoor aansprakelijke persoon, bepaalt dit artikellid dat op zijn achttiende verjaardag een verjaringstermijn van vijf jaar begint te lopen. Als de benadeelde pas na zijn achttiende verjaardag bekend wordt met zijn eerder opgelopen schade en de daarvoor aansprakelijke persoon, dan begint de vijfjarige termijn uiteraard pas te lopen op het moment van bekendheid met die twee grootheden. Art. 3:310 lid 5 BW is krachtens art. 119b Overgangswet NBW alleen van toepassing op schadeveroorzakende gebeurte-

nissen die na 1 februari 2004 hebben plaatsgevonden. Op dit moment speelt het artikellid nog nauwelijks een rol, maar ik verwacht dat dit over vijf en tien jaar wel zo zal zijn. De bepaling kan dan voor ingewikkelde problemen gaan zorgen, zo laat dit voorbeeld zien. Een verzekeraar kan in 2023 een tijdige aanspraak binnenkrijgen onder een aansprakelijkheidsverzekering voor scholen die betrekking heeft op de letselschade van Sophie, geboren 1 februari 1997, ontstaan tijdens de sportdag van groep 3 in juni 2004. Op 1 februari 2015 wordt Sophie 18, dan begint de vijfjarige verjaringstermijn op grond van art. 3:310 lid 3 BW te lopen, waarna de school op grond van art. 7:942 lid 1 BW nog drie jaar de tijd heeft om aanspraak te doen op dekking onder de verzekering. Inhoudelijk onderzoek naar de toedracht van het ongeval en de door het ongeval veroorzaakte schade zal na zoveel jaren niet eenvoudig zijn. Naleving van de meldingsplicht kan de verzekeraar weliswaar helpen, maar als de verzekerde het ongeval niet heeft gemeld, mag de verzekeraar alleen beroep doen op een in de polis hierop als sanctie opgenomen vervalbeding als hij aantoonbaar in zijn belangen te zijn geschaad. De onmogelijkheid voor de verzekeraar om zelf nog onderzoek te doen, vormt alleen een grond voor een succesvol beroep op een vervalbeding als (i) de oorzaak niet meer kan worden achterhaald; en (ii) er geen eerder onafhankelijk deskundige onderzoek voorhanden is⁹.

De bewijslast hiervan rust op de verzekeraar. De bepaling in art. 7:941 lid 3 BW dat de benadeelde de schade die de verzekeraar als gevolg van de late melding heeft geleden, moet vergoeden, lijkt in de praktijk geen voldoende harde sanctie om naleving van de meldingsplicht af te dwingen¹⁰.

Als in art. 7:942 BW een absolute verjaringstermijn zou zijn opgenomen van vijf of zelfs van twintig jaar na de schadeveroorzakende gebeurtenis, ontstaat er een niet te dichten gat tussen de duur van de verjaringstermijn van de vordering van de benadeelde op de verzekerde en de duur van de verjaringstermijn van de vordering van de verzekerde op dekking onder zijn aansprakelijkheidsverzekering. Dat een verzekeraar aanspraken van vijftien of twintig jaar geleden in behandeling moet nemen is onwenselijk, maar nog onwenselijker vind ik de situatie die zich zou voordoen als de verzekeraar wel een beroep zou kunnen doen op een absolute verjaringstermijn als de verzekerde zijn aanspraak onder de aansprakelijkheidsverzekering niet tijdig heeft kunnen indienen omdat de benadeelde de verzekerde niet eerder aansprakelijk heeft gesteld.

Stuiting

De verjaringstermijn van drie jaar, die aanvangt na daadwerkelijke bekendheid met de opeisbaarheid van de rechtsvordering tegen de verzekeraar, wordt gestuit door een schriftelijke mededeling waarin de verzekerde aanspraak maakt op uitkering. De vraag dient zich aan of een schademelding een dergelijke stuitingshandeling is. Als sprake is van een schriftelijke melding luidt het antwoord in zijn algemeenheid mijns inziens bevestigend. Art. 3:317

BW vereist immers een schriftelijke aanmaning of een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt. Een redelijke uitleg van een schademelding brengt mee dat de verzekeraar die moet opvatten als een mededeling van de verzekerde dat hij nakoming van zijn rechten onder de verzekering verlangt.

Bij een aansprakelijkheidsverzekering ligt het iets anders. Net hebben we gezien dat de verjaringstermijn pas een aanvang neemt nadat de verzekerde door de benadeelde aansprakelijk is gesteld. In geval de verzekerde de schade heeft gemeld voordat hij aansprakelijk is gesteld en hij vervolgens niet de aansprakelijkstelling die hij van de benadeelde heeft ontvangen aan de verzekeraar (of indien de polis dat voorschrijft aan zijn tussenpersoon) toestuurt, kan die eerste melding de verjaringstermijn van art. 7:942 lid 1 BW niet hebben gestuit. Als de verzekerde de aansprakelijkstelling doorstuurt aan zijn verzekeraar met het verzoek de kwestie in behandeling te nemen of zelfs ter kennisname, zal een redelijke uitleg van het doorsturen van de aansprakelijkstelling ertoe leiden dat dit wordt aangemerkt als een stuitingshandeling¹¹.

Een telefonisch melding wordt in ieder geval niet aangemerkt als een stuitingshandeling in de zin van lid¹².

De redactie van art. 7:942 lid 3 BW (*“Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring in afwijking van lid 2, eerste zin, gestuit door iedere onderhandeling...”*) lijkt voor aansprakelijkheidsverzekeringen de stuiting door een schriftelijke mededeling of aanmaning uit te sluiten en alleen aan onderhandelingen stuitende werking toe te kennen. De minister heeft in de memorie van toelichting echter al geschreven dat de bijzondere bepaling van lid 3 niet beoogt de hoofdregel van art. 3:317 BW (stuiting door schriftelijke mededeling of aanmaning) buiten werking te stellen. De reden voor de afwijkende redactie van het derde lid lag in de formulering van het oorspronkelijke voorstel van wet, dat bij afwijzing van een aanspraak nog een verjaringstermijn van zes maanden voorschreef¹³. In de huidige bewoording van het wetsartikel, nu ook bij afwijzing een verjaringstermijn van drie jaar geldt, zou het derde lid bijvoorbeeld beter als volgt kunnen luiden:

“Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring naast de in lid 2, eerste zin, bedoelde wijze gestuit door ...”
of: *“Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring ook gestuit door ...”*

Hoe moet het begrip “onderhandelingen” in lid 3 worden uitgelegd? Het antwoord daarop luidt: ruim. Elke briefwisseling en elke mondelinge bespreking over de mogelijke uitkering moet de verzekeraar zien als “onderhandelingen”. De wetgever heeft in de memorie van toelichting geschreven dat voor de uitleg van het begrip “onderhandelingen” aansluiting moet worden gezocht bij de rechtspraak op art. 10 lid 5 WAM, in het bijzonder bij de rechtspraak van het Benelux-Gerechtshof¹⁴.

Ik zie het nieuwe lid 3 beslist als een verbetering. In de praktijk kon het voorkomen dat een belangenbehartiger gedurende onderhandelingen met de verzekeraar van de aansprakelijke partij vergat elke vijf jaar een uitdrukkelijke stuiting aan de aansprakelijke partij te versturen¹⁵. In hoe-

verre een beroep op verjaring in een dergelijk geval nog te billijken is uit een oogpunt van rechtszekerheid en bewijsveiligstelling voor de aansprakelijke partij en zijn verzekeraar, zie ik niet goed. De korte verjaringstermijn van de aanspraak op de verzekeraar van zes maanden na een afwijzing, was ook erg kort en weinig praktisch, zo illustreert een vonnis van de Rechtbank Rotterdam¹⁶. In de zaak die leidde tot het vonnis van 8 juli 2009 had de verzekeraar op 20 juni 2006 de aanspraak van de verzekerde afgewezen met uitdrukkelijke vermelding van de verjaringstermijn van zes maanden. De verzekerde heeft vervolgens op 15 november 2006 aanspraak gemaakt op uitkering en de verjaringstermijn (zesmaandstermijn) gestuit. Bij brief van 20 november 2006 heeft de verzekeraar zijn afwijzende standpunt herhaald, zonder uitdrukkelijke vermelding van de verjaringstermijn van zes maanden. Hierop heeft de verzekerde enige tijd niet meer gereageerd, waarna hij op 24 november 2007 is overgegaan tot dagvaarding. De rechtbank oordeelde dat vordering van de verzekerde op 16 mei 2007 is verjaard. Op de verzekeraar rustte - volgens de rechtbank - niet de plicht telkens te wijzen op de verjaringstermijn van zes maanden. Onder het huidige recht had de rechtbank dus geoordeeld nu

- (a) de verjaringstermijn geen zes maanden meer bedraagt maar drie jaar; en

- (b) zolang er sprake is van uitwisseling van standpunten met betrekking tot de aanspraak onder de verzekering, er sprake is van onderhandelingen in de zin van lid 3 en er dus geen verjaringstermijn loopt. Pas als de verzekeraar (of de verzekerde) uitdrukkelijk de onderhandelingen afbreekt, begint er een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar te lopen.

Een korte waarschuwing past hier nog: onderhandelingen hebben alleen stuitende werking voor zover het onderhandelingen met verzekeraars betreft. Als de aansprakelijke partij niet verzekerd is, zoals de Staat, of de aanspraak niet onder een verzekering is gedekt, dan moet de benadeelde ook tijdens onderhandelingen elke vijf jaar een uitdrukkelijke stuitingsbrief versturen. Als de benadeelde onderhandelt met de aansprakelijkheidsverzekeraar van de aansprakelijke persoon, hoeft de benadeelde niet elke vijf jaar een stuitingsbrief te sturen omdat geen verjaringstermijn loopt zolang de verzekeraar de onderhandelingen niet ondubbelzinnig heeft afgebroken.

Nieuwe verjaringstermijn

Na stuiting van de verjaringstermijn van drie jaar, die een aanvang nam nadat de verzekerde bekend werd met opeisbaarheid van zijn vordering op de verzekeraar, begint - zoals al aangestipt - niet automatisch een nieuwe verjaringstermijn te lopen. De verzekeraar moet of de aanspraak erkennen of de aanspraak ondubbelzinnig afwijzen om een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar te laten aanvangen. Als de verzekeraar niet reageert of in overleg treedt over de toedracht of de gevolgen, gaat dus geen nieuwe verjaringstermijn lopen. *“Bij onderhandelingen vangt immers in afwijking van art. 7:942 lid 2 BW geen nieuwe verjaringstermijn aan indien de verzekeraar de aanspraak afwijst, maar indien de onderhandelingen op de*

> *voorgescreven wijze worden afgebroken.*” aldus de minister in de memorie van toelichting.¹⁷ Van een verzekeraar die de mogelijkheid wil hebben een beroep op verjaring te kunnen doen, wordt een actieve houding verwacht: de verzekeraar moet een uitdrukkelijk standpunt innemen en dat ondubbelzinnig meedelen aan de verzekerde of aan de benadeelde. Ook deze wijziging zie ik als positief, vooral voor de voortgang van de schadebehandeling. Heldere communicatie zal ook de goede naam van het verzekeringsbedrijf ten goede komen.

Vermeldenswaard in dit verband is de uitspraak van de Rechtbank Rotterdam van 20 april 2011¹⁸. Het gaat om een brand in een huis op 1 maart 2004. De eigenaar vraagt uitkering van de schade aan de opstalverzekeraar. De opstalverzekeraar wijst bij brief van 13 mei 2004 dekking af omdat sprake zou zijn van brandstichting. Hierop is een aantal onderzoeken gevolgd, waarna de verzekeraar heeft volhard in zijn afwijzende standpunt. Op 16 maart 2005 heeft een aannemer een offerte aan de eigenaar uitgebracht voor het herstel van het huis. Deze offerte heeft de eigenaar doorgestuurd aan de verzekeraar. Hierna heeft de eigenaar tot 2 juli 2009 geen contact meer met de verzekeraar gehad. Toen de eigenaar zich op 2 juli 2009 weer bij de verzekeraar meldde, deed de verzekeraar een beroep op de polis die bepaalde dat elk recht op schadevergoeding verjaart door verloop van drie jaren na de schadeveroorzakende gebeurtenis. In de door de eigenaar bij dagvaarding van 15 februari 2010 aanhangig gemaakte procedure, oordeelt de rechtbank dat

- (a) de verjaringsregeling in de polis ten nadele van de verzekerde afwijkt van art. 7:942 BW en dus op grond van art. 7:943 BW buiten toepassing blijft;
- (b) art. 7:942 BW in het licht van de onmiddellijke werking neergelegd in het overgangsrecht van toepassing is op de vraag of de vordering van de eigenaar is verjaard; en
- (c) de verzekeraar na ontvangst van de offerte van 16 maart 2005 - de laatste stuitingshandeling - de eigenaar niet ondubbelzinnig te kennen heeft gegeven de aanspraak af te wijzen.

De rechtbank heeft partijen de gelegenheid gegeven zich uit te laten over de betekenis van art. 7:942 lid 2 BW en over de vraag als op 16 maart 2005 wel een nieuwe verjaringstermijn is gaan lopen of die zes maanden bedraagt op grond van het tot 1 juli 2010 geldende recht of drie jaar op grond van het huidige recht. Door de onmiddellijke werking van art. 7:942 BW blijkt deze bepaling dus in procedures een rol te kunnen spelen die op het eerste gezicht in hun geheel beheerst worden door het oude recht.

Conclusie

Het doel van de wetgever was de verjaringsregeling beter te laten aansluiten op de specifieke kenmerken van de aansprakelijkheidsverzekering. De wetgever heeft dit doel voor zover ik dat nu kan overzien verwezenlijkt. De op 1 juli 2010 in werking getreden regeling houdt uitdrukkelijk rekening met

- (i) de maanden en jaren die soms gemoeid zijn met het

- bereiken van overeenstemming over vergoeding van de door een ongeval geleden schade;
- (ii) de mogelijkheid dat een verzekeraar, na het innemen van een afwijzend standpunt en correspondentie daarover met de belangenbehartiger van de benadeelde, zijn standpunt herziet; en
- (iii) de onaanvaardbaarheid van een beroep op verjaring tijdens onderhandelingen.

De in 2006 en in 2010 ingevoerde wijzigingen van de verjaringsregeling houden meer rekening met de belangen van verzekerden en benadeelden, dan met de belangen van verzekeraars. Voor onder andere het berekenen van premie en voor het opstellen van winst- en verlies rekeningen is het niet gunstig dat verzekeraars na vele jaren nog geconfronteerd kunnen worden met aanspraken die zij in behandeling moeten nemen. Deze belangen van verzekeraars heeft de minister kennelijk ondergeschikt geacht aan het belang van verzekerden en benadeelden dekking te houden voor hun aanspraken¹⁹.

¹ EK 2009-2010, 31 518 B, p. 9 en EK 2009-2010, 31 518 C p. 12.

² N. Frenk, 'Aansprakelijkheid, verzekering en verjaring', in: Van draden en daden, Wansinkbundel 2006, p. 247 e.v.

³ TK 2007-2008, 31 518, nr. 3, p. 23.

⁴ De minister van Justitie liet doorschemeren dat hij deze zin ook overbodig vond, TK 2004-2005, 30 137, nr. 3, p. 23.

⁵ De verplichting de afwijzing per aangetekende brief te versturen is niet in het wetsvoorstel Wet deelgeschillen geschrapt maar in de Wet lastenverlichting voor burgers en bedrijfsleven kamerstukken 32 038 die net als de Wet deelgeschillen per 1 juli 2010 in werking is getreden.

⁶ Zie in het bijzonder HR 31 oktober 2003, NJ 2006, 112 en voor een meer recent voorbeeld HR 9 juli 2010, RvdW 2010, 895.

⁷ Asser-Clausing-Wansink, Bijzondere Overeenkomsten VI, De verzekeringsovereenkomst, 2007, nr. 244.

⁸ Zie voor een uiteenzetting van het overgangsrecht K.M. Volker en M.S.E. van Beurden: 'Aanpassing verjaringsregels uit het verzekeringsrecht', *PIV-Bulletin* 2010, 5, p. 8 - 12.

⁹ Parl. Ges. Nieuw BW Boek 7 titel 17 p. 104.

¹⁰ HR 17 februari 2006, LJN AU9717, *RvdW* 2006, 205

¹¹ N. Frenk, 'Aansprakelijkheid, verzekering en verjaring', in: Van draden en daden, Wansinkbundel 2006, p. 252.

¹² Rechtbank Amsterdam 14 juli 2010, LJN BO1746.

¹³ In het oorspronkelijke voorstel van wet, TK 2007-2008, 31 518, nr. 2, art. III, was art. 7:942 BW zo geformuleerd:

"1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van 3 jaren na de aanvang van de

dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnige vermelding van het in lid 3 vermelde gevolg.

3. In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.

4. Bij verzekering tegen aansprakelijkheid wordt de verjaring in afwijking van lid 2, eerste zin, gestuit door iedere onderhandeling tussen de verzekeraar en de tot uitkering gerechtigde of de benadeelde. In dat geval begint in afwijking van lid 2, tweede zin, en lid 3 een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig aan degene met wie hij onderhandelt en, indien deze een ander is, aan de tot uitkering gerechtigde kennis geeft dat hij de onderhandelingen afbreekt."

¹⁴ Zoals hiervoor.

¹⁵ Zie voor een voorbeeld van verjaring tijdens onderhandelingen: HR 1 februari 2002, LJN AD5811, VR 2004, 6.

¹⁶ Rechtbank Rotterdam, 8 juli 2009, LJN BJ3286, *RAV* 2009, 101.

¹⁷ TK 2007-2008, 31 518, nr. 3, p. 25.

¹⁸ Rechtbank Rotterdam, 20 april 2011, LJN BQ6197.

“Stappenplan medisch traject” door PIV Projectgroep Gedragscode verwerking persoonsgegevens: een stap in de goede richting, maar welke?



Mr. E.J. Wervelman
KBS advocaten te Utrecht

In 2010 heeft het PIV een multidisciplinaire projectgroep ingesteld om een zogenoemd ‘Stappenplan medisch traject’ op te stellen. Het Stappenplan is geschreven voor de afwikkeling van alle vormen van letselschade, met uitzondering van medische aansprakelijkheidszaken. De projectgroep heeft ervoor gekozen om het gehele medisch traject in beeld te brengen aan de hand van de te nemen stappen. Daarbij staan de schadebehandelaar en de medisch adviseur van de verzekeraar centraal. De directe aanleiding voor het instellen van deze projectgroep is zoals blijkt uit de ‘Toelichting op het stappenplan’ de inwerkingtreding van de vernieuwde Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen met ingang van 1 april 2010. In het hierna volgende is het Stappenplan en de toelichting daarop besproken in het licht van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen.

Welke informatie is (strikt) noodzakelijk?

De projectgroep stelt als centrale vraag welke informatie uit de via een machtiging verkregen medische informatie uit de behandelende sector door de medisch adviseur naar de schadebehandelaar mag worden doorgespeeld. Het probleem dat zich ter beantwoording van deze vraag echter direct al aandient, is de onzorgvuldigheid van de terminologie die in de diverse regelingen wordt gehanteerd. De Wet bescherming persoonsgegevens, de tekst van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en de Beroepscode van de Geneeskundige Adviseurs werkzaam voor Verzekeringsmaatschappijen (GAV) spreken namelijk slechts van overdracht van die

informatie die “noodzakelijk” is. De Toelichting van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen spreekt echter niet van “noodzakelijke” gegevens maar, veel krasser, van “strikt” noodzakelijke gegevens. Het is niet duidelijk waar dit onderscheid vandaan komt. Dat betreurt ik vooral, omdat het woord “strikt” in de Toelichting duidt op een grotere terughoudendheid. De projectgroep zou daarop in een volgende versie van het Stappenplan en de Toelichting nader in kunnen gaan.

Een ander aspect dat relevant is, is het antwoord op de vraag om welke informatie het dan precies gaat. De projectgroep heeft daarop in punt 11 van het Stappenplan weliswaar enige toelichting gegeven, maar wat ontbreekt, is dat feit dat het er in essentie om gaat dat de medisch adviseur de schadebehandelaar in staat moet stellen om de juridische vertaalslag te kunnen maken. Op zichzelf is het uitgangspunt van “slechts die informatieoverdracht die noodzakelijk is” al tientallen jaren van kracht. Zo oordeelde de Raad van Toezicht Verzekeringen in zijn beslissing RvT III-90 / 341 dat de aard van de functie van de medisch adviseur met zich meebrengt dat hij op basis van gegevens aan de schadebehandelaars adviezen moet verstrekken en daarbij steeds in zo beperkte mate medische gegevens moet doorgeven als nodig is, opdat deze schadebehandelaars aan de hand daarvan tot een snelle en efficiënte schaderegeling kunnen komen. Welke informatie precies nodig is, liet de Raad van Toezicht ook in andere uitspraken 2in het midden.

De relevante literatuur is evenmin eenduidig. Zo is enerzijds wel betoogd, bijvoorbeeld door Kalkman³, dat het advies van de medisch adviseur steeds beperkt zal dienen te blijven tot de noodzakelijke conclusies. Opmerkelijk is overigens de andersluidende veel verdergaande opvatting van dezelfde auteur die in een gezamenlijke publicatie met Geurts heeft gesteld dat de betrokken schadebehandelaar in ieder geval toegang dient te krijgen tot antwoorden van de behandelende arts op gerichte vragen van de medisch adviseur. Ook een expertiserapport, waarin de antwoorden van de controlearts op gerichte vragen zijn te vinden, valt daar naar hun mening onder. Niet direct is in te zien dat, zoals Geurts en Kalkman betogen, inzage op zodanige antwoorden of in het expertiserapport als uitgangspunt nodig is voor de beoordeling van de aanspraak. Een uitzondering zou ik overigens willen maken voor een verze-

keringsgeneeskundige rapportage die immers juist wordt opgesteld om de beperkingen in kaart te brengen ten behoeve van arbeidsdeskundig onderzoek.

Sluifjers toont zich voorstander van een genuanceerdere opvatting door, net zoals Kalkman en Geurts, een onderscheid te maken tussen het uitbrengen van medisch advies bij acceptatie en bij schadebehandeling⁴. Sluifjers is van mening dat het privacybelang van verzekerde het bij lopende verzekeringen aflegt tegen het belang dat door verzekeraars zo goed mogelijk wordt beslist. Daarbij wijst hij er overigens wel op dat het louter moet gaan om gegevens die de medisch adviseur heeft verzameld, zodat de schadebehandelaar een goede beslissing kan nemen. Daarbij wijst Sluifjers erop dat de gegevens alleen aan een kleine kring binnen het bedrijf van verzekeraar ter bevordering van een goede beslissing ter beschikking worden gesteld en niet aan de grote klok worden gehangen. Daardoor gaat het om een geringe beperking van de privacy tegenover een wezenlijke bevordering van het beslissingsproces.

Uit de beslissing van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 22 januari 2002⁵ is af te leiden dat ook de hoogste tuchtrechter van oordeel is dat in verband met het vraagstuk van arbeidsongeschiktheid zo nodig meer informatie mag worden verstrekt dan de enkele conclusie. Ten aanzien van wat een bedrijfsarts aan de werkgever, die opdracht had gegeven tot een onderzoek naar ziekte van een van haar werknemers, meedeelde of berichtte, oordeelde het CTG als volgt:

“Ook de bedrijfsarts is in beginsel gebonden aan het beroepsgeheim zoals dat is neergelegd in artikel 7:457 BW. Dat neemt niet weg dat moet worden aanvaard dat het beroepsgeheim van een bedrijfsarts noodzakelijkerwijs is beperkt in verband met en door de verplichting die de bedrijfsarts heeft ten opzichte van de organisatie. Dat brengt mee dat de conclusie van een geneeskundig onderzoek, dat is verricht in opdracht van de werkgever, door de bedrijfsarts moet (kunnen) worden medegedeeld en wel (uitsluitend) in termen van arbeids(on)geschiktheid. Voor zover het onderzoek mede is gericht op de vraag waartoe de werknemer nog wel geschikt is en welke aanpassingen daartoe mogelijk door de werkgever in het kader van de werkhervatting kunnen worden getroffen, kunnen de door de bedrijfsarts aan de werkgever te verstrekken conclusies ook hierop betrekking hebben.”

De bedrijfsarts die zich aldus van zijn taak kwijt, schendt zijn beroepsgeheim niet, aldus het CTG. Dat is toe te juichen. Een nauwgezette vaststelling van datgene waarop betrokkene recht heeft, is naar onze mening immers noodzakelijk. Dat zal met zich mee kunnen brengen dat de schadebehandelaar over meer medische informatie moet kunnen beschikken dan de loutere gevolgtrekking. Het is voor hem namelijk van belang om zodanig te worden voorzien van (medische) informatie dat hij in staat is om de juridische vertaalslag te kunnen maken. Van de medisch adviseur kan dat worden verwacht, maar dat hoeft niet. Ter nadere precisering van de informatie die de

medisch adviseur mag vrijgeven, zou ik echter niet zover willen gaan als Kalkman en Geurts⁶. Meer denk ik aan concrete aspecten als:

- a. een beschrijving van de beperkingen waarvan bij betrokkene sprake is;
- b. een heldere toelichting op de beschreven beperkingen;
- c. een weergave van de mogelijkheden van re-integratie, die naar het oordeel van de medisch adviseur binnen de bandbreedte van de vastgestelde beperkingen bij betrokkene bestaan.

Bijvoegen van medische informatie bij het advies?

Een ander aspect dat de projectgroep aanstipt, is het bijvoegen van medische informatie bij het medisch advies. In dit verband is te wijzen op de beslissing van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 15 mei 2007, waarin is bepaald dat het advies van de medisch adviseur geen medische bijlage mag bevatten⁷. De aangeklaagde medisch adviseur was in die zaak zonder gerichte vraagstelling om medisch advies gevraagd en had aan het door haar uitgebrachte advies een resumé gehecht van acht pagina's. Daarin had zij telkens een aanduiding van het medisch stuk gegeven, evenals de letterlijke weergave van een min of meer daaruit relevant geachte passage. Dat kon naar het oordeel van het CTG niet door de beugel. De medisch adviseur moet volgens het CTG in beginsel geen medische gegevens als bijlage bij een medisch advies voegen. Ook niet in de vorm van een resumé, aldus het CTG. In zoverre had de medisch adviseur naar de overtuiging van het CTG de geheimhoudingsverplichting jegens betrokkene geschonden. Daaraan voegt het CTG nog toe dat het van belang acht dat in het kader van de afhandeling van schade ook anderen dan artsen medisch advies onder ogen kunnen krijgen. Daarbij zou het gevaar kunnen ontstaan dat de in bijlage meegezonden medische gegevens op een onjuiste wijze geïnterpreteerd kunnen worden.

Ofschoon op zichzelf zeker kanttekeningen te plaatsen zijn bij de opvatting van het CTG is deze uitspraak tot op heden geldend recht. Opmerkelijk genoeg wel dringt het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle er in de beslissing van 18 december 2008 (185 / 2007) nu juist op aan dat het op de weg van de betrokken medisch adviseur had gelegen om een resumé van de medische informatie op te stellen en dat aan (in dat geval) de arbeidsdeskundige ter beschikking te stellen. Die uitspraak is niet te rijmen met de opvatting van het CTG.

Collegiaal overleg tussen medisch adviseur en schadebehandelaar versus scheiding tussen advies en beslissing

Speciale aandacht besteedt de projectgroep aan het “samenspel” tussen de medisch adviseur en de schadebehandelaar. Dit aspect is niet terug te vinden in de Toelichting op de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, maar blijkt (vooral) uit de reactie van dr. J. Holvast in PIV-Bulletin 2011, 1. Daar betoogt hij dat de medisch adviseur in nauw collegiaal overleg met de acceptant of de schadebehande-

> laar vaststelt welke gegevens strikt noodzakelijk zijn en aan hen mogen worden verstrekt. Dat is niet helemaal begrijpelijk. Het bepleite overleg blijkt immers niet uit de Wbp, noch uit de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, noch uit de toelichting daarop. Dit collegiale overleg is ook overigens onlogisch, het ondergraaft immers de door de gedragscode nu juist zo gewenste scheiding. Bij acceptatie van verzekeringen is bovendien het nauw collegiaal overleg dat ervan uitgaat dat het integrale medisch dossier dus in beginsel wordt doorgenomen in strijd met de doelbinding van art. 2 lid 2 WMK. Daarnaast ontstijgt het doornemen van het integrale dossier, dat kennelijk op zichzelf door de opstellers van de gedragscode wel is toegestaan, als uitgangspunt het noodzakelijke. En dat is nu juist waarvan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (terecht) uitgaat in zijn beslissing van 11 mei 2010 (2009 / 044).

Binnen de branche zijn echter ook andere geluiden te horen. Neem bijvoorbeeld de Gedragscode Openheid Medische Incidenten (GOMA). Deze code is van toepassing op de behandeling van claims op basis van medische aansprakelijkheid. Aanbeveling 14 van de GOMA zegt: *“Inzage in een medisch dossier bij een verzekeraar is in beginsel voorbehouden aan de medisch adviseur. Daarentegen is het in medische aansprakelijkheidszaken noodzakelijk dat alle behandelaars die betrokken zijn bij de schadeclaim kennis kunnen nemen van voor hen relevante gegevens uit het medisch dossier van de patiënt. Het medisch dossier wordt primair gebruikt voor de beoordeling van het handelen (...) en het causaal verband tussen de gevorderde schade en de betreffende fout van de zorgaanbieder.”* En voorts: *“De behandeling van de schadeclaim betreft derhalve niet alleen de medische, maar ook een juridische beoordeling. En het is om die reden dat niet alleen de medisch adviseur maar ook de schadebehandelaars, de letselschade-expert en de juridisch medewerker van de aansprakelijkheidsverzekeraar bevoegd moeten zijn de medische gegevens in te zien. Daarom dient het machtigingsformulier erin te voorzien dat de patiënt de zorgaanbieder machtigt om al deze betrokkenen het medisch dossier ter hand te stellen.”*

De GOMA biedt dus meer ruimte dan de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële Instellingen. Die discrepantie ligt mogelijk in het feit dat de GOMA in eerste instantie over de aansprakelijkheidsvraag gaat. Voorts is het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) bij de opstelling van de GOMA kennelijk niet betrokken geweest. Dat verklaart (ook) mogelijk de discrepantie. Hoe het ook zij, het zou voor de discussie goed zijn als (meer dan tot nu toe) duidelijk wordt gemaakt op grond waarvan het CBP tot de conclusie is gekomen dat voorheen sprake is geweest van overtreding van de wet en dat een strikte scheiding tussen advies en beslissing noodzakelijk is.

De vraag die zich destijds bij lezing van de nieuwe gedragscode opdrong was: voor welk probleem biedt deze

gedragscode een oplossing? Dat is door het artikel van Holvast inmiddels wel duidelijker geworden, althans als ik het goed begrijp. Het probleem was kennelijk dat het CBP signalen had ontvangen dat de medisch adviseurs bij verzekeringsmaatschappijen geconfronteerd werden met een te vrijzinnige invulling van het begrip ‘functionele eenheid’. Daardoor was de medisch adviseur niet meer in staat de daadwerkelijke verantwoordelijkheid voor de verwerking van medische gegevens binnen die functionele eenheid te dragen. Het CBP had voorts signalen ontvangen dat medische gegevens bij verzekeraars op te grote schaal werden gedeeld. Daarbij zou sprake zijn van strijd met de wet. Het CBP was daarom blijkbaar van oordeel dat de gedragscode aangepast moest worden.

Erg overtuigend is dit toch niet. Men zou verwachten dat het bij een gedragscode over de verwerking van persoonsgegevens vooral zou gaan om problemen met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de personen wier gegevens worden verwerkt. Dat lijkt echter niet het probleem. In ieder geval blijkt niet - en ook niet uit de toelichting bij de nieuwe gedragscode - dat er zich op dat punt structurele problemen hebben voorgedaan. Laat staan dat die problemen zodanig ernstig waren dat er daadwerkelijk sprake is geweest van strijd met de wet. Welke wet dan overtreden zou zijn wordt overigens ook niet duidelijk. Het gaat kennelijk vooral om de positie van de medisch adviseur en diens vermeende eindverantwoordelijkheid. Daar valt wel iets over te zeggen.

De WBP vereist niet de aanwezigheid van een medisch adviseur bij een verzekeringsmaatschappij of bank. Evenmin legt de WBP speciale bevoegdheden of verantwoordelijkheden bij een medisch adviseur. Sterker nog, de medisch adviseur komt in de WBP helemaal niet voor. De Wet op de medische keuringen (WMK) gaat hier wel op in. Die wet is echter alleen van belang voor zover het gaat om bepaalde keuringen. Bij de behandeling van claims, vooral bij claims van derden, zoals in verkeerszaken, arbeidsongevallen en medische aansprakelijkheid, mist de WMK toepassing en is dus uit dien hoofde niet de aanwezigheid van een medisch adviseur vereist. Het is dan ook niet zo dat een medisch adviseur op grond van de WBP voor het verwerken van gezondheidsgegevens verantwoordelijk is. Dat roept de vraag op waarom het CBP kennelijk toch een dergelijke belangrijke positie ziet weggelegd voor de medisch adviseur bij een financiële instelling. Los daarvan is onduidelijk welke overtredingen van de wet het CBP dan heeft geconstateerd en op grond waarvan het CBP meent dat er een strikt onderscheid moet worden gemaakt tussen advies en beslissing. Holvast betoogt dat de noodzaak van die scheiding niet te hebben begrepen. Dat is op zich juist. Hij beschouwt - net zoals de toelichting bij de gedragscode en de nadere toelichting van het Verbond - de wens van het CBP als een gegeven; of dat terecht is valt niet te controleren. Vooralsnog staat niet vast dat het CBP op goede gronden tot een juridisch houdbaar standpunt is gekomen.

Holvast geeft aan dat de medisch adviseur uiteindelijk degene is die zich bij de tuchtrechter moet verantwoorden welke afweging is gemaakt. Daarmee suggereert hij - wellicht in het verlengde van het CBP - dat de medisch adviseur eindverantwoordelijke is voor de verwerking van gezondheidsgegevens. Dat uitgangspunt lijkt ook in de gedragscode voorop te staan. Sterker, uit het een en ander blijkt dat de gedragscode, al dan niet op instigatie van het CBP, vooral is aangepast om positie van de medisch adviseur veilig te stellen. Zoals gezegd wordt de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de claimanten eigenlijk niet genoemd.

In dat verband zij nog maar eens herhaald dat een medisch adviseur vooral vanwege zijn deskundigheid zal worden ingeschakeld. De medisch adviseur is echter volgens de WBP niet verantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens; dat is de verzekeringsmaatschappij of bank. Dat een medisch adviseur tuchtrechtelijk getoetst kan worden is een bijkomstigheid die vooral voor de medisch adviseur zelf van belang is. Extra verantwoordelijkheden of bevoegdheden vloeien daaruit niet voort. Dat een medisch adviseur tot geheimhouding gehouden is, is ook geen bijzonderheid. Dat geldt op grond van art. 21 lid 2 WBP immers voor een ieder die gezondheidsgegevens verwerkt, dus ook voor de acceptant en de claimbehandelaar.

Van belang is dat de WBP gaat over de bescherming van alle persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens. De WBP biedt een kader voor de rechtmatige verwerking van persoonsgegevens. Gezondheidsgegevens zijn daarbij alleen maar bijzonder, omdat de WBP slechts aan bepaalde organisaties het recht geeft om deze te verwerken. De WBP vereist daarnaast zorgvuldigheid van die organisaties als geheel, maar legt zelf geen bevoegdheden bij bepaalde personen. Zodoende kan in het kader van de zorgvuldigheid binnen een organisatie wel voor een bepaalde werkwijze worden gekozen; de WBP biedt daartoe slechts algemene kaders. Een medisch adviseur is - voor wat betreft de afhandeling van claims - op zichzelf niet te onderscheiden van andere door een financiële instelling in te schakelen deskundigen. Denkbaar is bijvoorbeeld dat de claimbehandelaar niet alleen een medisch advies nodig heeft, maar ook een arbeidsdeskundig, financieel of bouwtechnisch advies. Dat het daarbij zou kunnen gaan om gezondheidsgegevens doet niet zoveel ter zake, althans niet op basis van de WBP.

Vanuit deze gezichtspunten bezien blijft het - in het bijzonder wat betreft de afhandeling van claims - onduidelijk waarom er een zodanig strikte scheiding zou moeten worden gemaakt tussen de medisch adviseur en de medische staf aan de ene kant en andere medewerkers van een verzekeringsmaatschappij, zoals de acceptant of claimbehandelaar, aan de andere kant. Uit de WBP volgt die eis immers niet. De doelstelling van allen is hetzelfde: een besluit nemen dat goed onderbouwd is en dat zo nodig in rechte kan worden verdedigd. Al deze betrokkenen hebben

een geheimhoudingsplicht en mogen op zichzelf uit hoofde van de WBP dus allemaal alleen maar persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, verwerken voor zover dat nodig is voor de behandeling van een aanvraag of een claim. De medisch adviseur neemt dus ook wat dat betreft geen uitzonderingspositie in. Op dit punt gekomen wreekt zich ook dat de gedragscode volstrekt niet duidelijk maakt wie er tot de medische staf of dienst kunnen behoren. Het lijkt dat het moet gaan om personen met een bepaalde deskundigheid en dat het in ieder geval niet om juristen mag gaan, maar wie dan wel blijft een raadsel. Evenmin is duidelijk welke informatie door de medisch adviseur uiteindelijk aan de acceptant of claimbehandelaar mag worden verstrekt. De verwachting is dat de Medische Paragraaf bij de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) die de Vrije Universiteit in opdracht van de Letselschade Raad ontwerpt daarover aan de branche meer concrete handvatten zal gaan bieden. Naar verhoudt zal deze binnenkort het licht gaan zien.

Holvast geeft aan dat de scheiding tussen advies en beslissing in de gedragscode is uitgewerkt door nadrukkelijk onderscheid te maken tussen verwerkingen van persoonsgegevens die vallen onder de WBP en verwerkingen die vallen onder de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarmee suggereert hij dat dit onderscheid daadwerkelijk te maken valt. Dat is echter niet het geval. Indien persoonsgegevens worden verwerkt in het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst, bijvoorbeeld door een huisarts, dan is op die verwerking naast de WGBO (die ziet op individuele gevallen) ook de WBP van toepassing. Op verwerkingen van persoonsgegevens door een financiële instelling, of dit nu (ook) gezondheidsgegevens betreft of niet, is de WBP zonder meer van toepassing. Op de werkzaamheden van een medisch adviseur zijn daarnaast wellicht de bepalingen van de WGBO van toepassing, maar slechts voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet. Dat laatste maakt nogal een verschil. Dat betekent immers - onder meer - dat een medisch adviseur niet tot volledige geheimhouding is gehouden. Wel jegens derden - net als iedereen binnen een financiële instelling - maar niet jegens anderen die bij de beoordeling van een claim betrokken zijn. Sterker nog: een medisch adviseur mag zijn advies aan de acceptant of claimbehandelaar geheimhouden voor degene over wie het gaat vanwege het recht van een verzekeringsmaatschappij om ongestoord overleg te kunnen voeren⁸. Er is dus geen onderscheid tussen verwerkingen op basis van de WBP of de WGBO. Er is hoogstens een overlap voor het geval er ook een medisch adviseur in het spel is. Die overlap zorgt echter niet voor problemen. En leidt al helemaal niet tot de conclusie dat er strikt onderscheid moet zijn tussen advies en beslissing. In die zin kijk ik dan ook wat dit aspect betreft uit naar de in aantocht zijnde Medische Paragraaf van de GBL.

Inzage in medisch advies uit hoofde van WBP?

Een aspect, ten slotte, dat in dit verband niet onbelicht mag blijven, is de problematiek rondom het inzagerecht

> uit hoofde van art. 35 Wbp. De projectgroep wijst in de Toelichting op het stappenplan op een tweetal uitspraken van de Rechtbank Zutphen van 8 oktober 2009 en 29 januari 2010⁹. Uit die beslissingen komt naar voren dat de aansprakelijkheidsverzekeraars het slachtoffer inzage moeten verschaffen door kopieën, afschriften of uittreksels te verstrekken van de door het slachtoffer geselecteerde informatiedragers. Daaronder zijn, naar het oordeel van de rechtbank, mede begrepen de adviezen van de medisch adviseur. Volgens de Rechtbank Zutphen hoeft echter geen inzage te worden verschaft in de werkaantekeningen van de medisch adviseur, noch in de interne notities die persoonlijke gedachten van betrokkene bevatten en die uitsluitend bedoeld zijn voor intern overleg en beraad.

Terecht wijst het stappenplan ook op de andersluidende opvatting van de Rechtbank Utrecht die een andere mening is toegedaan. Dat blijkt uit drie beschikkingen van de Rechtbank Utrecht van 17 november 2010¹⁰, evenals een beschikking van de Rechtbank Utrecht van 11 mei 2011¹¹. De Rechtbank Utrecht is immers, essentieel anders dan Rechtbank Zutphen, van oordeel dat het verzoek tot inzage geven en afschriften verstrekken niet mede ziet op de adviezen van de medisch adviseur. De adviezen van medisch adviseurs behelzen, naar moet worden aangenomen, geen eigen onderzoeksbevindingen en geen nadere persoonsgegevens naar aanleiding daarvan, maar conclusies en bevindingen op basis van de in het medisch dossier opgenomen gegevens, terwijl expertiserende en controlerende artsen wel eigen (medische) onderzoeksbevindingen betreffende een betrokkene in hun rapport verwerken. In dat licht acht de rechtbank dan ook begrijpelijk dat dergelijke rapporten in het medisch dossier moeten worden opgenomen en dat daarin inzage moet worden gegeven. Het andere karakter van adviezen van medisch adviseurs rechtvaardigt naar de overtuiging van de Rechtbank Utrecht dat deze verplichtingen daar niet voor gelden, althans dat dit niet kan worden afgeleid uit deze bepaling. Daarbij tekent de rechtbank nog aan dat algemeen wordt aangenomen dat het voor een goede behandeling en afwikkeling van letselschadevorderingen van belang is dat alle betrokkenen in een vroeg stadium over de relevante gegevens beschikken. En ook dat verzekeraars zoveel mogelijk een onderbouwd standpunt innemen. Door het

advies van de medisch adviseur ook aan de wederpartij te verstrekken, kan het standpunt van de verzekeraar immers op zijn merites worden beoordeeld. Dat bespoedigt de afwikkeling van een vordering. Het belang van een goede schadeafwikkeling is echter niet een belang dat de Wbp beoogt te beschermen. In de Wbp gaat het immers niet om het kennismaken van de onderbouwing van het standpunt van de wederpartij, maar om informatie over de verwerkte persoonsgegevens om die zo nodig te kunnen laten verbeteren of verwijderen. En niet meer dan dat.

Slotsom

Al met al verdient de stap van het PIV tot het instellen van een projectgroep en het vervaardigen van een stappenplan met een toelichting steun. Het biedt de letselschadebranche wat meer praktische handvatten om met de nieuwe versie van de gedragscode te werken. Problematisch blijft echter dat de nieuwe Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, die geldt vanaf 1 april 2010, op essentiële onderdelen ernstige mankementen toont. Het bouwwerk blijft daardoor al met al wat wankel. De diverse oproepen in de literatuur om zo spoedig mogelijk aan de slag te gaan om een nieuwe gedragscode en een nieuwe toelichting te vervaardigen dienen te worden omarmd. Dat is, om in de terminologie van de (toelichting op de) gedragscode te blijven “strikt noodzakelijk”.

¹ 1 VR 1991, 134.

² Vgl. RvT 2001, 30 en 31 (Mo.).

³ W.M.A. Kalkman, *Ethiek en recht in de gezondheidszorg*, 2000, p. 241.

⁴ B. Sluijters, ‘Goed beslissen of veel geheim houden’, *TvGR* 1993, p. 5 e.v.

⁵ *TvG* 2002, 23.

⁶ Vgl. W.M.A. Kalkman en L.C. Geurts, ‘De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens’, *VA* 2003, p. 98.

⁷ Vgl. P. van de Broek, ‘De toelaatbaarheid van het als bijlage voegen van medische gegevens bij medisch advies’, *TVP* 2007, p. 88 e.v.

⁸ Vgl. Rechtbank Utrecht van 17 november 2010, LJN BO5222.

⁹ LJN BK4206 en LJN BL1743.

¹⁰ LJN BO5222 en LJN BO5227.

¹¹ Te kennen uit *Nieuwsbrief Personenschade* juni 2011, p. e.v.

Pandora na de pilot: hoe nu verder?

PvS

In de afgelopen zomer werd de pilot Pandora met prima rapportcijfers afgesloten. Vooral de tevredenheid van de slachtoffers in het project was buitengewoon groot. Nu is het aan de spelers op de markt om van de pilot een goede praktijk te maken. Wie neemt het initiatief?

In Pandora ontwikkelden CED Mens, verzekeraars en belangenbehartigers gezamenlijk een nieuw schadeproces voor verkeersslachtoffers met whiplashachtige klachten. In het project werd onder andere afgesproken dat gedurende maximaal één jaar niet over juridische of medische aansprakelijkheid of causaliteit zou worden gediscussieerd. De slachtoffers kregen een herstelcoach toegewezen die alle noodzakelijke hulp voor herstel en re-integratie organiseerde. De slachtoffers konden bovendien een beroep doen op medische of alternatieve hulpverlening, onder meer op de gebieden psychologie, haptonomie, bewegingstherapie en coaching.

Resultaten

Na afloop van de proefperiode verrichtte bedrijfskundig adviesbureau Q-Consult metingen naar vier prestatie-indicatoren in Pandora: slachtoffertevredenheid, resultaat, vertrouwen en financiën. De resultaten werden afgezet tegen de vooraf bepaalde norm, te weten re-integratie van het slachtoffer binnen twaalf maanden, waarbij het slachtoffer tevreden was over de behandeling. Uit de meetresultaten bleek dat de slachtoffers in Pandora significant meer tevreden waren dan in de traditionele schaderegeling en een zeer hoge waardering voor hun herstelcoaches hadden. Van de 42 zaken in het onderzoek werden er 30 succesvol afgerond, waarvan 25 binnen twaalf maanden. De kosten konden volledig transparant worden uitgesplitst in persoonlijke schade, buitengerechtigde kosten, kosten van re-integratie, kosten van de herstelcoach en kosten van de dossiercoördinator.

Strategische coaching

Voor de tevredenheid van de slachtoffers over de behandeling in het schadeproces en over hun herstelcoaches in het bijzonder was opmerkelijk. Wendy van Disseldorp uit Tilburg, slachtoffer van een verkeersongeval, zegt daar over: *“De manier waarop ik in Pandora werd benaderd, sprak mij erg aan. Samen met mij werd bekeken wat wel en niet mogelijk was. Het feit dat alle neuzen dezelfde kant op stonden, was erg prettig.”* Na een intensief revalidatietraject werd ze begeleid bij het hervatten van haar werkzaamheden en kreeg ze advies over een ergonomische werkplek. Tot slot werd zij geattendeerd op de mogelijkheid van strategische coaching, die mensen helpt hun doelen te verwezenlijken. *“Wat mij betreft was dit de best mogelijke volgende zet in mijn revalidatietraject. Ik ben er fysiek nog lang*



niet, maar wel kan ik weer op mezelf en op mijn creativiteit vertrouwen, met dank aan alle steun die vanuit het Pandoraproject voor mij is gerealiseerd.”

Traditionele geneeskunst

“Met mijn herstelcoach is een goed persoonlijk en intensief contact ontstaan”, aldus Joyce Schaule Jullens uit ’s-Hertogenbosch. “Zij staat zeer professioneel en positief in het project en heeft zich sterk gemaakt voor een optimale begeleiding. Dankzij haar persoonlijke inzet en ondersteuning is mij de mogelijkheid geboden om voor een therapie te kiezen die helemaal op mijn visie en vorm van beleving aansluit. Mijn bewuste keuze voor de traditionele Chinese geneeskunst is in dit verband een goede keuze gebleken. Mijn behandelaar, Sytze Wierda, is een erkende professionele Shiatsu-therapeut. Vanuit zijn praktijkervaring heeft hij een juiste inschatting van mijn genezingsproces gemaakt. Met een gedoseerde en een op mij afgestemde regelmaat heeft hij binnen een periode van ongeveer negen maanden het grootste deel van alle klachten effectief kunnen verhelpen.”

Mentaal sterker

Jolanda Wessels uit Doesburg werd door haar herstelcoach in contact gebracht met een bureau op het gebied van loopbaanbegeleiding en coaching. Dit bureau hielp haar er mentaal weer bovenop te komen. Dat was nodig ook, want zij was er in de periode na haar verkeersongeluk niet best aan toe. *“Ik was overspannen en had niet zo veel zin in het leven”,* vertelt ze. *“Omdat de dokter zich zorgen maakte, kreeg ik zware medicijnen, waardoor ik extra onzeker was. Nu is dat achter de rug en merk ik dat ik gigantisch veel aan de begeleiding door mijn coach heb gehad.”* Tijdens de coaching werden intensieve gesprekken gevoerd, in de eerste maanden van het traject een keer per week, later een keer in de twee weken. Jolanda had daar veel baat bij. *“Ik kwam er binnen als een verlegen meisje, maar dankzij de*

- > *coaching sta ik nu sterker in mijn schoenen en ben ik zelf-verzekerder. Ik ben heel goed geholpen en daar ben ik hartstikke dankbaar voor.*

Kritisch volgen

Gelet op alle positieve ervaringen in Pandora zou het voor de letselschadebranche een gemiste kans zijn als deze aanpak in de vergetelheid zou verdwijnen. Paul Leenders, afdelingshoofd personenschade bij REAAL - een van de participerende verzekeringsmaatschappijen in de pilot - is het daarmee eens. *“Wij gaan verder met het aanleveren van zaken voor Pandora”, zegt Leenders. “Wel is het goed om per zaak kritisch te kijken of die zaak voor Pandora geschikt zal zijn. Tijdens de pilot zijn redelijk veel zelfstandigenschades in Pandora terechtgekomen. De resultaten daarvan waren goed, dus waarom zou je ermee stoppen. Dat wil echter niet zeggen dat je vervolgens elke zelfstandigenzaak in Pandora moet inbrengen. We zullen alle zaken, ook Pandorazaken, kritisch blijven volgen, om te voorkomen dat we letselschades op de automatische piloot gaan regelen.”* Leenders is vooral beducht voor de kosten van Pandorazaken, die hij redelijk hoog vindt. *“Je kunt wel zeggen dat je die in de schadelast terugverdient, maar die vergelijking blijft heel moeilijk, omdat je nooit twee exact dezelfde zaken naast elkaar kunt leggen”,* zo zegt hij.

Communicatie belangrijk

Paul Leenders benadrukt dat alle partijen in de letselschadebranche - verzekeraars, belangenbehartigers en schade-regelaars - er attent op moeten zijn of een zaak voor Pandora in aanmerking komt. *“En naarmate Pandora ook landelijk meer bekendheid krijgt, zullen ook slachtoffers zelf erom gaan vragen. Communicatie blijft wat dat betreft heel belangrijk. De aanpak is nog niet dermate ingeburgerd dat we ervan uit mogen gaan dat het vanzelf gaat lopen. Ook onze eigen veertig schadebehandelaars hebben nog lang niet allemaal een Pandorazaak behandeld. Pas als iedereen drie of vier van zulke zaken heeft gehad, en daarvan resultaten heeft gezien, gaat het natuurlijk veel meer leven.”* Voor Leenders staat in ieder geval vast dat Pandora, net als diverse andere initiatieven, aan een beter imago van de letselschadebranche bijdraagt. *“Gelukkig gaan we al een aantal jaren de goede kant op. Partijen komen makkelijker met elkaar in contact en gaan duidelijk veel meer langs de weg van de harmonie te werk.”*

Formule loslaten

Ook Nationale-Nederlanden nam deel aan de pilot Pandora. Manager letsel Reinie Voragen geeft aan dat Nationale-Nederlanden de strikte formule zoals die in de pilot werd beproefd, zal loslaten. Wel zullen aspecten die waardevol zijn gebleken, waar dat zinvol en gewenst is, in de werkwijze worden geïmplementeerd. Ze zegt: *“We zeggen altijd wel dat we het slachtoffer centraal moeten stellen, maar de vraag is vervolgens hoe we dat moeten doen. Vanuit Pandora hebben we in ieder geval geleerd om veel sneller dan we in het verleden wel eens deden, na te gaan waar het slachtoffer behoefte aan heeft en om vervolgens veel sneller richting het slachtoffer acties in gang te zetten. In Pandora hebben we gezien hoe slachtoffers dit ervaren en hoe belangrijk dat is voor de klantbeleving. Want slachtoffers zijn dan wel ‘derden’ voor ons, maar kunnen evengoed ook al klant of een potentiële klant zijn.”*

Geen lijstje afvinken

Nog een aspect van Pandora dat Reinie Voragen als waardevol bestempelt, is de functie van herstelcoach. Anders dan in de pilot echter zal deze niet alleen in whiplash-zaken worden ingezet, maar mogelijk ook in andere dossiers. *“Dat is helemaal afhankelijk van de behoeften van het slachtoffer”,* zegt Reinie Voragen. *“We gaan geen lijstje afvinken of iemand wel of niet naar de volgende ronde gaat, maar we luisteren goed naar het slachtoffer en beslissen dan of we wel of niet een herstelcoach inschakelen.”* Hetzelfde geldt voor het achterwege laten van discussies over aansprakelijkheid of causaliteit. Ook dat kan in andere zaken dan whiplashdossiers aan de orde komen. *“We gaan op een andere manier naar het slachtoffer kijken, om na te gaan hoe we hem of haar kunnen helpen. Van Pandora hebben we geleerd dat we de traditionele manier van letselschade regelen steeds meer moeten zien los te laten. Dat is tegelijkertijd een zeer lastig aspect, want dat is niet alleen aan ons verzekeraars, maar aan alle spelers in het veld.”*

“De crux van het verhaal”, aldus Reinie Voragen tot slot, *“en daar geloof ik heilig in, is dat persoonlijke aandacht voor het slachtoffer het herstel en dus ook de regeling ten goede komt. Alle betrokken partijen moeten de loopgraven verlaten en gezamenlijk naar oplossingen voor het slachtoffer zoeken.”*

LetMe organiseert een Mediation Vierdaagse

PvS

LetMe, de vereniging van letselschademediators, organiseert op 14, 15, 16 en 17 november 2011 een Mediation Vierdaagse. Tijdens deze dagen kunnen slachtoffers, belangenbehartigers en verzekeraars, onder leiding van een ervaren letselschademediator, hun vastgelopen letselschadezaak weer op gang trekken.

LetMe werd in 2005 opgericht, vooruitlopend op de Gedragscode Behandeling Letselschade. In deze gedragscode wordt immers voor vastgelopen dossiers de mogelijkheid van alternatieve geschilbeslechting geopperd. Ondanks het succes van mediation - volgens LetMe leidt mediation in 90 procent van de gevallen tot een oplossing - zit er geen groei in de toepassing ervan. "We horen daar verschillende redenen voor", zegt mr. Ferda van Benthem, voorzitter van LetMe. "Soms ziet het slachtoffer het niet zitten en soms ook is de verzekeraar of de belangenbehartiger er huiverig voor. Zij vinden nogal eens dat ze ook zelf een goed gesprek met de wederpartij kunnen voeren en dat ze daar geen derde voor nodig hebben. Ook kunnen ze de angst hebben dat ze een zaak kwijtraken en dat een ander die gaat oplossen. Maar dit alles komt volgens ons voort uit onbekendheid met mediation."

Deelmediation

De Mediation Vierdaagse beoogt deze onbekendheid weg te nemen. Extra drempelverlagend is de gekozen formule tijdens deze dagen, namelijk die van deelmediation. Ferda van Benthem: "Het gaat er niet om zaken in één keer helemaal op te lossen. Vaak zijn zaken daar ook niet aan toe. Meestal is het wel mogelijk om een deelprobleem aan te pakken, zodat mensen weer verder kunnen in een zaak. Een gebrekkige communicatie tussen verzekeraar en slachtoffer kan voor deelproblemen zorgen. Hetzelfde geldt voor ingenomen standpunten waar een verzekeraar of een belangenbehartiger in blijft hangen. Of er wordt bijvoorbeeld al heel lang gestoeid over het verlies van arbeidsvermogen. In al die



gevallen kan een gesprek onder leiding van een mediator heel goed helpen om de zaak weer vlot te trekken." Het belangrijkste probleemgebied, aldus Ferda van Benthem, is veelal die gebrekkige communicatie en juist daarom zijn vooral ook slachtoffers, zo benadrukt zij, van harte welkom op de Mediation Vierdaagse.

Vooraf contact

Tijdens de Mediation Vierdaagse zullen steeds twee letselschademediators aan de tafel aanschuiven, namelijk een ervaren professional en een minder ervaren collega. Zij zullen mogelijk voorafgaand aan de bijeenkomsten contact opnemen met de aangemelde partijen, om na te gaan welk deelprobleem te berde zal worden gebracht, "maar niet iedere mediator wil dat van tevoren weten", zegt Ferda van Benthem. "Sommigen geven er de voorkeur aan dat partijen pas aan tafel tegen elkaar vertellen waar precies de schoen wringt. De desbetreffende mediator wil dan blanco het gesprek kunnen leiden." Ook kan vooraf worden overeengekomen om de zaak, als die eenmaal weer op gang is gebracht, nog verder naar een oplossing te brengen. "Maar het zijn de partijen die bepalen wat er gebeurt. Wij zijn echt dienstverlenend en ondersteunend", aldus Van Benthem.

De kosten van een deelmediation tijdens de Mediation Vierdaagse bedragen 495,00 euro (excl. BTW) per mediation, per partij. Aanmeldingen zijn mogelijk tot 1 november 2011 op info@letme.nl. Nadere gegevens over tijden en locatie (centraal in Nederland) volgen na de aanmelding.



Het PIV-Bulletin is een regelmatig verschijnende uitgave van de Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder uitdrukkelijke toestemming van de redactie.

Redactiesecretaris

Mevrouw J. (Jenny) M. Polman, Stichting PIV

Postbus 93450

2509 AL Den Haag

Telefoon: 070 333 88 73

Telefax: 070 333 88 33

e-mail: j.polman@verzekeraars.nl

Website: www.stichtingpiv.nl

M.m.v. drs. P. (Peter) J.M. van Steen, tekstschrijver

Creatie & realisatie: QuantesArtoos, Rijswijk

