

**Pagina 1**  
Subrogatie verzuimverzekeraar  
regresrecht werkgever

**Pagina 4**  
Lustrum PIV-Overeenkomst BGK

**Pagina 6**  
Zorg slachtoffer meer dan  
financiële vergoeding

**Pagina 8**  
Hoe subjectief kan objectief  
zijn?

**Pagina 11**  
GBL: commerciële of maat-  
schappelijke business case?

**Pagina 15**  
Slachtofferhulp 25 jaar!

oktober 2009



Pagina 1  
De kleine lettertjes ...

Pagina 4  
22 Belangenbehartigers doen  
mee ...

Pagina 6  
Net dat beetje meer ruggen-  
steun ...

Pagina 8  
Aangepaste CBO-definitie ...

Pagina 11  
Waar heeft het slachtoffer nu  
echt behoefte aan ...

Pagina 15  
Vijftienhonderd vrijwilligers ...

## Subrogatie verzuimverzekeraar in regresrecht werkgever

Hof Amsterdam 10 februari 2009, zaaknummer 106.007.163/01, ongepubliceerd

Ook de verzuimverzekeraar kan doorbetaald loon terugvorderen van de schadeveroorzaker. Analoge toepassing van art. 7:962 BW (subrogatie verzekeraar) voorkomt dat de aansprakelijke partij ervan profiteert dat de schade door de verzuimverzekeraar wordt vergoed. Dit volgt uit het door het Hof Amsterdam op 10 februari 2009 gewezen arrest tussen de verzuimverzekeraar en de WAM-verzekeraar.

Hiermee wordt afgeweken van het in de literatuur verdedigde standpunt dat subrogatie in dit geval niet mogelijk is, omdat de vordering van de werkgever ex art. 6:107a lid 2 BW geen schadevergoedingsvordering is<sup>1</sup>.

### De kantonrechter

De verzuimverzekeraar vorderde van de WAM-verzekeraar vergoeding van het loon dat hij heeft vergoed aan de werkgever van een door een verkeersongeval arbeidsongeschikt geraakte werknemer.

De WAM-verzekeraar heeft aansprakelijkheid erkend.

De verzuimverzekeraar redeneerde als volgt: “De werkgever heeft op basis van art. 6:107a lid 2 BW een verhaalsrecht op de schadeveroorzaker voor het doorbetaalde loon. Nu De Amersfoortse dit loon heeft vergoed is zij op grond van art. 7:962 lid 1 BW gesubrogeerd in deze regresvordering van de werkgever.”

Mevr. mr. M.  
Snel-de Kroon  
JPR Advocaten



De kantonrechter heeft de verzuimverzekeraar in het gelijk gesteld.

### Het hof

De WAM-verzekeraar komt tegen het oordeel van de kantonrechter in beroep met de volgende grieven:

- de verzuimverzekering is geen schadeverzekering (art. 7:962 lid 1 BW geldt alleen voor schadeverzekeringen); en
- het verhaalsrecht ingevolge art. 6:107a lid 2 BW is geen vordering tot schadevergoeding als bedoeld in art. 7:962 lid 1 BW.

Het hof verwierpt beide grieven en oordeelt samengevat als volgt:

1. De onderhavige verzuimverzekering is een schadeverzekering.
2. De regresvordering van de werkgever is geen schadevergoedingsvordering zodat art. 7:962 lid 1 BW niet rechtstreeks van toepassing is.
3. Art. 7:962 lid 1 BW is wel van overeenkomstige toepassing, zodat de verzuimverzekeraar gesubrogeerd is in het verhaalsrecht ex art. 6:107a lid 2 BW van haar verzekerde jegens de WAM-verzekeraar.

Tegen het arrest van het hof is geen cassatie ingesteld.

#### *Ad 1 - Het hof overweegt:*

“3.8. Artikel 7:944 BW omschrijft de schadeverzekering als een verzekering strekkende tot vergoeding van vermogensschade die de verzekerde zou kunnen lijden. Art. 7:964 BW omschrijft de sommenverzekering als een verzekering waarbij het onverschillig is of en in hoeverre met de uitkering schade wordt vergoed. Dit laatste neemt niet weg dat ook sommenverzekeringen veelal worden gesloten met het oog op de mogelijkheid dat zich gevallen voordoen waarin de verzekerde schade zal lijden.

3.9. Het betoog van De Amersfoortse komt erop neer dat de omvang van de door haar aan (T) verstrekte uitkering op grond van de polisvoorwaarden is gekoppeld aan het loonbedrag dat de werkgever op grond van artikel 7:629 BW en op grond van de individuele en collectieve arbeidsovereenkomst aan een arbeidsongeschikte werknemer dient te vergoeden. Tegenover dat loon staat geen arbeidsprestatie omdat de betrokken werknemer arbeidsongeschikt is. De verzekering dekt derhalve de vermogensschade die de werkgever lijdt als gevolg van het feit dat deze loon dient te betalen terwijl daartegenover geen arbeidsprestatie van de betrokken werknemer staan. Met De Amersfoortse is het hof van oordeel dat dit een en ander erop duidt [dat, red.] de onderhavige verzekering een schadeverzekering is.

3.10. Daar komt nog bij dat de polisvoorwaarden erin voorzien dat de uitkeringen van De Amersfoortse daadwerkelijk zijn gekoppeld aan de wettelijke plicht tot loondoorbetaling van de werkgever. De polisvoorwaarden bepalen daartoe in artikel 12.1 dat de vaststelling van de door De Amersfoortse te verlenen uitkering uit hoofde van de verzekering eens per maand, achteraf, zal plaatsvinden. De verzekeringnemer ontvangt van De Amersfoortse een voorlopige opgave met specificatie per werknemer van de voorgenomen uitkeringen. De verzekeringnemer dient te controleren of de uitkeringen zijn gebaseerd op de wettelijke loondoorbetalingsplicht. De voor akkoord getekende voorlopige opgave dient uiterlijk binnen twee maanden aan De Amersfoortse te worden gerecentreerd, waarna uitkering plaatsvindt. De polisvoorwaarden bevatten verder voorzieningen voor het geval van werkhervatting op therapeutische basis (artikel 12.2) en gedeeltelijke werkhervatting (artikel 12.3), een en ander kennelijk om te voorkomen dat de werkgever aanspraak kan maken op een uitkering van De Amersfoortse zonder dat daartegenover een verplichting van de werkgever jegens zijn werknemer op grond van artikel 7:629 BW bestaat. Voorts wordt in artikel 12.4 van de polisvoorwaarden bepaald dat het recht op uitkering van dag tot dag wordt verkregen en hoe die daguitkering moet worden berekend. Ook dit een en

ander wijst erop dat de verzekering ertoe strekt per arbeidsongeschikte werknemer de werkelijk geleden schade van een werkgever te vergoeden.

3.11. London heeft evenwel aangevoerd dat de werkgever niettemin niet per definitie schade lijdt indien een werknemer als gevolg van een ongeval arbeidsongeschikt raakt. Zij noemt in haar memorie van grieven en in haar pleitnota een aantal situaties waarin dat volgens haar niet het geval is.

3.12. London voert onder meer aan dat het kan voorkomen dat voor de arbeidsongeschikte werknemer ander passend werk voorhanden is. London wijst erop dat de polisvoorwaarden er niet in voorzien dat de uitkering van De Amersfoortse aan de werkgever wordt verminderd met een bedrag dat overeenkomt met de loonwaarde van de passende arbeid.

3.13. Dit verweer faalt. De Amersfoortse heeft er terecht op gewezen dat zij haar uitkering afhankelijk stelt van het antwoord op de vraag of er voor de werkgever een verplichting tot loondoorbetaling bestaat op grond van artikel 7:629 BW. Daaruit vloeit voort dat indien en voorzover een (arbeidsongeschikte) werknemer niet zijn eigen werkzaamheden verricht, maar wel andere, passende arbeid, de werkgever in zoverre op die grond verplicht is om loon uit te betalen en niet op grond van artikel 7:629 BW. Het is derhalve niet noodzakelijk om voor deze situatie een voorziening in de polisvoorwaarden te treffen. Het hof is dus met De Amersfoortse van oordeel dat de omstandigheid dat de polisvoorwaarden geen specifieke voorziening voor passende arbeid bevatten niet de conclusie rechtvaardigt dat deze verzekeringsovereenkomst een sommenverzekering is.

3.14. Voorts voert London aan dat het kan voorkomen dat het werk van de betrokken werknemer (zonder problemen) blijft liggen tot hij weer beter is, of dat andere collega's extra bijspringen. London wijst ook nog erop dat het kan voorkomen dat een werknemer - ook zonder ongeval - inactief was of zou zijn geworden, bijvoorbeeld wegens een arbeidsconflict of wegens overtolligheid en dat in die situatie er eveneens een loondoorbetalingsverplichting kan bestaan zonder dat een arbeidsprestatie van de werknemer tegenover staat. In deze situatie ontstaat er als gevolg van het ongeval geen (extra) schade voor de werkgever, aldus London.

3.15. Het hof is van oordeel dat deze situaties, die inderdaad niet zijn uitgesloten op grond van de polisvoorwaarden, er niet aan afdoen dat de onderhavige verzekering ertoe strekt de schade te vergoeden die een werkgever lijdt tengevolge van verplichte loonbetalingen waar tegenover - als gevolg van de arbeidsongeschiktheid van een werknemer - geen arbeidsprestaties staan. Aan de enkele omstandigheid dat - mogelijk omwille van de hanteerbaarheid - er enigszins is geabstraheerd van de precieze economische schade die in ieder afzonderlijk geval wordt geleden, kan in dit verband voorbij worden gegaan. De uitkeringen zullen daardoor zowel naar boven als naar beneden enige afwijking kunnen vertonen van wat reëel als schade zou kunnen worden aangemerkt, maar London heeft onvoldoende gesteld om te kunnen concluderen dat hierdoor aan de onderhavige verzekering het karakter van schadeverzekering is komen te ontvallen.”

In de rechtsliteratuur wordt ook verdedigd dat de verzuimverzekering een schadeverzekering is<sup>2</sup>.

#### Ad 2

Art. 7:962 lid 1 BW is naar het oordeel van het hof niet rechtstreeks van toepassing, omdat dit artikel is gebaseerd op het uitgangspunt dat de verzekerde een schadevergoedingsvordering heeft en de vordering van de werkgever niet als zodanig kan worden aangemerkt. Het hof verwijst naar HR 9 juli 2004, NJ 2004,572 (Zwolsche Algemeene/Vormenfabriek) waarin is overwogen dat de in art. 6:107a lid 2 BW genoemde verplichting van de aansprakelijke partij jegens de werkgever niet kan worden aangemerkt als een wettelijke verplichting tot schadevergoeding als bedoeld in afdeling 6.1.10 BW.

#### Ad 3

Door analoge toepassing van art. 7:962 lid 1 BW treedt de verzuimverzekeraar door subrogatie in het verhaalsrecht van de werkgever ex art. 6:107a lid 2 BW. Deze analoge toepassing wordt gebaseerd op de strekking van beide wetsartikelen en dat - samengevat - de aansprakelijke partij niet profiteert van de vergoeding van de door hem veroorzaakte schade door een ander.

De overwegingen van het hof luiden als volgt:

*“3.21 Deze conclusie brengt mee dat onderzocht dient te worden of art. 7:962 lid 1 BW van overeenkomstige toepassing is. Hierover heeft het volgende te gelden. Art. 7:962 lid 1 BW strekt ertoe te voorkomen dat de verplichting tot vergoeding van de schade door degene die daarvoor op grond van onrechtmatige daad of wanprestatie aansprakelijk is, vervalt als gevolg van het door de verzekeraar vergoeden van de schade. Ook art. 6:107a lid 2 BW strekt ertoe te voorkomen dat degene die de schade heeft veroorzaakt aan zijn verplichting tot vergoeding daarvan ontkomt en ervan profiteert dat de door hem veroorzaakte schade wordt vergoed door de werkgever van degene die de schade heeft geleden.*

*3.22 In het onderhavige geval heeft (T) zijn verhaalsrecht jegens de schadeveroorzaker niet uitgeoefend maar heeft zij in plaats daarvan een uitkering van De Amersfoortse ontvangen. Hetgeen hiervoor onder 3.21 is overwogen brengt mee dat art. 7:962 lid 1 BW van overeenkomstige toepassing is. Een ander oordeel zou immers ertoe leiden dat Londen (als verzekeraar van de schadeveroorzaker (P)) zou profite-*


*ren van de verzekering (T), terwijl die verzekering niet ten behoeve van (P) en/of Londen tot stand is gekomen en/of door deze(n) wordt bekostigd. Dit alles leidt tot de conclusie dat De Amersfoortse is gesubrogeerd in de rechten van de (T). Daarbij verdient het opmerking dat in het onderhavige geval gesteld noch gebleken is dat de uitkering van De Amersfoortse hoger ligt dan het bedrag dat de (T) had kunnen verhalen op (P) of diens WAM-verzekeraar, Londen.*

#### Conclusie

Het hof sluit impliciet aan bij HR 7 januari 2000 (Nationale-Nederlanden/Woudsend), NJ 2000, 212, m.nt. MMM: rechtsoverweging 3.3:

*“Waar art. 284 K bepaalt dat vorderingen die de verzekerde ter zake van door hem geleden schade op derden heeft, bij wijze van subrogatie overgaan op de verzekeraar voor zover deze die schade heeft vergoed, strekt deze bepaling ertoe te voorkomen dat de verplichting tot vergoeding van de schade door degene die daarvoor op grond van onrechtmatige daad of wanprestatie aansprakelijk is, vervalt als gevolg van het door de verzekeraar vergoeden van de schade.”*

Het oordeel van het hof past in de lijn van HR 9 juli 2004 (Zwolsche Algemeene/Vormenfabriek), NJ 2004, 572, waarin is uitgemaakt dat de strekking van het verhaalsrecht meebrengt dat, hoewel dit verhaalsrecht geen schadevergoedingsvordering is in de zin van afdeling 6.1.10 BW, art. 6:96 aanhef en onder b BW wel van overeenkomstige toepassing is.

Het hof breidt deze overeenkomstige toepassing uit tot de subrogatieregeling van art. 7:962 lid 1 BW. Daarmee wordt in elk geval voorkomen dat de aansprakelijke partij profiteert van de verzuimverzekering. Tevens is nu duidelijk dat verzuimverzekeraars, die soortgelijke polisvoorwaarden hanteren, geen gebruik hoeven te maken van bewerkelijke en kostbare voorschot- en cessieconstructies. 

<sup>1</sup> Zie onder meer E.F.D. Engelhard, *Regres* (diss. Maastricht), Deventer: Kluwer 2003, p. 104.

<sup>2</sup> Vgl. Asser-Clausing-Wansink 2007 nr. 36; E.J. Wervelman, *De particuliere arbeidsongeschiktheidverzekering* (diss. Rotterdam), Deventer: Kluwer, 2004, p. 37, en F.H.J. Mijnsen, *Mon. BW B88 Verzekering*, Deventer: Kluwer 2007, p. 8.

# Vijf jaar PIV-Overeenkomst BGK: hoe staat het ervoor en waar gaat het naar toe?



Mr. F.P.H. Schlicher - Nationale-  
Nederlanden/  
mevrouw mr. M. Volker - Stichting  
PIV



Op 1 oktober 2004 is de PIV-Overeenkomst buitengerechtelijke kosten (BGK) van start gegaan. Dit lustrum is een mooi moment om terug te blikken, maar vooral ook om vooruit te kijken.

## Vijf jaar ervaring

In de afgelopen vijf jaar is veel ervaring opgedaan met de PIV-Overeenkomst. Zeker in het begin waren er de nodige aanloopproblemen. Vooral tijdens de overgangsfase - waarin een oplossing gezocht moest worden voor de oude zaken die niet onder de overeenkomst vielen - liep het niet altijd even vlot. Nu deze problemen zijn opgelost, zijn de deelnemende verzekeraars en belangenbehartigers positief gestemd. Voordeel van de overeenkomst is dat gedurende het schaderegelingstraject geen discussie plaatsvindt over de buitengerechtelijke kosten. Datzelfde geldt voor de eindafwikkeling, omdat immers wordt afgerekend op basis van de staffel.

## Toegevoegde waarde

Het feit dat er geen discussies zijn over buitengerechtelijke kosten heeft ertoe geleid dat het schaderegelingklimaat is verbeterd en de afwikkeling vlotter verloopt. Uiteraard is ook het slachtoffer gediend met een snellere afhandeling van zijn schade. Niet alleen verloopt de schaderegeling

voor alle partijen prettiger, de overeenkomst werkt ook kostenbesparend. Zowel van de kant van verzekeraars als van belangenbehartigers worden de positieve effecten genoemd. Wanneer zich toch nog problemen voordoen is het gemakkelijk om elkaar te vinden, aangezien de overeenkomst voorziet in een bespreekregeling. Opmerkelijk is dat sommige contactpersonen aangeven gemakkelijk de telefoon te pakken, terwijl bij anderen de drempel juist hoger ligt. De bespreekregeling zou nog vaker gebruikt kunnen worden.

## Inhoud overeenkomst

De tekst van de PIV-Overeenkomst is zeker niet statisch. In de afgelopen vijf jaar is de overeenkomst op verschillende punten aangepast aan de wensen van de praktijk. De meest in het oog springende wijziging vond plaats in 2007. In dat jaar werd de voorschotregeling ingevoerd: belangenbehartigers ontvangen bij het eerste contact met de verzekeraar een voorschot, waarna - afgezien van enkele apart te vergoeden kosten - gedurende de schaderegeling geen betalingen meer worden gedaan. In zaken waarin de belangenbehartiger beduidend meer uren aan de zaak heeft besteed dan met het voorschot kunnen worden gedekt heeft de belangenbehartiger nog wel recht op een aanvullend voorschot.

## Deelnemers

Terwijl de PIV-Overeenkomst bij de start in 2004 negen deelnemende belangenbehartigers kende, zijn dat er op dit moment tweeëntwintig. Een aantal belangenbehartigers heeft met alle deelnemende verzekeraars een overeenkomst gesloten; anderen zijn wat terughoudender en hebben ervoor gekozen om de overeenkomst eerst te testen met een enkele verzekeraar. Het aantal deelnemende verzekeraars is vrijwel gelijk gebleven. Een overzicht van de deelnemende partijen (per 1 september 2009) vindt u hieronder.

## Ook PIV staffel voor rechtsbijstandverzekeraars

De PIV-Overeenkomst BGK heeft model gestaan voor de nieuwe Regeling Buitengerechtelijke Kosten Letsel (BGK-L) die geldt tussen rechtsbijstandverzekeraars en WA-verzekeraars die met ingang van 1 januari 2009 is ingegaan. De tekst van de BGK-L-regeling is zoveel mogelijk afgestemd op die van de PIV-Overeenkomst. Omdat er verschillen zijn tussen rechtsbijstandverzekeraars en expertisebureaus zijn er ook verschillen tussen de beide overeenkomsten. Het vertrekpunt was ook wat anders: voor rechtsbijstandverzekeraars gold al jaren de lumpsumregeling, waarbij een vast bedrag per dossier werd betaald

Belangenbehartigers	Verzekeraars
ASA Legal Assist	Achmea Claims Center
Berntsen Mulder	Aegon
Claims Settlement Schaderegelingen	Allianz NL Schade
Drost Letselschade	ASR Nederland
Effort & Support, Letselschadebureau	Bovemij
Europrotector BV *	Delta Lloyd Groep
FNV Bondgenoten/Adv. Varrolaan	Generali
FNV Bouw	De Goudse
Groot expertise*	London
Bureau Letselschade HBS	Nationale-Nederlanden
Hofmans Associates Schadeconsultancy	Nederlandse Bureau
Korevaar Van Dijk Letselschade	OVO
Koudstaal & Kleijn	Reaal
Letsel.nl	Rialto
Mooyman & Partners Letselexpertise	Turien & Co.
Nostimos*	Unigarant
Ottenschot Letselschade	Univé Schade
Schaderegelingsbureau Van der Roest	Waarborgfonds Motorverkeer
Tijbout Letselschaderegeling	ZLM
Van der Toorn Personenschade	
Van der Vossen & Riddering	
Letselbureau Zuid	


\* Heeft niet met alle deelnemende verzekeraars PIV-Overeenkomst gesloten, maar met enkele in de vorm van een pilot.

door de WA-verzekeraar<sup>1</sup>. De BGK-L-regeling bevat daarnaast een aparte regeling voor lichtere letselzaken. De nieuwe regeling heeft tot een aantal vragen geleid. Met een overzicht van de meest gestelde vragen met antwoorden, dat is gepubliceerd op [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl) zijn de meeste vragen wel beantwoord.

### Hoe verder?

Vanuit het PIV en het Verbond zal in overleg met belangenbehartigers worden bekeken of het mogelijk is de beide regelingen verder in elkaar te schuiven.

Schadebehandelaars hebben aangegeven de twee regelingen naast elkaar verwarrend te vinden. De belangrijkste verschillen tussen beide regelingen zijn hieronder kort aangegeven

Daarnaast zal worden gekeken of de tekst van de overeenkomsten vereenvoudigd kan worden. In het najaar van 2009 zal een begin worden gemaakt met de besprekingen hierover. Ook in 2010 zal hier verder over worden gesproken. Het is de bedoeling in 2011 te komen met een herziene en voor alle partijen aanvaardbare versie. 

	PIV-Overeenkomst BGK	BGK-L
1	Voorschotregeling (€ 6500) (art. 3)	Geen voorschot
2	Geen licht letsel regeling	Licht letsel regeling < € 3000
3	PIV staffel incl. BTW + € 450 (excl. BTW = € 535 in zaken > € 3000 (art. 5.3) (regeling voor 2009-2010)	PIV staffel excl. BTW + 5 % (art. 5.2)
4.	Geen aparte vergoeding, indien zaak valt onder Gedragscode Behandeling Letselzaken in zaken > € 3000 (art. 5, zie punt 3)	Codevergoeding € 500 indien aan voorwaarden voldaan
5.	Max. bedrag toepasselijkheid staffel per verzekeraar en belangenbehartiger verschillend (zaken < € 75.000 of < € 100.000 of < € 250.000)	Staffel toepasselijk in alle zaken < € 250.000
6.	Bilaterale overeenkomst tussen verzekeraar en belangenbehartiger	Convenant met intekening via Verbond
7.	Geschillencommissie PIV- BGK	Geschillencommissie Schadeverzekeraars
8.	Overige Inhoudelijke verschillen: secundaire kosten (art. 3.2) kosten medisch adviseur apart vergoeden + regeling (art. 4)	Overige Inhoudelijke verschillen secundaire kosten (art. 3.4 ook expertisekosten + kleding) kosten medische adviseur (in bijlage 3)

<sup>1</sup> Ook wel NORA- of lumpsumregeling (Nederlandse Organisatie van Rechtsbijstand Assuradeuren) genoemd.

# “Zorg om het slachtoffer vraagt meer dan een financiële vergoeding”

Interview



Arbeidsongeschiktheidsverzekeraars en zorgverzekeraars regisseren in zekere mate de zorg die hun verzekerden krijgen. Ze geven bijvoorbeeld informatie over wachttijden voor bepaalde ingrepen of ze organiseren zorg of ondersteuning in natura. Waarom doen WA-verzekeraars dat niet? Registerarbeidsdeskundige Joop Schrok, directeur-eigenaar van Expertise Human Capital in Leiden, verbaast zich daarover. “Het is een gemiste kans om het imago van de verzekeringsbranche te verbeteren”, aldus Schrok.

Het bureau Expertise Human Capital richt zich, naast enkele andere arbeidskundige activiteiten, op de re-integratie van letselschadeslachtoffers. Het bureau werkt in opdracht van verzekeraars, belangenbehartigers en werkgevers. Om iemand succesvol naar zijn eventueel aangepaste werkplek te laten terugkeren of naar een werkplek elders op de arbeidsmarkt toe te leiden, is het zaak dat de betrokkene zo goed mogelijk van zijn letsel is hersteld en zo min mogelijk door andere zorgen in beslag wordt genomen. Daar is vaak meer voor nodig dan een financiële vergoeding. Joop Schrok pleit ervoor dat verzekeraars zich waarachtig om hun klanten bekommeren. Hij wijst erop dat arbeidsongeschiktheidsverzekeraars en zorgverzekeraars, door de juiste zorg te verlenen, dat over het algemeen goed doen en dat WA-verzekeraars zelden of nooit directe zorg verlenen. Hij zou dat graag anders zien. “Uiteindelijk moeten belangenbehartigers tegen hun klanten kunnen zeggen: het is maar goed dat je door een verzekerde van maatschappij x bent aangereden in plaats van door een

verzekerde van maatschappij y, want nu ben je in goede handen!”

## Heft in eigen handen

Natuurlijk is er bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en zorgverzekeringen een contractuele binding tussen de maatschappij en de klant en ontbreekt deze in het geval van WA-verzekeringen. Wat Schrok betreft mag dat voor WA-verzekeraars geen argument zijn om de regie over het herstel van letselschadeslachtoffers uit handen te geven. “Nu doen ze dat wel en ze weten daarom niet of het slachtoffer adequaat wordt geholpen. Heeft de behandelende arts de juiste diagnose gesteld? Is er niet onnodig lang gewacht met de medische behandeling? Krijgt het slachtoffer ook de nodige psychologische begeleiding? De zorg in Nederland is vaak niet adequaat, maar de WA-verzekeraar heeft daar geen zicht op of interesse in.” De WA-verzekeraar voert geen regie, kan dus niet zelf sturen, maar krijgt achteraf wel van alle betrokken partijen de rekening gepresenteerd. Joop Schrok: “Bij een letselschadeclaim zijn veel partijen betrokken: het slachtoffer zelf, de werkgever van het slachtoffer, de verzuimverzekeraar van de werkgever, UWV, de zorgverzekeraar waarbij het slachtoffer tegen ziektekosten is verzekerd, de belangenbehartiger die het slachtoffer bijstaat, de gemeente als uitvoerder van de Algemene bijstandswet et cetera. Al deze partijen zijn bij de schade betrokken en leggen uiteindelijk de rekening bij de WA-verzekeraar neer. De werkgever, die op basis van een advies van de bedrijfsarts een multidisciplinaire interventie inschakelt, bijvoorbeeld fysieke en mentale trainingen, kan deze re-integratiekosten sinds 1 juni 2008 op de aansprakelijke partij verhalen. De werkgever verhaalt over het algemeen ook de nettoloonschade, UWV gaat de WIA-uitkering verhalen, de zorgverzekeraar gaat de ziektekosten verhalen en ook de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar heeft soms verhaalsrecht op basis van het subrogatierecht. Dus al die partijen komen toch weer bij de WA-verzekeraar uit. Bij de WA-verzekeraar zijn heel veel mensen bezig om die regresclaims te behandelen. Daarom kan de WA-verzekeraar volgens mij veel beter zelf het heft in handen nemen en zelf proactief de nodige interventies organiseren en aanbieden, dus de regie voeren. Het mes snijdt daarbij aan verschillende kanten: hij voorkomt daarmee administratieve rompslomp, hij bespaart kosten, het slachtoffer wordt adequaat geholpen, de hele afhandeling van de

letselschade is veel slachtoffervriendelijker en de WA-verzekeraar kan zich op deze manier onderscheiden in de markt.”

### Op basis van vrijwilligheid

Een dergelijke aanpak door de WA-verzekeraar vergt natuurlijk dat hij daarvoor een organisatie optuigt en een netwerk van providers weet te formeren. “Maar de meeste verzekeraars hebben dat al!”, werpt Schrok tegen. “Ook als de WA-verzekeraar met een zorgverzekeraar of een arbeidsongeschiktheidsverzekeraar zou samenwerken, hoeft hij eigenlijk helemaal niets te ontwikkelen. Die verzekeraars hebben dat allemaal al georganiseerd, die hebben goede contacten met medici, paramedici en ziekenhuizen en die hebben al een netwerk om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen. Grote WA-verzekeraars die in de eigen organisatie een AOV-portefeuille hebben, hoeven wat dat betreft al helemaal niets te organiseren, die hebben dat al georganiseerd. Mijn vraag is dus waarom WA-verzekeraars dat niet doen. Waarom organiseren zij niet zelf snel en adequaat alle zorg die mogelijk en nodig is om slachtoffers weer zo veel mogelijk in hun oude situatie van voor het ongeval te brengen, maar richten zij zich helemaal op een financiële afwikkeling.”

Joop Schrok kan beredeneerd op het antwoord gokken. “Misschien is het een ongegronde angst. Ze zullen de zorg wellicht bij de curatieve sector willen laten uit angst aansprakelijk te zijn als de medische behandeling fout gaat. Maar dat is onzin. Medici hebben een contractuele inspanningsverplichting ten opzichte van de patiënt, geen garantieverplichting, en zijn tegen aansprakelijkheid verzekerd.

Bovendien gebeurt een en ander natuurlijk op basis van vrijwilligheid. De WA-verzekeraar kan een letselschadeslachtoffer een bepaalde vorm van zorg of begeleiding aanbieden op basis van een vrije keuze, maar kan hem tot niets verplichten.”

De verzekeraar die zich echt om zijn klanten bekommert, aldus Joop Schrok, heeft de toekomst. De verzekeraar die denkt alles in geld te kunnen afhandelen, is niet meer van deze tijd. “Total care’ in natura, daar gaat het om”, zegt Schrok. “Huishoudelijke hulp bijvoorbeeld wordt dan niet meer vergoed, maar geleverd. Ik denk dat zo’n concept ook goed is voor het imago van verzekeraars. Bovendien kunnen WA-verzekeraars zich zo van concurrenten onderscheiden. Het gaat er niet meer om op premie met elkaar te concurreren, maar om op het gebied van schaderegeling de beste te zijn. De volgende stap is natuurlijk de verkeersschadeverzekering. Het is dan voor het slachtoffer niet meer belangrijk of er een aansprakelijke partij is, nee, de schade wordt vergoed, er wordt zorg verleend en achter de schermen overleggen verzekeraars onderling wie welke schade zal vergoeden. Het slachtoffer heeft daar dan geen last meer van.”

“Zorg in natura, georganiseerd door de WA-verzekeraar al of niet in samenwerking met de zorgverzekeraar of de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar, is in de letselschadebehandeling nog niet gebruikelijk. Ik denk dat het tijd wordt om daarover met elkaar van gedachten te wisselen. In het belang van de slachtoffers.”

# Hoe subjectief kan objectief zijn?

Definitie WAD I/II<sup>1</sup> van CBO-richtlijn is multi-interpretabel



Drs. A.W.A. Elemans, verzekerings-arts  
Remédis verzekeringsartsen

De definitie van Whiplash Associated Disorder I/II van de richtlijn van het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan) “Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II”<sup>2</sup> kan leiden tot begripsverwarring omdat het woord objectief in deze definitie multi-interpretabel is. Vanwege de automatische associatie van ‘objectief’ met het woord subjectief kan de semantische discussie inzake de CBO-definitie bij een controversieel onderwerp als postwhiplashsyndroom (PWS) bovendien extra polariserend werken.

Als men bedenkt dat deskundigenberichten en medische expertises plaatsvinden in een context waarin magistraten, advocaten, schadebehandelaars, gelaedeerden en medici een andere taal spreken en deze taalkloof onwenselijk wordt geacht<sup>3</sup>, is aanpassing van de CBO-definitie opportuun.

NB: deze bijdrage is niet gericht op de vraag of de definitie van PWS van de CBO-richtlijn op de juiste wetenschappelijke grondslag is gebaseerd.

## De CBO-richtlijn WAD I/II

De CBO-richtlijn “Diagnostiek en behandeling van mensen met Whiplash Associated Disorder I/II” is in 2008 gepubliceerd<sup>2</sup>. Het is een klinische richtlijn. Het CBO hanteert de volgende definitie van klinische richtlijnen: “Klinische richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde aanbevelingen om zorgverleners en patiënten te helpen bij beslissingen over passende zorg in specifieke situaties”<sup>4</sup>. Deze hebben tot doel invloed uit te oefenen op het handelen van medici<sup>5</sup>. Kort gezegd is de onderhavige CBO-richtlijn gericht op het stellen van de diagnose en op de behandeling van WAD I/II.

De richtlijn is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVvN).

De NVvN achtte om verschillende redenen een duidelijke en uniforme multidisciplinaire *evidence-based*<sup>6</sup> richtlijn noodzakelijk. In de eerste plaats is door het ontbreken van een anatomisch substraat voor WAD I/II het stellen van de diagnose met veel onzekerheden omgeven. Daarnaast speelde mee dat er beperkte consensus is omtrent de oorzaken van de klachten en dientengevolge over de mate van handicap en arbeidsongeschiktheid. Verder is de problematiek complex. Voorts zijn er verschillende disciplines betrokken bij de behandeling en het psychosociaal functioneren van mensen met WAD I/II. Met een duidelijke en uniforme richtlijn kan eenduidiger voorlichting aan patiënten worden gegeven.

De CBO-werkgroep adviseert in dit verband alle zorgverleners de door de werkgroep gehanteerde begrippen en indelingen<sup>7</sup> consequent en consistent te gebruiken, zowel in het overleg met patiënten als in onderlinge communicatie en rapportage.

In de richtlijn luidt de definitie van WAD I/II c.q. het criterium wanneer klachten als WAD I/II zijn te duiden: “Er is sprake van gevolgen behorende bij WAD I/II indien behoudens klachten over pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat, geen objectiveerbare afwijkingen aanwezig zijn.”

Met ‘objectief’ wordt in de richtlijn bedoeld het zichtbaar (kunnen) maken van een anatomisch of fysiologisch substraat.

Volgens de CBO-definitie kan de facto van WAD I/II worden gesproken als:

- iemand een acceleratie/deceleratiemechanisme met inwerking van krachten op de nek heeft ondergaan, én
- deze persoon (nadien) klachten heeft van pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houdings- en bewegingsapparaat, en
- er geen (met de huidige stand der techniek) fysiologisch of anatomisch substraat zichtbaar is te maken.

## Verskillende betekenissen van het begrip ‘objectief’

Hiernavolgend zal de betekenis van het begrip objectief worden toegelicht vanuit het referentiekader c.q. vanuit het taalperspectief van de benadeelde, de schaderegelaar/-behandelaar, de medicus en de jurist. Omdat in het sociaal verzekeringsrecht (in verband met de ZW/WOA/WIA/WAJONG/WAZ) naar verwachting ook aan de richtlijn gerefereerd zal worden, wordt hier ook de betekenis van objectief in het sociaal zekerheidsrecht toegelicht.



- A. De uitleg conform algemeen taalgebruik  
Volgens de Dikke van Dale heeft het begrip objectief de betekenis: “... *zich bepalende tot de feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel, of door vooroordelen* ...”  
Het begrip objectief kan ook de betekenis hebben van een aanduiding van een reële en verifieerbare beschrijving van het object waarbij de menselijke factoren (zoals voorkeur, gewoonte, affectiviteit met het object) tot het minimum worden beperkt.
- B. De medische uitleg  
Voor een medicus heeft het begrip ‘objectief’ de betekenis van ‘zichtbaar’ kunnen maken of op ‘de wijze van vaststellen’ van een ziekte of een stoornis. Objectief vaststellen heeft dan de betekenis van ‘met gebruikmaking van in de reguliere gezondheidszorg algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden zichtbaar maken’.
- C. De uitleg van de medische tuchtrechter  
In de vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege heeft objectief betrekking op de wijze waarop een stoornis vastgesteld wordt:
1. *“Wordt in het rapport op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusie van het rapport steunt,*
  2. *vinden de in het rapport uiteengezette gronden aantoonbaar voldoende steun in de feiten, omstandigheden en bevindingen van het rapport,*
  3. *kunnen bedoelde gronden de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen,*
  4. *beperkt de rapportage zich tot de deskundigheid van de rapporteur en*
  5. *kon de methode van onderzoek teneinde tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen tot het beoogde doel leiden, dan wel heeft de rapporteur daarbij de grenzen van de redelijkheid en billijkheid overschreden”<sup>8</sup>.*
- D. De uitleg in het civiele recht  
In het kader van de goede procesorde refereert objectief in het civiele recht aan de eis dat de deskundige zijn opdracht onpartijdig en “naar beste weten” dient te volbrengen (Art. 198 lid 1 Rv). Objectief is niet expliciet geoperationaliseerd maar de wet biedt wel enkele uitgangspunten die beogen dat een deskundigenoordeel “naar beste weten” wordt verricht.  
Zo is er het beginsel van hoor en wederhoor en de mogelijkheid van partijen om een (partij)deskundige in te schakelen ter beoordeling van het werk van de deskundige. Daarnaast kan de deskundige aan een getuigenverhoor worden onderworpen.  
Aan de hand van civiele rechtspraak en wetgeving destilleert De Groot<sup>9</sup> dat de eisen die gesteld worden aan de motivering van een deskundigenadvies niet los gezien kunnen worden van de taak van de deskundige om de opdracht “naar beste weten” te vervullen:
1. De deskundige behoort de vragen van de rechter naar waarheid te beantwoorden met de kennis van de aan hem ter beschikking gestelde (gegevens uit de) (proces)stukken en met gebruik van actuele vak-kennis en zijn professionele ervaring. Hij mag de grenzen van de opdracht van de rechter niet over-

schrijden. Hij dient de grenzen van zijn deskundigheid in acht te nemen.

2. Als de deskundige een onderzoeksmethode toepast, moet de onderzoeksmethode op zijn vakgebied algemeen aanvaard, betrouwbaar en valide zijn en correct worden toegepast.
  3. Het deskundigenadvies moet de gegevens bevatten die nodig zijn om de bevindingen, gedachtegang en conclusies van de deskundige zo veel mogelijk te kunnen volgen en controleren.
  4. Het deskundigenadvies moet inzichtelijk en consistent zijn en een toereikende onderbouwing van de antwoorden op de vragen van de rechter bevatten.
  5. Het deskundigenadvies dient dus volledig, begrijpelijk (inzichtelijk) en logisch (consistent) te volgen zijn. Of met andere woorden: het advies dient begrijpelijk te zijn en in het advies moet zichtbaar zijn van welke gegevens de deskundige gebruik heeft gemaakt, wat de gedachtegang van de deskundige is, hoe hij tot zijn conclusie is gekomen en op grond van welke gegevens hij tot deze conclusie is gekomen. Een en ander moet een logische samenhang hebben.
- E. De uitleg in het sociaal verzekeringsrecht:  
Naar vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) valt objectief uiteen in drie delen:
1. Het oordeel van de verzekeringsarts ten aanzien van de vraag of de door betrokkene verwoorde beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek dient te zijn gebaseerd op feiten, niet beïnvloed door eigen gevoel of vooroordelen.
  2. Het vaststellen of sprake is van een stoornis dient reproduceerbaar te zijn. Dit betekent dat gekwalificeerde beroepsgenoten dezelfde feiten zouden waarnemen en op grond daarvan tot dezelfde vaststelling gekomen zouden kunnen zijn.
  3. De feiten die de verzekeringsarts vaststelt en die hij toetst aan de beschikbare bronnen (bijvoorbeeld informatie van medisch specialisten/behandelaars) moeten een logisch samenhangend geheel van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen vormen en bovendien passen binnen de sociaal-medische kennis over het vóórkomen, de ernst en de verschijningsvormen van uitingen van ziekte. Indien aan deze (laatste) twee voorwaarden is voldaan is sprake van consistentie<sup>10</sup>.  
In het sociaal verzekeringsrecht is objectief de facto geoperationaliseerd in controleerbaarheid, reproduceerbaarheid en consistentie.

### Discussie

Zoals uit het hiervoor genoemde blijkt, heeft het begrip objectief - afhankelijk in welke context het wordt gebruikt - verschillende betekenissen. In ieder geval een andere betekenis dan zoals bedoeld in de CBO-definitie. Dat is niet gelukkig binnen de doelstelling van de CBO-richtlijn noch vanuit het besef dat de taalkloof tussen juristen en medici als onwenselijk wordt ervaren.

Ook al volgt uit het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef<sup>11</sup> >

dat bij de afwikkeling van letselschade een andere definitie van PWS als stoornis wordt gehanteerd dan is vermeld in de CBO-richtlijn<sup>12</sup> en ook al is deze richtlijn als klinische richtlijn bedoeld, sluit ik daarnaast niet uit dat mede gezien de status van de richtlijn<sup>13</sup> daar aan gerefereerd zal worden bij de afwikkeling van letselschade alsmede bij arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen in het kader van sociale zekerheidswetgeving.

Duidelijkheid is dus geboden. Zeker bij een controversieel onderwerp als PWS. Multi-interpretabiliteit en de connotatie van het woord objectief met het woord subjectief brengt (in de semantische discussie rond het woord objectief in de definitie) anders het risico met zich van (verdere) polarisering en vertroebeling van de discussie.

### Conclusie

Om spraak- en begripsverwarring en (verdere) polarisering te voorkomen verdient het aanbeveling om het woord objectief te vermijden. Om tevens tegemoet te komen aan de wens van de CBO-werkgroep om voor alle gebruikers daarvan duidelijkheid te creëren zou de aangepaste CBO-definitie als volgt kunnen luiden:

Er is sprake van gevolgen behorende bij WAD I/II indien:

- iemand een acceleratie/deceleratiemechanisme met inwerking van krachten op de nek heeft ondergaan, en
- deze persoon (nadien) klachten heeft van pijn, stijfheid en gevoeligheid van de nek en andere klachten van onder andere het houding- en bewegingsapparaat,
- terwijl geen anatomische of fysiologische afwijkingen zichtbaar gemaakt kunnen worden met in de reguliere geneeskunst algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden die naar de huidige stand der techniek beschikbaar zijn.

Bronnen:

1. Noot: Waar In Angelsaksische landen wordt gesproken van WAD I/II wordt in het Nederlands taalgebied Post Whiplashsyndroom bedoeld.
2. Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Mensen met Whiplash Associated Disorder I / II. CBO. Utrecht, CBO, 2008.
3. Zie onder meer A.J. Akkermans en A.J. Van, "De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen",

TVP, 2002, nr. 2, p. 57-61; A.J. Akkermans, "Verbeterde vraagstelling voor medische expertises", TVP 2005, nr. 3, p. 69-80; A.J. Akkermans, M.H. Elferink en A.J. Van, "Verbetering van het medische traject", TVP 2005, nr. 4, p. 116-121; M. Hartman en B.P. Dekker, "Help! De dokter verzuipt: Medische aspecten van de vaststelling van letselschade", in *Schadevaststelling en de rol van de deskundige*, Recht en praktijk 164 p.49-55, onder redactie van G.G. Hesens, S.D. Lindenbergh en G.E. van Maanen; H.F.M. Crombach, "Recht en deskundigen", NJB 2000, 33; en M. Evenblij, "Vechten tegen de kennisparadox", Mr. Magazine, 2008, 6/7.

4. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Evidence-based richtlijnontwikkeling. EBRO-handleiding. Utrecht, CBO, 2005/2007.
5. W. van Harten. Toepassing voor niet-medische doeleinden leidt tot ongewenste bijwerkingen, Medisch Contact 19 maart 2009, 64 nr. 12.
6. De term 'evidence-based richtlijn' zegt met name iets over de methode en niet zozeer iets over de hardheid van de aanbevelingen. Evidence-based wil zeggen dat er op een systematische manier gezocht is naar bewijs uit de literatuur en dat dit transparant wordt gerapporteerd. Niets meer en niets minder: als er onvoldoende bewijsmateriaal beschikbaar is - en dat komt geregeld voor - zal toch een antwoord gegeven moeten worden op de uitgangsvraag. Hierbij zal dan de mening van - en de consensus tussen - de verschillende experts de doorslag geven. De methode noemen we nog steeds evidence-based: waar mogelijk zijn de aanbevelingen immers onderbouwd met wetenschappelijk bewijs en is inzichtelijk gemaakt dat met de gekozen zoekmethoden geen evidence voorhanden is.
7. Noot: Indelingen naar de duur van de klachten sinds het ongeval en definities ten aanzien van whiplash, whiplashongeval en whiplashklachten.
8. CTG 7 december 2004, 2004.045.
9. G. de Groot, Het deskundigenadvies in de civiel procedure, Recht en Praktijk 165, Kluwer, 2008 p. 249-250.
10. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2000.
11. HR 8 juni 2001, LJN AB2054.
12. A.W.A. Elemans, "Postwhiplashsyndroom en de nieuwe richtlijn van Neurologen: Hoe nu verder?", Verkeersrecht 2008,
13. Noot: Sinds de oprichting in 1979 heeft het CBO zich ontwikkeld tot een nationaal en ook internationaal erkend instituut.

# Gedragcode Behandeling Letselschade: commerciële of maatschappelijke business case?

Waarom de letselklant niet en de consument wel centraal staat

Het was warm op 6 juli 2006 in Nieuwspoort. De Gedragcode Behandeling Letselschade (GBL)<sup>1</sup> was af, de branche blij en het bier koud. Voortaan zou het slachtoffer centraal staan. Voortvarend handelen, hard op de zaak, zacht op de man ... yes we can! Met de hakken in het zand komt immers niemand een stap verder. Speerpunt in de nieuwe aanpak was het Gezamenlijk Behandelplan, waarin de betrokken partijen samen de gemaakte afspraken konden vastleggen en de benadeelde via internet zijn zaak kon volgen. De markt ging aan de slag en al snel verschenen langs de digitale snelweg de eerste borden Letselland. Bekende voorbeelden zijn het Digitale Behandelplan van de Universiteit van Tilburg, de ABZ Letselsuite en, meer recent, Klik en Regel. Het asfalt op de meeste afritten lijkt echter nog nauwelijks gesleten.

De auteurs - beiden in een vorig leven werkzaam voor ABZ en sinds 2008 in dienst bij Capgemini - hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de GBL en waren nauw betrokken bij de ontwikkeling en introductie van de Letselsuite. In deze bijdrage wordt onderzocht waarom de letselschadebranche er tot nog toe niet in is geslaagd zichtbare meters te maken met de uitvoering van de GBL. Het venijn blijkt deze keer al in de start te zitten, namelijk in het uitgangspunt van 'het centrale slachtoffer'. De vraag hierbij is: centraal in welke keten?

Om het beeld van de verschillende ketens te schetsen, beginnen we met de beschrijving van een klant in een winkel. Daarna positioneren we deze consument als klant in een letselschadeafwikkeling: het slachtoffer. Aan de hand van deze vergelijking wordt vervolgens de huidige patstelling geanalyseerd en een oplossingsrichting gezocht. Belangrijke conclusie is dat de business case waarnaar we op zoek zijn niet zo zeer een commerciële is, maar een maatschappelijke, die elke onderneming die maatschappelijk verantwoord ondernemen nastreeft aan het hart zou moeten gaan. Laten we dit als branche nog langer liggen, dan is de volgende fase van de business case wellicht een juridische. Willen wordt dan moeten. En dat moeten we niet willen.

## De klant in de winkel

Stelt u zich eens voor. Het is 1970 en u heeft een flinke boodschappenlijst. U begint bij de bank en haalt geld.



D.J. ten Boom/V.R. Peute  
Capgemini

Vervolgens gaat u naar de melkboer, de bakker en de slager. In elke winkel wordt u vriendelijk gevraagd waarmee men u van dienst kan zijn, of het een onsje meer mag zijn en of er verder nog iets van uw dienst is. Dat is er wel, maar dat hebben ze niet; daarvoor moet u steeds een winkel verder. Uiteindelijk bent u overall keurig geholpen en heeft u al uw boodschappen. Toch was u het niet die centraal stond, maar de winkeliers. Zij bepaalden immers of ze open waren, wat er in de schappen lag en wat het moest kosten. U was de laatste schakel in hun keten.

We maken een sprong naar 1990. Alle dagelijkse boodschappen zijn verkrijgbaar in één en dezelfde supermarkt. Kleine zelfstandigen houden het hoofd boven water door zich te specialiseren. Hun toegevoegde waarde begint waar het schap in de supermarkt ophoudt. Zakelijke bezoeken zijn er echter nauwelijks; de prijs is hoog, de keuze klein en de openingstijden beperkt. De aankoop bij de buurtwinkel gaat daarmee lijken op een jaarlijkse bijdrage aan het Wereld Natuurfonds: het voelt goed, maar morgen gaan we weer met de stationcar naar de supermarkt.

Het is bijna 2010 en we zijn weer 20 jaar verder. We doen nog steeds alle boodschappen in één rondje supermarkt. Behalve voor etenswaren, kunnen we hier nu ook terecht voor beltegoed, groene stroom en kinderopvang. De openingstijden zijn tegenwoordig zo ruim dat we vrijwel

nooit voor een dichte deur staan en als een product ergens anders goedkoper blijkt, krijgen we het prijsverschil plus nog een beetje extra terug. De klant centraal: dit begint erop te lijken. Vertrekpunt is nu immers niet de keten van de winkelier, maar die van de klant. In marketingtermen heet deze benadering *outside in*: de afnemer bepaalt en de leverancier volgt.

In de ideale winkelomgeving heeft de klant altijd het gevoel 'alles onder controle' te hebben. Dat hierop door reclame en slinks schappenbeleid nogal wat valt af te dingen, nemen we op de koop toe. En dat de winkelier zijn korting koppelt aan klantpassen, waardoor hij onze voorkeuren beter kent dan wijzelf: idem dito. De centrale klant gunt de aanbieder welbewust zijn handel. Enige eis die we aan de leverancier stellen is maximale aansluiting op onze behoefte. Kan hij dat, dan voeden wij hem graag met allerlei gegevens over ons koopgedrag, onze wensen en voorkeuren. De winkelier gebruikt deze gegevens om zijn aanbod te vervolmaken, zijn processen te stroomlijnen en zo, naast de tevredenheid van de klant, ook die van de winkelier tot grote hoogte op te stuwen.

### De klant in de letselschadeafwikkeling

Verplaatsen we de klant van een supermarkt naar een letselzaak, dan verandert de stemming. Behalve een branchevol professionals, speelt immers niemand vrijwillig een rol in een letselschadedossier, laat staan een hoofdrol. Ook al zet de GBL het slachtoffer nog zo centraal, hij staat daar tegen wil en dank. Verwacht van zijn kant dus niet te veel initiatief, begrip of nieuwsgierigheid. Een letselklant is geen *fun shopper*. Zijn hoofd is vol en zijn boodschappenlijst leeg. En veel meer kan hij er even niet bij hebben.

Toch is dat wel wat er gebeurt. In een letselzaak van enige omvang stelt zich in hoog tempo een groot aantal partijen op rondom het slachtoffer. Zorgverleners, verzekeraars, belangenbehartigers, experts en zelfs de tussenpersoon houdt nog een vinger aan de pols. Al deze partijen hebben echter hun eigen winkels, met hun eigen bedrijfsprocessen en hun eigen doelstellingen. De manier waarop ze naar buiten treden is als de winkelier in 1970: met de klant als laatste schakel in de eigen keten. Dat deze partijen tegenwoordig ook een digitaal uithangbord hebben, maakt dit niet anders. Stukken die vroeger per post werden verstuurd, zijn nu digitaal te raadplegen en vragen die voorheen telefonisch werden gesteld, kunnen nu ook met een webformulier worden ingediend. De meerwaarde hiervan ligt echter vooral bij de aanbieder: minder telefoontjes te beantwoorden, minder post te versturen en minder type-werk. Voor het slachtoffer is een dergelijke website er echter één van de vele. En betekent het vooral weer een extra code aan de digitale sleutelbos.

Het enige dat de verschillende partijen bindt, is dat aan het uiteinde van hun keten dezelfde klant staat. Alles wat ze extra doen buiten hun eigen proces om, kost geld en heeft dus geen directe prioriteit. De marktbenadering is *inside out*: de winkelier bepaalt zelf zijn aanbod en de

consument moet volgen. Teken je de situatie uit, dan staat het slachtoffer inderdaad centraal. Alleen niet in zijn eigen keten, maar in die van alle anderen samen! De centrale klant, alleen te midden van de grote groep dienstverleners, allemaal schreeuwend om zijn aandacht, met de doelgroep verlamd in het midden. In letseljargon heet dit secundaire victimisatie: het slachtoffer van het ongeval wordt daarna ook nog eens slachtoffer van het proces.

### Vergelijkend warenonderzoek

Waarom lukt het anno 2009 in de supermarkt wel en in de letselschadeafwikkeling niet om de klant centraal te stellen? Wat zijn de overeenkomsten en verschillen? En gaat het om showstoppers of eyeopeners?

Om met een overeenkomst te beginnen: de klant wil zowel in de winkel als bij letselschade zo goed en zo snel mogelijk geholpen worden. Verder is er een gedeelde financiële zorg: noch de winkelklant, noch het slachtoffer wil achteraf het gevoel hebben te veel te hebben betaald of te weinig te hebben ontvangen. Kortom: de consument wil waar voor zijn geld en het slachtoffer wil weten waar zijn geld blijft.

Een volgende overeenkomst is het belang van vertrouwen. Zowel een letsel- als een winkelklant zal de man (m/v) achter de toonbank opener te woord staan naarmate zij hem meer vertrouwen. Er wordt per slot van rekening om privacygevoelige gegevens gevraagd. De verzekeraar die het slachtoffer een centraal gevoel weet te geven, zal de benodigde informatie doorgaans gemakkelijker loskrijgen en zijn zaken sneller kunnen afwikkelen dan zijn vakbroeder in de knokstand.

Naast bovenstaande overeenkomsten valt ook een aantal verschillen op. Het meest in het oog springend is het verschil in keuzevrijheid tussen een letsel- en een supermarktklant. Bij elk winkelbezoek is de klant volledig vrij in zijn keuze. Om zijn klanten te behouden, moet een leverancier zich dus elke dag opnieuw van zijn beste kant laten zien. Zo niet, dan is de klant vertrokken. Dit maakt de klant/leverancierrelatie in een winkel aanmerkelijk lichtvoetiger dan in een letselzaak, waarbij er voor elke claim immers slechts één loket is. Slachtoffer en WA-verzekeraar zijn hierdoor onherroepelijk tot elkaar veroordeeld. Wat de situatie extra wrang maakt, is dat de onderlinge verschillen groot zijn. Verzekeraars zijn geen McDonald's filialen, waar je bij elke vestiging gegarandeerd hetzelfde broodje schadeafwikkeling krijgt. Het verschil in de prijs-kwaliteitverhouding wordt nog versterkt door een keuze die het slachtoffer (al dan niet geïnformeerd) wel zelf maakt, namelijk die van zijn belangenbehartiger. De ene combinatie verzekeraar/belangenbehartiger bereidt een aanmerkelijk betere hamburger dan de andere. En ook de baktijden wijken erg van elkaar af.

Ander groot verschil tussen consumenten en slachtoffers zit in de assertiviteit van beide groepen. En ook in kennis troeft de winkelende klant de letselklant af. Of het nu om

verzekeringen of telefoonabonnementen gaat, de klant weet precies wat er waar te koop is en waarop hij moet letten. En belandt hij eens in een conflict, dan staan onder andere de Consumentenbond en de Vereniging Eigen Huis klaar om voor hem in de bres te springen. Voor een letselklant ligt dit anders. Slachtoffer wordt je altijd ongevraagd en onverwacht. En niet jijzelf, maar juist al die anderen om je heen zijn de deskundigen. De hulp die je als benadeelde krijgt, kun je zelf niet altijd beoordelen en zaken komen pas in het nieuws als ze extreem uit de hand zijn gelopen. En als een fout in een later stadium alsnog wordt rechtgezet, is het leed al geschied.

Bovenstaand beeld stemt niet vrolijk. Want hoe krijg je het voor elkaar om als slachtoffer goed, snel en concurrerend geholpen te worden als je maar bij één leverancier terecht kunt? En wat moet je met een boodschappenlijst die door je belangenbehartiger is opgesteld, als je zelf niet weet wat je in huis wilt halen? Laten we de thematiek eens bekijken vanuit het marktperspectief.

### Marktanalyse

Bij een letselzaak die langer dan een half jaar duurt<sup>2</sup>, is een groot aantal partijen betrokken. Aan de ene kant hebben we de halers: het slachtoffer, zijn belangenbehartiger en iedereen die door hen wordt ingehuurd. Aan de ander kant zien we de betalers: de WA-verzekeraar en de door hem ingeschakelde hulpverleners. Al deze partijen hebben hun eigen commerciële belang. Afgezien van het slachtoffer zelf, heeft echter niemand een direct financieel belang bij het soepel en volgens het boekje afhandelen van een letselzaak. Doel van de verzekeraar is schadelastbeheersing, iets wat niet per definitie aanzet tot grotere klantvriendelijkheid. De betrokken belangenbehartigers, experts en medici zijn de mannen van de speciaalzaken, die zich beter kunnen profileren naarmate de markt minder gereguleerd is. Iets wat aanmerkelijk lastiger zal zijn als iedereen alleen nog schadeafwikkeling volgens het boekje verkoopt.

De letselmarkt is van oudsher een vechtmart. In de jaren negentig van de vorige eeuw zette voorzichtig de dooi in. Verzekeraars en belangenbehartigers van slachtoffers zochten aarzelend toenadering en slaagden erin om op een aantal punten werkafspraken te maken<sup>3</sup>. Het slachtoffer bleef echter nadrukkelijk de zwakke partij. De grote doorbraak leek zich aan te dienen toen in 2003 de Stichting De Ombudsman het rapport *“Onderhandelen met het mes op tafel”* uitbracht. Hierin werd op sprekende wijze verslag gedaan van een aantal zaken dat zo uit de hand was gelopen, dat dit door de branche niet meer aan de kijkers thuis viel uit te leggen. Gestimuleerd door de enorme media-aandacht, ontstond momentum. De tv-beelden logen niet en zo gingen we niet met elkaar om. Er klonken Kamervragen, de portemonnee kwam op tafel en de Universiteit van Tilburg kon aan het werk. De opdracht die er lag was door middel van zelfregulering te komen tot een set afspraken waarmee de markt uit de voeten kon en het slachtoffer uit zijn benarde positie zou worden bevrijd.

Na een lange reeks van marktbrede expertmeetings, waarbij alleen de advocatuur voortijdig afhaakte, was de GBL uiteindelijk een feit. Op 6 juli 2006 werd met de aanbieding van deze code aan prof. mr. Pieter van Vollenhoven het startschot gegeven.

Wat was er gebeurd? Ondanks het ontbreken van commerciële drijfveren, was een hele branche in beweging gekomen. De maatschappelijke verontwaardiging was zo groot, dat de minister van Justitie de branche op straffe van wetgeving verordonn(e)erde orde op zaken te stellen. Het probleem werd hiermee voor het eerst breder getrokken dan het bord van het slachtoffer alleen; vanaf nu was het een probleem van alle betrokkenen samen. Commerciële afwegingen van individuele partijen werden hiermee volledig buitenspel gezet. De business case was niet langer een commerciële, maar een maatschappelijke. Waarbij niet langer het bedrag onder de streep, maar de kwaliteit van de schaderegeling sturend was.

Na het startschot op 6 juli 2006 bleef het vanuit de markt erg stil rond de GBL. Het waren vooral de breder georiënteerde partijen die zich roerden in deze periode. Zo was De Letselschade Raad<sup>4</sup> druk bezig kwartier te maken als Permanente Organisatie, die de uitvoering van de GBL ter hand zou nemen. Verder was een aantal commerciële partijen, waaronder die van de auteurs, bezig de uitgangspunten van de GBL digitaal handen en voeten te geven. Verzekeraars en belangenbehartigers vonden echter voor het eerst in drie jaar weer tijd zich een aantal vragen te stellen. Wat kost het, wat levert het op en wat gebeurt er als ik nog even niks doe? Het momentum was voorbij, de business case weer commercieel en het slachtoffer terug bij af.

### Het probleem van de oplossing

De GBL is aanmerkelijk minder omarmd dan we drie jaar geleden dachten. De vraag dringt zich op of we iets gemist hebben. De verleiding is groot om het antwoord te zoeken in de GBL. Zijn 20 beginselen achteraf niet teveel van het goede? Zit er niet te veel compromis in de tekst? En heeft een GBL zonder uitgesproken advocatendeelname überhaupt kans van slagen? Doen we echter een stapje terug, dan zien we dat het probleem dat Stichting De Ombudsman in 2003 signaleerde niet de (nog niet bestaande) GBL was, maar het gebrek aan doortastendheid in de schadeafwikkeling.

De GBL is opgezet als oplossing, als leidraad voor een voortvarender werkwijze. Essentieel onderdeel hierbij was echter ook de noodzaak om de GBL periodiek te evalueren en aan te scherpen. Alleen zo kon immers daadwerkelijk de aansluiting met de praktijk worden gemaakt. Vooral nog constateren we dat van de geplande route alleen het eerste deel is ingezet. De GBL nu als mislukt beschouwen, zou dus in hoge mate prematuur zijn. Niet alleen de uitvoering, ook de proef op de som heeft immers geen zichtbare vorm gekregen.

In 2007 is in het licht van affectieschade onderzoek gedaan naar de behoefte van slachtoffers<sup>5</sup>. Naast erkenning en schadevergoeding, blijkt ook een correcte benadering door de tegenpartij erg belangrijk te zijn. Deze uitkomsten doen vermoeden dat de uitgangspunten van de GBL zo gek nog niet zijn. Zonder nulmeting, daadwerkelijke toepassing en vervolgonderzoek blijft de GBL echter een papieren tijger. Met daarbij het gevaar dat de wetgever hier op een dag geen genoeg meer mee neemt.


Terug naar het heden. Stichting De Ombudsman doet inmiddels opnieuw onderzoek naar de letselschadeafwikkeling. Het rapport wordt verwacht begin 2010, waarbij onder andere een oordeel zal worden gegeven over de werking van de GBL. Een valkuil hierbij is dat de focus teveel blijft steken bij het probleem van de oplossing<sup>6</sup>. In plaats van over het probleem, wordt dan over de tekortkomingen van de oplossing gesproken. In letseltermen: niet de behoefte van het slachtoffer, maar de complexiteit van de GBL wordt het onderwerp van de discussie. Het achterliggende probleem, namelijk de traagheid van het proces, wordt uit het oog verloren. Terwijl datzelfde probleem er ook nu voor zorgt dat de toepassing van de GBL zodanig achterblijft, dat er na drie jaar nog niets bekend is over de werkzaamheid.

### De maatschappelijke business case

Een commercieel sluitende business case die de behoefte van het slachtoffer centraal zet, lijkt voor geen van de betrokken partijen individueel te maken. Een belangrijke les uit de ontwikkeling van GBL is echter dat de branche ook op andere drijfveren kan worden aangesproken. In 2003 waren dreigende juridische maatregelen voldoende om betrokkenen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te laten nemen. Om te kunnen doorpakken vanuit wat al gerealiseerd is, lijkt wederom de weg van de maatschappelijke business case het meest aangewezen. In plaats van een boze brief van een minister, zou deze keer de noodzaak tot maatschappelijk verantwoord ondernemen

als aanjager kunnen worden aangegrepen. Verhoogde aandacht voor de menselijke kant van de schadeafhandeling past hier immers naadloos in, waardoor het stempel 'GBL-compliant' voor een aantal partijen weleens een geschenk uit de hemel zou kunnen zijn. Veel rijper dan nu kan de tijd niet worden: nog niet eerder waren verzekeraars zo goed aanspreekbaar op hun maatschappelijke betrokkenheid als nu.

Of het gevoel van urgentie ook weer in Den Haag is doorgedrongen, is onduidelijk. Zo ja, dan kan de volgende stap zijn dat er wetgeving komt. De business case wordt daarmee een juridische, waarbij niet langer commerciële of maatschappelijke winst de drijfveer is, maar harde regel-druk. Ook in dat geval zal de branche in beweging moeten komen; de tijd dat er maatschappelijke eer te behalen viel, is dan echter voorbij. Daarnaast zijn ook de mogelijkheden van de wetgever beperkt. Al dwing je de naleving van de GBL op individueel niveau wettelijk af, om het slachtoffer werkelijk centraal te stellen is meer nodig. Te beginnen bij goed onderzoek naar de werkelijke behoefte van het slachtoffer en de mogelijkheden om het schaderegelingsproces daar adequaat op af te stemmen.

In het kader van het maatschappelijk verantwoord ondernemen lijkt de toepassing van de GBL een schot voor open doel. Deze bijdrage mag worden gezien als voorzet. Wie kopt hem in? 

<sup>1</sup> Zie voor informatie over de GBL [www.letselcode.nl](http://www.letselcode.nl).

<sup>2</sup> Zaken die binnen zes maanden worden afgewikkeld, vallen niet onder de reikwijdte van de GBL.

<sup>3</sup> Voorbeelden zijn de Audalet-rekenstandaard en de eerste NPP-richtlijnen.

<sup>4</sup> Toen nog Nationaal Platform Personenschade (NPP) geheten.

<sup>5</sup> Slachtoffers en aansprakelijkheid, Deel I - Terreinverkenning, 2007.

<sup>6</sup> Zie Jan Kuitenbrouwer, *Onze Taal* 2009 - 4.

# Slachtofferhulp Nederland 25 jaar!

Op 30 september 2009 vierde de stichting Slachtofferhulp Nederland haar vijftienvijftigjarige bestaan tijdens een congres in het Beatrix Theater in Utrecht samen met een groot deel van haar vrijwilligers, medewerkers en relaties. Ook mr. dr. Jan-Peter Balkende gaf *acte de présence*.

De minister-president nam onder een warm applaus uit handen van dr. Sonja Leferink (onderzoeker en senior beleidsmedewerker SHN) het eerste exemplaar in ontvangst van het jubileumboek 'Goed recht' en bedankte de vrijwilligers en medewerkers in de zaal voor hun inzet voor slachtoffers. Een samenleving bloeit volgens de minister-president "als mensen zich inzetten voor anderen". Hij gaf aan uit te kijken naar de Wet Versterking Positie Slachtoffer. "Zo is het een goede zaak dat bijvoorbeeld nabestaanden op tijd geïnformeerd worden als daders op vrije voeten komen." Ook de komst van de slachtofferloketten juicht hij toe. Deze loketten voorkomen dat slachtoffers meerdere keren hetzelfde verhaal moeten vertellen of van het kastje naar de muur worden gestuurd.


Al eerder, tijdens de lunch, nam Jan-Peter Balkende de gelegenheid om met meerdere vrijwilligers in gesprek te gaan, hetgeen enorm werd gewaardeerd.



Slachtofferhulp Nederland laat weten ondanks haar status van professionele organisatie geenszins van plan te zijn genoegzaam achterover te leunen. Er staat de komende jaren al van alles op stapel. Zoals twee nieuwe wetten die al door de Tweede Kamer aangenomen zijn, maar nog niet door de Eerste Kamer. De Wet affectieschade geeft recht op smartengeld bij immateriële schade als degene met wie een persoon een affectieve relatie heeft, ernstig gewond raakt of overlijdt door een gebeurtenis waarvoor een ander aansprakelijk is.

De Wet versterking positie slachtoffer heeft meerdere functies. Zo heeft het slachtoffer recht op informatie over de mogelijkheden van schadevergoeding en de voortgang van het strafproces, kunnen stukken aan het procesdossier worden toegevoegd, en kan de Staat voorschotten betalen op schadevergoeding door daders.

Daarnaast verkent Slachtofferhulp Nederland nieuwe terreinen zoals de hulp aan slachtoffers van internetfraude, identiteitsfraude e.d.

Door de maatschappelijke ontwikkelingen is het de laatste jaren moeilijker geworden om vrijwilligers te vinden. De eisen die de cliënten aan vrijwilligers stellen, worden daarentegen steeds hoger. Slachtofferhulp Nederland werkt daarom al met de drie vrijwilligersprofielen Aanmelding, Algemene dienstverlening en Juridische Dienstverlening. Om het aantal gemotiveerde en deskundige vrijwilligers op peil te houden, volgt dit najaar een campagne. 

# Samenstelling PIV-Bestuur en Raad van Advies

## Bestuur

In zijn vergadering van 1 oktober 2009 heeft het Sectorbestuur Schadeverzekering van het Verbond van Verzekeraars de benoeming tot lid van het PIV-Bestuur geaccordeerd van:

- mevrouw drs. ing. A.H.A.M. Jeuken - Directeur Schadeverzekering Delta Lloyd Groep - in de vacature ontstaan door het vertrek van E.J.M. de Cooker, eveneens van de Delta Lloyd Groep.
- mr. J.F.M. Hennekam - Algemeen Directeur Unigarant. Het gaat hier om een uitbreiding van het aantal bestuursleden van zeven naar acht.

## Bestuur

Mr. ing. R. van Gijzen  
Mevrouw drs. ing. A.H.A.M. Jeuken MBA  
Th. J. H. Woudstra  
Mr. J. van Leer  
F. de Jager MBA  
F.N.A. Toussaint  
Mr. E. Schipaanboord  
Mr. J.F.M. Hennekam  
Mr. F. Th. Kremer

## Raad van Advies

Mr. A.J. van Iwaarden  
Mevrouw mr. A.F. Kramer  
Mr. O. Sleurink  
Mevrouw drs. V. van der Does  
J.J. van Leeuwen  
M. Speelmans  
Mevrouw mr. R.M. Voragen  
Mr. F. Th. Kremer  
Mr. H.J. den Hollander  
Mr. P.M.M. Leenders  
G.J. Strijker  
J.J. Smits  
Mr. P. Balkenende

## Raad van Advies

Mevrouw drs. V. van der Does - Manager Letselschade Service Centre Delta Lloyd Groep - als opvolger van R.H. de Groot - Teamleider Letsel Service Centrum en Medisch Team Delta Lloyd Groep.

Onderstaand een overzicht van de volledige bezetting van beide organen.

ASR Nederland, vicevoorzitter  
Delta Lloyd Groep  
Achmea, voorzitter  
Generali  
London Verzekeringen  
Nationale-Nederlanden  
Neerlandia van 1880  
Unigarant  
Stichting PIV, secretaris

Achmea Claims Center  
Aegon Schade  
ASR Nederland  
Delta Lloyd Groep  
De Goudse  
London Verzekeringen  
Nationale-Nederlanden  
Stichting PIV, secretaris  
Reaal Verzekeringen, voorzitter  
Reaal Verzekeringen  
Univé Schade  
Waarborgfonds Motorverkeer  
ZLM

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](mailto:j.polman@verzekeraars.nl)

Website: [www.stichtingpiv.nl](http://www.stichtingpiv.nl)

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

Creatie & realisatie: Artoos Communicatiegroep bv, Rijswijk