

Pagina 1  
Verzekeraars mogen niet klagen

Pagina 4  
Evidence-based medicine/expert-  
opinion

Pagina 9  
Zorgmanagement

Pagina 12  
De deelgeschilprocedure

Pagina 18  
Onrechtmatige gedragingen op het  
sportveld

Pagina 21  
1Medisch adviseur

Pagina 23  
Vaststellen beperkingen bij  
claimbeoordeling

oktober 2012



CTC 26 juni 2012 C2011.306 ...

"We agree to disagree" ...

Joop Schrok aan het woord ...

Update IV ...

Een essay ...

Van partijdeskundig naar  
partijneutraal ...

MEDAS Meeting 4 juni 2012 ...

Centraal Tuchtcollege 26 juni 2012 C2011.306<sup>1</sup>

## Verzekeraars mogen niet klagen

Expertiseartsen hebben grote invloed op de afwikkeling van letselschaden. Dat is vooral het geval bij niet of minder goed objectiveerbare letsels. Nodig is dat de arts/specialist op grond van diens deskundigheid een betrouwbaar oordeel geeft.

Een behandelend arts neemt een geheel andere plaats in dan een deskundige. De behandelaar moet uitgaan van wat de patiënt hem vertelt. Rechters schakelen een deskundige met een heel ander doel in, beoordelen of wat de benadeelde zegt wel juist is. Een deskundige moet kritisch en onbevooroordeeld zijn. Dat is moeilijk voor een arts, die nu eenmaal gewend is zijn patiënt te helpen.

Laat een arts de mening van de benadeelde zwaarder wegen dan wat hij zelf objectief kan vaststellen, dan begeeft hij zich op een hellend vlak.

Partijen moeten vertrouwen kunnen hebben in de bevindingen van de deskundige. Zij gaan er vanuit dat als deze een fout maakt, zij hem met hulp van een tuchtcollege terecht kunnen wijzen. Dat verstevigt het vertrouwen in een hoogstaande rapportage.

Op 26 juni 2006 verklaarde het Centraal Tuchtcollege een aansprakelijkheidsverzekeraar echter niet ontvankelijk in een klacht tegen een neuroloog die mede in opdracht van de verzekeraar als deskundige optrad. Daarmee bleef het identieke oordeel van het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam d.d. 10 mei 2011, zaaknr. 11/003, in stand.

C. Visser  
Reaal  
Verzekeringen



### De feiten

Benadeelde liep bij een ongeval in 2003 letsel aan een arm op. Hij had een flinke voorgeschiedenis. Vanaf 1983 was hij al arbeidsongeschikt in verband met rugklachten. Na een fractuur van de pols in 1986 liep hij een dystrofie op. Bij een herbeoordeling door UWV in 1996 was sprake van een symptomatische dystrofie aan zijn gehele linkerarm met volledig functieverlies van de arm. Een half jaar voor het ongeval vond een nieuwe verzekeringsgeneeskundige evaluatie plaats. De rugklachten waren ongewijzigd aanwezig en de linkerarm was nog steeds a-functioneel. De arbeidsongeschiktheid bleef gehandhaafd op 80-100%.

In het kader van een expertise benoemden de benadeelde en de verzekeraar een neuroloog als deskundige.

>

> De neuroloog oordeelde: *“De thans bij betrokkene aanwezige klachten en verschijnselen waren niet voor het ongeval aanwezig en het is niet zo waarschijnlijk dat hij deze klachten en verschijnselen gekregen zou hebben indien hem het ongeval niet was overkomen. Wat dat betreft kan zijn huidige situatie wel beschouwd worden als een gevolg van het ongeval op 26 augustus 2003.*

*Toch was zijn situatie voordien niet helemaal normaal. Reeds na een polsfractuur links in 1986 had hij het beeld ontwikkeld van een sympathische reflexdystrofie (of een Complex Regionaal Pijnsyndroom) in de linkerarm en hand met als gevolg dat er een “afunctionele” arm was ontstaan, beschreven in verschillende verzekeringsgeneeskundige rapportages.*

*Echter, door de jaren heen heeft betrokkene zijn werkzaamheden bij de Technische Dienst en een bureau Algemene Zaken van een transportbedrijf adequaat kunnen verrichten, zonder noemenswaardig ziekteverzuim, terwijl zijn toestand in 2002 zodanig was dat hij vanaf januari 2002 gewerkt heeft als zzp’er, zelfstandig klusser en schilder. Op grond daarvan moet vastgesteld worden dat de functiestoornis in de linkerhand en arm (namelijk als gevolg van een val in 1986) niet zodanig was dat hij geen werkzaamheden meer kon verrichten. Thans is dit volledig onmogelijk geworden.”*

De neuroloog concludeerde op grond van deze overwegingen tot volledig ongevalsgevolg. De aansprakelijkheidsverzekeraar was van mening dat de conclusie niet werd gedragen door neurologische bevindingen. De overwegingen waren niet van neurologische, maar van arbeidsdeskundige aard. Dat is niet de discipline van een neuroloog. De feiten konden de overwegingen niet dragen.

Betrokkene was voor en na het ongeval 80 tot 100% arbeidsongeschikt. Alleen binnen de ruimte tussen de 80 en 100% had betrokkene een bij UWV bekend inkomen. Naar de beperkingen in het werk was geen onderzoek gedaan. Naast zijn uitkering mocht hij dus 20% inkomsten hebben. De verzekeraar meende daarom dat de conclusie ook inhoudelijk onjuist was. Verzekeraar diende een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam. De klacht hield in dat de neuroloog bij de beantwoording buiten zijn deskundigheid was getreden. Hij had niet mogen oordelen over de arbeidsmogelijkheden van betrokkene en daaraan geen conclusie mogen verbinden.

### Het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam

Art. 65 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) bepaalt in lid 1 onder andere dat een klacht kan worden ingediend door:

- degene die aan degene over wie wordt geklaagd, een opdracht heeft verstrekt (lid 1b, CV),
- een rechtstreeks belanghebbende (lid 1a, CV).

Op het eerste gezicht lijkt de ontvankelijkheid buiten twiifel te staan. De belangen van benadeelde en verzekeraar waren in wezen hetzelfde: vaststelling van de mate van invaliditeit voor beoordeling van de financiële gevolgen. Dat belang hadden zij beiden rechtstreeks. Zij gaven de opdracht gezamenlijk.

Op grond van de Memorie van Toelichting op de Wet BIG meent het tuchtcollege anders en oordeelt met verwijzing

naar de Wet BIG dat de verzekeraar niet als opdrachtgever kan worden aangemerkt: *“Volgens de MvT, Kamerstukken II, 1985/1986, 19522, nr. 3, pag. 126 gaat het bij de onder b. bedoelde groep om een nieuwe categorie klachtgerechtigden die met degene over wie geklaagd wordt een werkrelatie hebben. Deze relatie kan inhouden dat degene over wie wordt geklaagd zich heeft te gedragen overeenkomstig de aanwijzingen (“opdracht”) van een ander; voor zover het betreft de ... (paramedische) beroepsbeoefenaars kan ook zonder een hiërarchisch werkverband sprake zijn van een afhankelijkheid van de (para)medicus in die zin dat aan diens behandeling vooraf gaat een schriftelijke verklaring (“voorschrift”) van de beroepsbeoefenaar.*

*Van een en ander is in dit geval geen sprake.”*

De verzekeraar kan ook niet worden aangemerkt als belanghebbende: *“Het rapport betreft hier uitsluitend de beoordeling van de gezondheid van de betrokkene, waar klaagster - die bij die beoordeling slechts belang heeft voor zover het betreft de gehoudenheid tot het vergoeden van de door betrokkenen geleden schade - als WAM-verzekeraar buiten staat en waaraan zij dus niet een eigen rechtstreeks belang kan ontleen.”*

### Het Centraal Tuchtcollege

De verzekeraar had de volgende beroepsgronden.

- Een (WAM)verzekeraar heeft een rechtstreeks belang bij een zorgvuldige beoordeling van de gezondheidstoestand van betrokkene. De beoordeling van de deskundige bepaalt de (rechts)positie van beide partijen, dus zowel van de verzekeraar als van de benadeelde. De beoordeling van de deskundige bepaalt welk traject moet worden ingeslagen om uiteindelijk een voor beide partijen goede regeling te kunnen treffen.
- In de MvT is aangegeven dat de opdrachtrelatie kan inhouden dat degene over wie wordt geklaagd bij het verrichten van zijn werkzaamheden verplicht is zich te gedragen overeenkomstig de aanwijzingen, de opdracht, van een ander. De expertise is aangevraagd namens klaagster en betrokkene, klaagster is derhalve opdrachtgeefster.
- Met ontvankelijkheid is ook het algemeen belang gediend. Indien een beroepsbeoefenaar zijn verplichtingen ten opzichte van zijn patiënt niet of onvoldoende nakomt, schaadt hij de particuliere rechtsbelangen van laatstbedoelde, maar daarnaast schendt hij het publieke belang bij een goede beroepsuitoefening.

Het college gaat kort door de bocht en oordeelt zonder verdere motivering: *“Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft het Regionaal Tuchtcollege terecht het standpunt ingenomen dat klaagster niet kan worden aangemerkt als rechtstreeks belanghebbende en evenmin als degene die aan degene over wie wordt geklaagd een opdracht heeft verstrekt. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege staat ook het algemeen belang niet in de weg aan niet-ontvankelijkverklaring van klaagster in de klacht nu een verzekeraar in het algemeen en ook in een geval als het onderhavige andere mogelijkheden ter beschikking heeft om tegen het handelen van een deskundige die volgens die verzekeraar tekortschiet op te treden.”*



### Commentaar

Recht heeft kenmerken van magie. Als Zweinsteins Hogeschool voor Hekserij en Hocus-Pocus niet zou bestaan, lijkt het geen twijfel dat Harry Potter voor de rechtenstudie zou hebben gekozen.

Of causaliteit de gezondheid betreft, een andere gebeurtenis, of omvang van schade, de betrokkenen die een deskundige inschakelen zijn belanghebbenden en opdrachtgever.

Als de deskundige een medicus is, is dat volgens de tuchtcolleges kennelijk opeens anders. Dan haal je toverformules uit de Wet BIG en de wetsgeschiedenis. De belanghebbende verschiet van kleur, heeft opeens geen belang meer en is ook geen opdrachtgever.

Het meest merkwaardige is eigenlijk wel dat de magische wegen van de tuchtcolleges goed te volgen zijn door de wetsgeschiedenis. Er is weinig mis met het oordeel. Een ander toverstokje in de hand of toepassing van een andere

formule zou evenwel een tegengesteld gevolg gehad kunnen hebben.

Interessant is het oordeel over het algemeen belang. Het is toch zo dat de tuchtcolleges bij uitstek de instanties zijn die moeten waken over de juiste invulling van de beroepsnormen door medici. Dat is een van de pijlers waarop het vertrouwen in de medische stand is gebaseerd.

Door het oordeel dat het algemeen belang niet in de weg van onontvankelijkheid staat verwijst het tuchtcollege de verzekeraar naar de burgerlijke rechter om te oordelen over de vraag of de medicus overeenkomstig de beroepsnormen handelde.

Professor Dumbledore zal het ongetwijfeld begrijpen.

Eén ding is zeker, verzekeraars mogen niet klagen. 

<sup>1</sup> <http://www.stichtingpiv.nl/zoekdetail/?article=763265>.

# Evidence-based medicine en expert-opinion



Drs. J. Bronsema, arts  
VeGeVisie

**Soms valt een aantal publicaties die kort na elkaar verschijnen bijna als een puzzel in elkaar. In PIV-Bulletin 2012, 5, p. 11-17 staat een boeiende polemiek tussen de advocaten mr. Haase en mr. Kolder over WAD I en II en de mogelijk daaruit voortvloeiende beperkingen. Een beter bewijs dat een schoenmaker zich bij zijn leest moet houden is haast niet denkbaar.**

Zo schrijft mr. Haase zonder enig voorbehoud dat een verzekeringarts een basisarts is. Ter informatie voor alle juristen/advocaten: verzekeringsgeneeskunde is een door de KNMG formeel erkend specialisme gelijk chirurgie, huisartsgeneeskunde, neurologie, psychiatrie, bedrijfs-geneeskunde etc., etc. De specialisatie tot verzekeringarts duurt (minimaal) 4 jaar en moet worden gevolgd bij een door de SGRC (Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie) erkend opleidingsinstituut, waarbij de praktijkopleiding gevolgd moet worden bij een door de SGRC geaccrediteerde opleidingsinrichting. Een verzekeringarts is dus een arts, ingeschreven in het BIG-register met een specialisatenaantekening. Voor een verzekeringarts gelden strikte registratie- en herregistratie-eisen. De verzekeringarts onderscheidt zich daarin geheel niet van een neuroloog of psychiater. Helaas wordt een verzekeringarts nogal eens op een lijn gesteld met een 'keuringsarts'. In tegenstelling tot verzekeringarts is de titel 'keuringsarts' niet beschermd. Elke arts, dus ook een basisarts, mag de titel 'keuringsarts' gebruiken. Inhoudelijk zegt dit niets over zijn of haar opleiding en ervaring.

Mr. Kolder doet er vervolgens nog een schepje bovenop met de stelling dat de verzekeringsgeneeskundige anders dan de hedendaagse neuroloog niet werkt aan de hand van de criteria van de evidence-based medicine (EBM), maar via de sleutel 'plausibiliteit'. Zoals hiervoor uitgelegd: de verzekeringarts is een medisch specialist. Elke zichzelf respecterend arts en zeker medisch specialist zal zo veel als enigszins mogelijk en haalbaar is via de criteria van de evidence-based medicine werken. De stelling van mr. Haase roept zeker een drietal vragen op. Ten eerste: zijn de 'criteria van de evidence-based medicine' wel bekend?

EBM is niet de heilige graal van de geneeskunde. Te vaak leeft bij medische leken het idee dat EBM een synoniem is voor absolute onderbouwing in het handelen van een arts. Niets is minder waar. Om alle juristen en advocaten maar direct uit de droom te helpen: zelfs een 'expert-opinion' valt onder de criteria van de EBM<sup>1</sup>. Wat kort door de bocht geformuleerd stelt EBM dat een medische beslissing of advies gegeven zou moeten worden met de op dat moment best beschikbare gegevens uit (extern) onderzoek. Ten tweede: denkt mr. Kolder dat alle neurologen een oordeel geven in de zin van 'eenduidige waarheid' op hun vakgebied? Geef een casus van een postwhiplash-patiënt aan tien neurologen. Goede kans dat er de nodige verschillen in oordeelsvorming op tafel zullen komen. Hoe zit dat dan met de EBM? Alle neurologen werken toch via de criteria van de EBM? Ten derde: denkt mr. Kolder dat, eventueel, werken via de criteria van consistentie en plausibiliteit haaks staat op de EBM? Zou het niet kunnen zijn dat het geven van een verzekeringsgeneeskundig advies via de methodiek van consistentie en plausibiliteit gebaseerd is op de op dit moment hoogste graad van beschikbaar onderzoek? In een recent systematisch review tonen Spanjer e.a.<sup>2</sup> aan dat er eigenlijk geen instrumenten bestaan die functionele beperkingen voor werk adequaat en voldoende in kaart kunnen brengen. Dit betekent niet dat verzekeringsartsen met lege handen staan. Wel dat verzekeringsartsen naast hun 'expert-opinion' met de best beschikbare gegevens uit onderzoek onderbouwde methodieken een advies geven. Anders gezegd: heus, ook de verzekeringarts werkt zo veel en zo goed als mogelijk en haalbaar is via de criteria van de evidence-based medicine. De gemiddelde neus van de verzekeringarts is echt niet langer of korter dan die van de neuroloog of de psychiater. Het is wel een andere neus, een neus op een ander vakgebied.

In de polemiek draait het om het begrip 'beperkingen'. De juristen maken onderscheid in beperkingen in juridische zin en beperkingen in medische zin. Beperkingen in juridische zin is niet mijn competentie dus zal ik mij onthouden van commentaar op dat punt. Nu de juristen wel een mening geven over beperkingen in medische zin is het wellicht zinvol hier enige duidelijkheid te geven. De Engelse taal kent voor het begrip 'beperking' twee termen: 'limitations' en 'restrictions'. Welke vorm van beperking bedoelen de juristen nu eigenlijk? Worden nu de meetbare functionele beperkingen ('limitations') bedoeld of worden de beperkingen in verzekeringsgeneeskundige zin ('restrictions') bedoeld? Dit onderscheid wordt niet voor niets gemaakt in de International Classification of Functioning, Disability and Health<sup>3</sup>. Medisch wordt niet louter naar lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen gekeken (min of meer gelinkt aan 'limitations') om te beoordelen wat de mate van iemands activiteiten of participatie

(functioneren) is, maar worden ook de persoonlijke en omgevingsfactoren gewogen (min of meer gelinkt aan 'restrictions') om tot een meer genuanceerde beoordeling te komen. Indien er bij onderzoek naar lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen geen afwijkingen kunnen worden vastgesteld is er dan in alle gevallen sprake van onbeperkte participatie en activiteiten? Het stellen van de vraag is het geven van het antwoord. Of er dan wel of niet sprake is van een juridisch causaal verband tussen een ervaren beperking en het overkomen ongeval laat ik graag aan de dames en heren juristen over. Laten we dan wel afspreken dat zij zich niet (meer) met medische zaken inlaten.

De polemiek staat in het eerste nummer na het verschijnen van het PIV jaarverslag 2011 met de titel "Volop in opwaartse beweging ...". Naar ik veronderstel gaat het eerste hoofdstuk niet voor niets over 'een beter medisch traject bij letselschaden?'. Kennelijk is het medisch traject een heet hangijzer. Het medisch traject is onnodig lang en ingewikkeld. Er is lang gesproken over de nieuwe medische paragraaf. Dan valt op dat het venijn weer eens in de staart zit. Bijlage 2 bij het jaarverslag geeft een samenstelling van de PIV-organen per 31 december 2011. Even snel geteld: van de 45 vermeldingen dragen 31 (=69%) de meestertitel. Welgeteld, voor zover ik kan achterhalen, 0 vermeldingen (=0%) met de doctorandustitel of doctorstitel. Dus artsen zijn in geen enkel orgaan binnen het PIV vertegenwoordigd. Of dit wel of niet terecht is doet op zich niet ter zake. Het roept alleen een prangende vraag op: is letselschade in principe wel een medisch probleem? Zou het niet kunnen zijn dat letselschade primair een juridisch probleem is en slechts zeer beperkt tot mogelijk marginaal een medisch? In lijn van de polemiek: voor de beantwoording van de vraag is enige evidence te vinden. Prof. Sir Mansel Aylward, hoogleraar public health, School of Medicine te Cardiff, stelt: "*it is a truth that should be acknowledged that the assessment of work capacity is frustrated by a forlorn pursuit for objectivity. This is particularly so for the precise determination of functional limitations of body and/or mind as consequences of disease and illness that bring into question and individual person's capacity for work; whether that be work in general or in the execution of a particular job or occupational task. The legislative and policy context of the jurisdiction and national welfare systems will also substantially influence the nature and objectives of the work(-in)capacity assessment. Basic concepts of illness, sickness, disability, and disease are often confused and further obscure the attainment of reasonable judgments about capacity for work*".

Juristen en advocaten hebben artsen nodig om begrippen als ziekte, aandoening en beperking te duiden. De uiteindelijke vaststelling van de gevolgen wordt in belangrijke mate, zo niet nagenoeg volledig, bepaald door de context

van de wet- en regelgeving en, polisvoorwaarden, alsmede de nationale visie op sociaal recht en zekerheid. Indien we van mening zijn dat de procesgang bij letselschade te traag verloopt, lijkt het niet direct voor de hand te liggen een partij aan te spreken die slechts van marginaal belang is voor de uiteindelijke uitkomst. Zou het dan niet meer in de rede liggen dat de partijen die de uitkomst wel in hoge mate beïnvloeden eens bij zichzelf te rade gaan waar het probleem ligt? Het lijkt mij het proberen meer dan waard en in ieder geval beter dan te wijzen naar een partij met - terecht - geen of marginale invloed op de uiteindelijke uitkomsten. Om te beginnen lijkt het mij voor alle partijen goed om zich te realiseren waar de eigen competentie ligt. Het voorkomt het publiceren van onjuistheden op een vakgebied dat niet behoort tot de competentie van de schrijver.

Zowel juristen als medici hechten terecht veel waarde aan casuïstiek.

In Medisch Contact van 22 juni 2012 doet neuroloog Keuter<sup>5</sup> in een mooie column onder de titel "Boos" verslag van een patiënt met een postwhiplashbeeld. Psychiater noch neuroloog kon een afwijking duiden. Een informatieboekje over whiplash bood geen uitkomst. De patiënt was boos over hetgeen hem was overkomen. Boosheid als een sociaal-maatschappelijk probleem. Het is maar een casus. Wat zou de verzekeringsarts daarmee kunnen? Net zo weinig als de neuroloog en psychiater ben ik bang. We leven gelukkig in een dermate welvarende maatschappij, dat we het ons kunnen veroorloven om slachtoffers van een ongeval 'recht te doen', ook als er in medisch objectieve zin niet direct iets is te duiden. Laten we dan het recht ook daar laten waar het thuishoort: bij juristen, advocaten, rechters en beleidsmakers. Betrek de artsen alleen indien strikt noodzakelijk. Dan wordt het opeens ook begrijpelijk dat er geen artsen in organen van het PIV vertegenwoordigd zijn en advocaten elkaar op weinig effectieve wijze bestrijden op medisch inhoudelijke zaken. Het letselschadetraject moet makkelijker en sneller kunnen dan nu het geval is. De weg naar de oplossing zal niet via het medisch traject lopen. Wellicht is dit dan het nog ontbrekende stukje aan de puzzel.

<sup>1</sup> Sackett D.L. ea. Evidence-based medicine. *How to practice and teach EBM*. Churchill-Livingstone, New York 1997.

<sup>2</sup> Spanjer J. ea. *Instruments to assess functional limitations in workers applying for disability benefit: a systematic review*. *Disability and rehabilitation* 2011; 33:2143-50.

<sup>3</sup> ICF. WHO, 22 mei 2001 (resolution WHA 54.21).

<sup>4</sup> Aylward M. EUMASS-congress. Padua, 15 juni 2012. Zie ook: Waddell G, Aylward M. *The Scientific and Conceptual Basis of Incapacity Benefits*. The Stationary Office, London: 2005.

<sup>5</sup> Keuter E. Prikkels; Boos. MC 2012(67); 25:1527.



Ik ken Jan Bronsema als een arts en scribent met een positief kritische pen, wanneer het gaat om de raakvlakken tussen de werkzaamheden van juristen en medici. Ook in bovenstaand artikel hanteert hij deze pen. Dat is goed en houdt ons allen scherp.

Toch wil ik een paar opmerkingen van hem niet onbesproken laten.

Ik ben het met hem eens dat de afwikkeling van letselschade in de basis een juridische aangelegenheid is. Wel hebben juristen daarbij soms medici nodig. Niet alleen waar het gaat om de omvang en de impact van de gevolgen van het desbetreffende ongeval, maar ook om het causale verband tussen die klachten en het ongeval en soms ook nog de vraag hoe het met het slachtoffer (althans medisch gezien) zonder ongeval zou zijn gegaan. Binnen de letselschadeafwikkeling noemen wij dat het medisch traject; en dat is inderdaad geregeld een heet hangijzer. Nu lijkt Bronsema ervan uit te gaan dat wij (als juristen en ook het PIV) de artsen daarop aanspreken. Deze gedachte zou ik echter willen wegnemen. Het is eerder andersom: wij verwachten als juristen regelmatig te veel van medici en daarbij soms een visie die ons goed uitkomt; onverschillig of we nu aan de 'halende' of de 'betaalende' kant staan.

Daarom is het goed dat in de onlangs verschenen medische paragraaf nadere regels zijn opgenomen om dit medisch traject zo efficiënt en transparant en voor het slachtoffer zo min mogelijk belastend te laten verlopen. Daarom zijn er nu pilots met één medisch adviseur, aangezien de bottlenecks vaak de discussies tussen de verschillende medisch adviseurs zijn. Ergo, als PIV zijn wij wel degelijk bij onszelf te rade gegaan waar het probleem ligt.

Dat in de door Bronsema genoemde PIV-organen geen artsen zijn vertegenwoordigd klopt en ook dat is goed. Het gaat hier immers om bestuurlijke en adviserende organen, waar het eerder om strategische en juridische zaken gaat dan medische.

Toch staan artsen bij de activiteiten van het PIV zeker niet buitenspel. Herfst 2012 start een projectgroep die moet zorgdragen voor een goede toepassing van de medische paragraaf. In deze werkgroep zullen onder andere drie artsen zitting hebben. Het gaat immers ook over hun werkzaamheden.

Bij het PIV hebben we bij dit soort projecten goede ervaringen met de communicatie over en weer tussen juristen en medici. Ook dat mag wel eens worden gezegd.

Mr. F. Theo Kremer, directeur Stichting PIV

Op mijn artikel in het PIV-Bulletin heb ik de nodige reacties gehad. Mijn opmerking dat een verzekeringsarts een basisarts is, heeft vooral de pennen van de verzekeringsartsen in beweging gebracht en zo ook heeft de verzekeringsarts drs. J. Bronsema een lezenswaardige reactie geschreven. Ik ontkom er echter niet aan mij wederom op medisch vlak te begeven en als leek het verschil tussen enerzijds de verzekeringsarts en anderzijds de neuroloog en psychiater (door mij aangeduid als 'medisch specialist') proberen uiteen te zetten.

Wat ik bedoeld heb te zeggen, is dat de klinische ervaring van een basisarts en een verzekeringsarts dezelfde zijn, dit in weerwil van de klinische ervaring die een arts heeft die geregistreerd staat in het MSRC<sup>1</sup>, door mij medisch specialist genoemd. De neuroloog en de psychiater zijn artsen die geregistreerd staan in het MSRC en zij zijn dus opgeleid om diagnoses te stellen, beperkingen vast te stellen, behandelingen in te stellen, enzovoorts en daaruit bestaat ook hun dagelijks werk. De neuroloog en de psychiater beschikken dan ook over effectieve praktische en klinische kennis; zij hebben een medisch 'denkmodel'.

Een verzekeringsarts staat niet in het MSRC geregistreerd maar in het SGRC<sup>2</sup> en deze is - dit is het cruciale verschil - opgeleid om sociale wetgeving toe te passen. De verzekeringsarts is dus niet net zoals de neuroloog en de psychiater opgeleid in het stellen van diagnoses, het vaststellen van beperkingen, het behandelen van patiënten, enzovoorts. Zijn dagelijks werk bestaat daar ook niet uit; zijn denkmodel is dan ook niet medisch.

Bij medisch objectiveerbaar letsel is iedereen het erover eens dat het aan de medisch specialist is de aard en herkomst van de klachten en beperkingen vast te stellen, ter-

wij de verzekeringsarts niet wordt gevraagd de diagnose en beperkingen vast te stellen. Het is voor mij onbegrijpelijk waarom dat ineens anders is als het slachtoffer klaagt over letsel dat medisch niet te objectiveren is, zoals bij de WAD I/II, nu immers ook dan het antwoord op een medische vraag verkregen moet worden.

Ik blijf dan ook van mening dat - als vastgesteld moet worden of een ongeval tot letsel heeft geleid en meer in het bijzonder of er ongevalsgerelateerde beperkingen zijn die er in de hypothetische situatie zonder ongeval niet op enig moment zouden zijn geweest - daartoe een arts (geregistreerd bij het MSRC, dus een medisch specialist) moet worden ingeschakeld omdat deze daartoe geëquipeerd is en geen verzekeringsarts die de benodigde klinische ervaring ontbeert.

Het Hof en de Rechtbank Amsterdam hebben in mijn optiek dan ook meerdere malen terecht geoordeeld dat in het geval de medisch specialist geen beperkingen kan duiden, het doek voor de vordering van het slachtoffer valt. Tot slot merk ik nog op dat ik als jurist geen onderscheid maak tussen beperkingen in juridische en in medische zin, een onderscheid dat juristen volgens Bronsema wel maken. Ik ben namelijk van mening dat beperkingen, zijnde een vermindering of verlies van gedragingen en activiteiten als gevolg van een medische stoornis, alleen door een medisch specialist vastgesteld kunnen worden en wij juristen daar niets zinnigs over kunnen zeggen.

Mr. N.C. Haase, DLA Piper Nederland N.V.

<sup>1</sup> Medisch Specialisten Registratie Commissie.

<sup>2</sup> Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie.

Civielrechtelijke letselschadezaken kenmerken zich door het daaraan inherent zijn van medische aspecten. Hoewel in deze zaken uiteindelijk steeds in juridische zin knopen moeten worden doorgehakt, is medische voorlichting in de regel dan ook onontkoombaar. Indien een letselschadezaak handelt over WAD I of II, dient de jurist zich ervan bewust te zijn dat de in 2007 gewijzigde NVN-richtlijnen naar eigen zeggen zo veel mogelijk aansluiting zoeken bij de principes van 'evidence-based criteria': enkel worden nog die pijnsyndromen gekwantificeerd waarvoor een 'neurologisch substraat' valt te duiden<sup>1</sup>. Zodoende is het op grond van de huidige NVN-richtlijnen voor de neuroloog - waaronder alle tien zoals door drs. Bronsema genoemd - niet langer mogelijk ingeval van het 'substraatloze' WAD I/II een percentage FI en, belangrijker, beperkingen aan te nemen<sup>2</sup>. Rechtens staat het enkel ontbreken van medisch 'objectieve' afwijkingen het aannemen van beperkingen echter niet in de weg. Duidelijk moge dan zijn dat vandaag de dag medische voorlichting door de neuroloog over de beperkingen ingeval van WAD I/II *vanuit juridisch oogpunt* tekortschiet. De inschakeling van een verzekeringsgeneeskundige dient zich dan aan, omdat deze specialist - in tegenstelling tot de hedendaagse neuroloog - in geval van substraatloos letsel nog altijd wél beperkingen kan duiden, namelijk aan de hand van een zogenoemde 'plausibiliteitstoets'.

Bronsema stelt dat deze door een verzekeringsgeneeskundige te maken toets, niet gestoeld op een medisch substraat, evenzeer valt te scharen onder EBM. In ieder geval lijkt de NVN, gezien haar huidige richtlijnen, daar anders over te denken. Medici zijn het dus kennelijk onderling al niet eens over wat nu de precieze criteria van 'evidence-based medicine' inhouden, zo benadrukt ook Bronsema

zelf. Laat staan dat ik als jurist kan (of wil) beoordelen of het door een verzekeringsgeneeskundige 'werken via de criteria van consistentie en plausibiliteit haaks staat op de EBM', zoals Bronsema schrijft. Bij hem is kennelijk niet (goed) doorgekomen dat waar ikzelf kortweg spreek van EBM, het - in de lijn van de huidige NVN-richtlijnen - oog heb op vaststellingen gestoeld op medisch 'objectieve' afwijkingen. Afwijkingen die in geval van WAD I/II als gezegd ontbreken. Hierbij heb ik de verzekeringsgeneeskundige geenszins tekort willen doen, maar louter tot uitdrukking willen brengen dat daar waar - zoals in geval van WAD I/II - medisch 'objectieve' afwijkingen ontbreken, de hedendaagse neuroloog in de voorlichting omtrent de beperkingen moet afhaken, terwijl de verzekeringsgeneeskundige alsdan met het bredere blikveld van de 'plausibiliteit' zo nodig 'verder' kan kijken. De vraag of vaststellingen door de laatstgenoemde specialist aan de hand van een 'plausibiliteitstoets' wellicht óók als EBM kunnen worden aangemerkt, kan ik als jurist als gezegd in ieder geval niet beoordelen. Vanuit juridisch oogpunt is het antwoord op die vraag overigens ook niet van doorslaggevende betekenis. Waar het om gaat immers is de 'inhoudelijke' toets die de medicus in de voorlichting richting de jurist aanlegt, niet zozeer om het (enkele) medische 'etiket' ('evidence-based medicine' of niet?) dat daarop kan worden geplakt.

Mr. A. Kolder, Houkes c.s.

<sup>1</sup> NVN-richtlijnen 2007, p. 2.

<sup>2</sup> Vgl. ook Van Den Doel, voorzitter van de Commissie Forensische Neurologie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, *TVP* 2011-1, p. 29.

De naschriften van mr. Kremer, mr. Haase en mr. Kolder geven mij aanleiding tot navolgend commentaar. Een verademing: mr. Kremer bevestigt de stelling dat letselschade een juridische aangelegenheid is. Dan verdient de stelling dat juristen te veel verwachten van medici alle aandacht. Het is aan artsen om zich te weren tegen het 'phishing' naar wenselijke antwoorden van opdrachtgevers. Het zal nooit helemaal uit te bannen zijn dat artsen adviseren in het kader van hun positie. Zoals de toenmalige Ombudsman ooit formuleerde: "*dokter, u heeft een positieafhankelijke onafhankelijkheid*". Beter kan ik het niet formuleren. Het is aan artsen om hun wettelijk verankerde onafhankelijkheid te bewaken en te bewaren. De rest is aan juristen, ook ten aanzien van het causaliteitsvraagstuk. Medische causaliteit is zelden of nooit dichotoom. Het is duidelijk dat mr. Haase haar eigen definitie creëert van 'medisch specialist'. Prima, maar het deugt niet. Sinds de modernisering van medische vervolgoopleidingen zijn alle specialismen niet voor niets in één college verenigd<sup>1</sup>. De verzekeringsarts is een medisch specialist met bijbehorende aantekening in het BIG-register. De klinische ervaring van een verzekeringsarts gelijk stellen aan een basisarts is onjuist. Elke koe is een beest. Elk beest nog geen

koe. Ik schat dat van de tweehonderd GAV-leden - waarvan de overgrote meerderheid inmiddels verzekeringsarts - nagenoeg een ieder ruime tot zeer ruime klinische ervaring heeft. De stelling dat neuroloog en psychiater zijn opgeleid om beperkingen te stellen is onjuist. De historische scheiding tussen behandeling en beoordeling in Nederland maakt dat op het punt van beperkingen curatief werkende artsen juist terughoudend dienen te zijn. Het stellen van beperkingen is bij uitstek de competentie van de verzekeringsarts. Dat de verzekeringsarts niet is opgeleid voor het stellen van een diagnose is onjuist. De competentie van de verzekeringsarts is het stellen, dan wel toetsen, van een diagnose, het formuleren van beperkingen en het schatten van de prognose. Dat de verzekeringsarts opgeleid is om sociale wetgeving toe te passen is een versimpeling van de realiteit. Met de modernisering van medische vervolgoopleidingen wordt de verzekeringsarts niet alleen voor de publieke verzekeringen, maar ook voor de private verzekeringen opgeleid. Mr. Haase miskent het opleidingstraject<sup>2</sup> van de verzekeringsarts. Dat het denkmodel van de verzekeringsarts geen 'medische' zou zijn is een gotspe. Een neuroloog heeft een ander referentiekader dan een psychiater. Dat maakt nog niet dat er ten prin-

cipale een ander denkmodel zou bestaan. Zo ook bij het specialisme verzekeringsgeneeskunde: er bestaat een ander referentiekader ten opzichte van neuroloog en psychiater. Dat rechtvaardigt niet de stelling van een ander denkmodel. Een verzekeringsarts die een diagnose klakkeloos overneemt is zijn vak niet waardig. Hoe juristen verder denken over “beperkingen” is niet mijn kennisdomein. Wel weet ik dat “medische beperkingen” een te ongenueanceerd begrip is. Vraag is of er wel voldoende kennis bestaat bij juristen over het onderscheid tussen functionele beperkingen (*limitations*) en beperkingen in verzekeringsgeneeskundige zin (*restrictions*).

Het naschrift van mr. Kolder zaait bij mij enige verwarring. Ik begrijp enerzijds dat we het eens zijn over de -mogelijk- toegevoegde waarde van een verzekeringsgeneeskundige beoordeling in geval van de zogenaamde medisch niet-objectiveerbare aandoeningen. De stelling dat medici het kennelijk onderling niet eens zijn over de precieze criteria van de ‘*evidence-based medicine*’ kan ik niet plaatsen. De criteria zijn volstrekt helder. Het verschil zit in het referentiekader en de interpretatie van de gebruiker, niet in de criteria. Het wetboek is, naar ik veronderstel, voor alle juristen hetzelfde. Ik heb echter zelden

een zaak meegemaakt waarin ze het onderling eens waren. Wellicht dat in deze context het boek van professor van Gijn, neuroloog, ‘*Lijf en Leed*’<sup>3</sup> verhelderend kan werken. Lezend en herlezend kan ik uit mijn bijdrage niet destilleren dat de criteria van consistentie en plausibiliteit haaks zouden staan op de EBM zoals mr. Kolder aangeeft. Integendeel, ik stel juist dat dit niet haaks hoeft te staan op de EBM. Het is mr. Kolder die in zijn voorgaande bijdrage verschillen ziet, niet ondergetekende. Wellicht gaat het congres op 21 november 2012 “Whiplash en de beperkingenvraag”<sup>4</sup> wat meer duidelijkheid opleveren.

J. Bronsema

---

<sup>1</sup> <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/CGS.htm>.

<sup>2</sup> <http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageid=32&id=133>.

<sup>3</sup> Jan van Gijn, *Lijf en Leed*, ISBN 9789045016856.

<sup>4</sup> Praktijkmiddag Postillion Hotel Utrecht/Bunnik, zie [www.stichtingpiv.nl](http://www.stichtingpiv.nl) onder Agenda.

**[De redactie sluit deze discussie met de vaststelling dat de heer Bronsema, mevrouw Haase en de heren Kolder en Kremer het niet op alle punten eens zijn.]**



Een interview: Joop Schrok praat verder (PvS)

## “Zorgmanagement: een dankbare opgave”

Registerarbeidsdeskundige Joop Schrok besprak in PIV-Bulletin 2009, 6 zijn ideeën over zorgmanagement ten behoeve van letselschadeslachtoffers. Kort daarna organiseerde het PIV een expertmeeting over zorgmanagement, tijdens welke Schrok een inleiding hield. Een en ander vormde voor Nationale-Nederlanden de aanleiding voor een pilot op dit gebied. In het interview hieronder vertelt Schrok over zijn bevindingen in die pilot. Joop Schrok is directeur-eigenaar van Expertise Human Capital in Leiden, een onafhankelijk en landelijk werkend arbeidsdeskundig adviesbureau, dat in toenemende mate wordt ingeschakeld voor het verlenen van zorgmanagement bij letselschade.

In de pilot van Nationale-Nederlanden, maar ook daarbuiten in opdracht van enkele andere WA-verzekeraars, hebben Joop Schrok en zijn collega's zorgmanagement geleverd aan voornamelijk slachtoffers van ongevallen met zwaar letsel. Met hun aanpak willen zij bereiken dat slachtoffers en ook hun sociale omgeving worden ontlast van knelpunten die zij als gevolg van het letsel ervaren. Dat zijn dan vooral knelpunten op het gebied van wonen, zelfverzorging, huishoudelijke taken en mobiliteit. “Het gaat om het ontzorgen van slachtoffers en hun sociale omgeving”, zegt Joop Schrok. “Mensen die na een ongeval rolstoelafhankelijk of rolstoelgebonden zijn, kunnen grote problemen hebben ten aanzien van huisvesting, verzorging, huishoudelijke hulp en vervoer. Slachtoffers moeten zich op herstel en revalidatie kunnen richten, maar er komt een belasting bovenop door alle moeilijkheden in sociaal en maatschappelijk opzicht. In de traditionele schaderegeling moeten slachtoffers en familie die knelpunten zelf aanpakken en maar zien hoe ze een en ander regelen. Verzekeraars stellen zich dan passief op en wachten af welke kosten eventueel verhaalbaar zijn. Nationale-Nederlanden en ook andere verzekeraars menen daar anders naar te moeten kijken en zijn bereid ‘out of the box’ te denken. Zij beperken zich niet tot financiële schadevergoeding, maar bekommeren zich om slachtoffers en hun familie en verlenen daadwerkelijke hulp.”

### Inventariseren van behoeften

In de pilot is zorgmanagement geleverd aan ruim twintig slachtoffers. Het ging om mensen in de leeftijd van vijftien tot vijfenzeventig jaar met letsels als dwarslaesies, amputaties, verlammingen, hersenletsel en ernstig letsel aan skelet of organen. De meeste betrokkenen waren als gevolg van hun ongeval rolstoelafhankelijk of rolstoelgebonden of worden dat in de toekomst. Joop Schrok kreeg in deze zaken nauwkeurig geformuleerde opdrachten, bijvoorbeeld om na te gaan welke woningaanpassingen noodzakelijk waren of op welke wijze mobiliteit moest worden georganiseerd, “maar”, zegt hij, “we kregen ook de



ruimte om buiten de opdracht te kijken wat er nodig zou kunnen zijn. Deze aanpak is immers nog betrekkelijk nieuw en je weet niet wat je in zo'n zaak allemaal kunt tegenkomen. We hebben daarom veel aandacht gegeven aan het inventariseren van behoeften en aan de terugkoppeling daarvan aan de verzekeraar en de belangenbehartiger, om in goed overleg te bepalen met welke maatregelen we het slachtoffer en de sociale omgeving het beste konden helpen. Creatief oplossingen bedenken en snel schakelen met de verzekeraar en de belangenbehartiger is in zo'n traject belangrijk.”

### Keuzes van het slachtoffer

Even belangrijk is vanzelfsprekend het overleg met het slachtoffer zelf en met diens familie. “Het slachtoffer moet op een gegeven moment keuzes maken”, zegt Schrok. “Je dient betrokkenen in hun waarde te laten en hun denkpatronen te respecteren. Soms moet je ze een spiegel voorhouden, maar uiteindelijk dienen zij de keuzes te maken. Gaan we de woning aanpassen of gaan we op zoek naar een andere, meer geschikte woning? Ga je tussen ouderen wonen omdat die woningen nu eenmaal al aangepast zijn of voel je je daar nog te jong voor? Dergelijke aspecten bespreek je met elkaar, lós van de kosten daarvan. Je moet je niet laten leiden door wat wel of niet mogelijk is, maar in kaart brengen wat de wens van het slachtoffer en zijn of haar familie is. Je moet meer in mogelijkheden dan in onmogelijkheden denken. Van daaruit kun je gaan kijken wat er te realiseren is, welke knelpunten in de financiering zijn te verwachten en welke problemen er in de uitvoering kunnen zijn.”

### Weloverwogen toekomstgericht

Goed overleg met het slachtoffer en familieleden is noodzakelijk omdat het hún toekomst betreft. Ook de oplossingen die de zorgmanager voorstelt, moeten daarom weloverwogen en toekomstgericht zijn. “Het gaat niet alleen over de situatie nu”, zegt Joop Schrok, “maar ook over de situatie over tien, vijftien of twintig jaar. Die is behoorlijk lastig aan te geven. De medisch adviseurs van de verzekeraar en van de belangenbehartiger dienen daarvoor aan te geven

- > hoe zij de prognose inschatten. Wordt het slachtoffer op termijn rolstoelafhankelijk of wordt het slachtoffer rolstoelgebonden? In het eerste geval kan nog wel de transfer worden gemaakt vanuit de rolstoel naar een gewone stoel, maar in het tweede geval zal betrokkene met een tillift vanuit de rolstoel in bed of op een douchestoel moeten worden getild. Dit vraagt dan weer bijzondere bouwkundige aanpassingen in de woning als deze rolstoeltoegankelijk moet worden gemaakt. Als je een woning gaat aanpassen, moet je op deze manier naar de toekomst kijken, want je kunt het als het ware maar één keer goed doen. Het is voor een slachtoffer niet eenvoudig om over twintig jaar, als de zaak helemaal is afgewikkeld, nog eens bij de verzekeraar aan te kloppen. De belangenbehartiger en de verzekeraar moeten daarom zorgen dat de zaak nú goed en vooral toekomstgericht wordt geregeld.”

### Brede deskundigheid

Adequaat zorgmanagement vraagt een brede deskundigheid van de zorgmanager. “Je hoeft geen specialist te zijn”, zegt Schrok, “maar je moet wel weten welke deskundigheid je nodig hebt en waar je die deskundigheid vandaan kunt halen: bij een ergotherapeut, een bouwkundige, een architect, een aannemer, een makelaar, de thuiszorg, bij gemeentelijke instanties enzovoort. Wat dat betreft voert de zorgmanager de regie over de zorg die moet worden verleend, houdt hij de planning daarvan in de gaten en beoordeelt hij ook de declaraties die daarvoor worden ingediend.” Volgens Joop Schrok moet de zorgmanager daarnaast goed op de hoogte zijn van wet- en regelgeving ten aanzien van aansprakelijkheid en schadevergoedingsplicht. “Je moet weten wat wel en niet vorderbaar is en op tijd met de belangenbehartiger en de verzekeraar overleggen, omdat je in de communicatie met het slachtoffer en het uitdenken van oplossingen goed moet weten of de verzekeraar wel of niet verplicht is de kosten daarvan te vergoeden. Je mag natuurlijk nooit verwachtingen wekken die niet waar te maken zijn.” De zorgmanager moet daarnaast onder andere de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) goed kennen en inzicht hebben in de processen bij gemeenten met betrekking tot het aanvragen en toekennen van Wmo-voorzieningen. “Er is absoluut nog een willekeur in de toekenning van Wmo-voorzieningen”, aldus Schrok. “In de grote steden zie je snel afwijzingen, terwijl er op het platteland meer sociale bewogenheid en bereidheid bestaat om iets voor de burger te regelen. Het loont zeker om kritisch naar afwijzingen te blijven kijken en, waar noodzakelijk, bezwaar daartegen aan te tekenen. Ook die begeleiding van zo’n aanvraag en de eventuele bezwaarprocedure is een taak van de zorgmanager. Bedenk daarbij dat wat vanuit de Wmo kan worden betaald, niet door de verzekeraar hoeft te worden vergoed.”

### Kosten en imago

Joop Schrok schat in dat hij gemiddeld zo’n anderhalf jaar met een zaak bezig is, “maar uiteindelijk bepaalt het slachtoffer het moment waarop je met je werk klaar bent”, zegt hij. Vaak weet hij door zijn interventie te bewerkstelligen dat dossiers eerder kunnen worden gesloten dan in de traditionele schaderegeling het geval is. Als voorbeeld noemt hij

een cliënt met ernstig letsel en een slechte prognose van de toekomstige mobiliteit. Na ruim twee jaar was alles geregeld wat kon worden geregeld, waarna de zaak dus kon worden afgewikkeld, “terwijl zo’n zaak in het verleden soms wel tien jaar liep. We hebben het dus over aanzienlijke verkortingen van de doorlooptijd en dat is in het belang van het slachtoffer. Meestal worden de kosten voor voorzieningen voor een belangrijk deel uit de Wmo vergoed en zo wordt de schade voor de aansprakelijke partij beperkt. Niet onbelangrijk is bovendien de verbetering van het imago van de letselschadebehandeling. Zorgmanagement kan daar een belangrijke bijdrage aan leveren. Verzekeraars kunnen zich nauwelijks nog met de premie onderscheiden, maar wel met de wijze waarop zij de letselschades behandelen. Zorgmanagement past ook zonder meer bij het maatschappelijk verantwoord ondernemen door verzekeraars. De bedrijfstak als geheel kan daarom baat hebben bij deze aanpak en bij het loslaten van de traditionele manier van werken.”

### Leerpunten

De zaken die tot nu toe in de pilot zijn behandeld, zijn voor alle betrokkenen leerzaam geweest. Van belang is dat de zorgmanager naast het slachtoffer staat, diens vertrouwen krijgt en zich daarom onafhankelijk kan opstellen ten opzichte van welke partij dan ook, dus ook ten opzichte van de aansprakelijke partij. Aan de andere kant moet de zorgmanager ervoor waken dat het slachtoffer en de familieleden niet afhankelijk van hem worden. De zorgmanager zal uit sociale bewogenheid wellicht geneigd zijn het slachtoffer bij van alles en nog wat te helpen, maar moet op een gegeven moment ook kunnen aangeven dat hij zich gaat terugtrekken en dat het slachtoffer of de familie zelf beslissingen moet nemen en zaken moet gaan regelen. In dit verband moet de zorgmanager ook altijd een rationele relatie in plaats van een emotioneel geladen relatie jegens het slachtoffer hebben. Nog een leerpunt, en zeker niet het minst belangrijke, is dat een eenmaal ingezet traject niet gemakkelijk voortijdig kan worden beëindigd. “Alvorens zorgmanagement wordt ingezet, moet een zorgvuldige juridische afweging worden gemaakt”, zegt Joop Schrok.

### Bredere toepassing

Naar aanleiding van de pilot heeft Nationale-Nederlanden aangegeven dat het concept zorgmanagement een toegevoegde waarde heeft. Bovendien zal de toepassing ervan mogelijk worden uitgebreid voor slachtoffers met middelzwaar en licht letsel, afhankelijk van de precieze problematiek. De interventies van de zorgmanager zullen in deze gevallen naar verwachting korter van duur zijn, minder intensief en minder kostbaar. Ook Joop Schrok vindt dat het concept zorgmanagement een zo breed mogelijke toepassing verdient en een stevig fundament in de letselschadebehandeling moet krijgen, waarbij hij wel aantekent dat nog de nodige stappen moeten worden gezet met betrekking tot de opleiding van zorgmanagers, de kwaliteit van zorgmanagement, een klachtenregeling en eventueel een gedragscode. Hij zegt: “De ervaringen zijn zodanig dat we vinden dat zorgmanagers een gedegen opleiding nodig heb-

*ben. Zij dienen voldoende kennis te hebben van de letselschaderegeling, aansprakelijkheid, vorderbaarheid, de Wmo, de gang van zaken binnen gemeentelijke instanties enzovoort. Ook vind ik dat je eisen mag stellen aan de deskundigen die worden ingeschakeld: het is raadzaam aan de kwalificatie te werken van de personen die zorgmanagement uitvoeren. Tot slot vind ik dat er een klachtenregeling moet komen en dat er, bijvoorbeeld naar het voorbeeld van de beroepsgroep arbeidsdeskundigen, een gedragscode wordt opgesteld. Ik ben van mening dat er op dit gebied nog veel te doen valt en dat we eigenlijk nog maar aan het begin staan*

*van deze ontwikkelingen in de letselschadebehandeling.”* Schrok voegt er nog aan toe dat hij zijn opgedane ervaringen en ideeën omtrent zorgmanagement graag met de branche wil delen.

*“De werkdruk van de zorgmanager is behoorlijk heftig”, zo besluit Joop Schrok. “Je kunt er zeven dagen in de week vierentwintig uur mee bezig zijn. Maar de dankbaarheid die mensen tonen voor wat je voor hen hebt betekend of nog steeds betekent, is meestal groot. Zorgmanagement is daarom een dankbare opgave.”*

## De deelgeschillenrechter twee jaar in actie (IV)



Mevrouw mr. P. Oskam  
Kennedy Van der Laan

Iets later dan in PIV-Bulletin 2012, 1 aangekondigd bespreek ik in dit vierde artikel sinds de inwerkingtreding van de Wet deelgeschilprocedure voor letsel- en overlijdensschade een aantal ontwikkelingen uit de meest recente rechtspraak<sup>1</sup>. Sinds de verschijning van mijn laatste artikel zijn er meer dan zestig beschikkingen bijgekomen, zodat de teller inmiddels de tweehonderd is gepasseerd. Ruim twee jaar na inwerkingtreding van de wet wordt dan ook keer op keer bevestigd dat de wet kennelijk een gat in de markt is geweest. Voor benadeelden, moet ik daaraan toevoegen, want verzekeraars maken van dit instrument nog altijd zeer weinig gebruik, terwijl ook gezamenlijke verzoeken in de rechtspraak op één hand zijn te tellen.

In mijn laatste artikel ben ik ingegaan op de reikwijdte van de deelgeschilprocedure en de daarmee gemoeide kosten. Met een zo groot aantal beschikkingen is er ook in dit artikel veel te zeggen over de deelgeschilprocedure. Ik beperk mij in dit artikel tot de (on)mogelijkheid van hoger beroep in de deelgeschilprocedure en de daarover gewezen rechtspraak tot op heden en op een onderwerp dat in veel procedures aan bod komt, namelijk het deskundigenrapport. Ik zal dit artikel afsluiten met enkele opmerkingen over de reikwijdte van de deelgeschilprocedure.

### De (on)mogelijkheid van hoger beroep

De wetgever heeft de mogelijkheid van hoger beroep tegen deelgeschilbeschikkingen sterk beperkt. Achterliggende gedachte daarbij is dat de stimulans die de deelgeschilprocedure partijen biedt om de buitengerechtelijke onderhandelingen af te ronden met reguliere hoger beroepsmogelijkheden zou worden tenietgedaan.

Is hoger beroep tegen een deelgeschilbeschikking geheel uitgesloten? Het antwoord is nee; zo ver wilde de wetgever niet gaan. Het resultaat is een vrij ingewikkelde wettelijke regeling. In die wettelijke regeling wordt onderscheid gemaakt tussen beslissingen betreffende de materiële rechtsverhouding van partijen en veroordelingen. Een

beslissing over de materiële rechtsverhouding van partijen is bijvoorbeeld een beslissing over de aansprakelijkheid. Bij een veroordeling moeten wij denken aan beslissingen als het toekennen van een voorschot. Art. 1019cc lid 1 Rv bepaalt: *“Voor zover in de beschikking uitdrukkelijk en zonder voorbehoud is beslist op 1 of meer geschilpunten tussen partijen betreffende hun materiële rechtsverhouding, is de rechter daaraan in de procedure ten principale op dezelfde wijze gebonden als wanneer de beslissing zou zijn opgenomen in een tussenvonnis in die procedure.”*

De bodemrechter is, aldus dit artikel, aan beslissingen over de materiële rechtsverhouding gebonden, tenzij naderhand blijkt dat de eerder gegeven beslissing op een onjuiste juridische of feitelijke grondslag berust. Daarvan zal in de praktijk niet snel sprake zijn.

Art. 1019cc lid 2 Rv bepaalt dat indien de beschikking tevens een veroordeling van een der partijen inhoudt, aan die veroordeling in de bodemprocedure geen verdergaan- de betekenis toekomt dan wanneer zij zou zijn opgenomen in een kort geding-vonnis. Op het eerste gezicht lijkt het onderscheid tussen de leden 1 en 2 van art. 1019cc Rv wellicht duidelijk, maar in de praktijk kan dit toch tot de nodige onduidelijkheden leiden. Regelmatig zal het zo zijn dat een benadeelde uitsluitend betaling van een geldsom vraagt, maar dat aan het toewijzen van dat verzoek ook een beoordeling van de materiële rechtsverhouding tussen partijen vooraf zal gaan. Bijvoorbeeld: benadeelde verzoekt om betaling van smartengeld. Verzekeraar maakt in het verweerschrift niet alleen bezwaar tegen de omvang van het smartengeld, maar stelt ook aan de orde dat benadeelde 50% eigen schuld heeft aan het ontstaan van de aansprakelijkheidscheppende gebeurtenis. De deelgeschilrechter wijst vervolgens, het verweer van verzekeraar op dit laatste punt honorerend, de helft van het smartengeld toe. Deze beslissing behelst zowel een beslissing over de materiële rechtsverhouding tussen partijen als een veroordeling. In deze situatie kan uitsluitend het geldbedrag in de bodemprocedure nog aan de orde worden gesteld (tenzij het honoreren van het eigen-schuld-verweer op een onjuiste juridische of feitelijke grondslag berust); de schulddeling is immers een beslissing over de materiële rechtsverhouding tussen partijen.

De enige appelmogelijkheid vinden we in art. 1019cc lid 3 Rv, dat bepaalt: *“In de procedure ten principale kan de beschikking, voor zover zij beslissingen als bedoeld in het eerste lid bevat, bij het gerechtshof hoger beroep worden ingesteld als van een tussenvonnis:*

*a. binnen drie maanden te rekenen vanaf de eerste rol datum, dan wel, indien de beschikking nadien is gegeven, binnen drie maanden te rekenen vanaf de dag van de uitspraak van de beschikking, met dien verstande dat de appellant, binnen de grenzen van art. 332, in het hoger beroep slechts ontvankelijk zou zijn, indien de rechter in*



*eerste aanleg deze mogelijkheid heeft geopend op een daartoe binnen dezelfde termijn door één der partijen gedaan verzoek, waarover de wederpartij is gehoord; b. tegelijk met het hoger beroep van het eindvonnis.”*

De partij die het met de deelgeschilbeschikking niet eens is, kan, zo bepaalt dit artikel met andere woorden, een bodemprocedure starten en in die bodemprocedure een verzoek indienen tot het toestaan van hoger beroep tegen de deelgeschilbeslissingen. In de deelgeschillenrechtspraak is (het instellen van) hoger beroep, voor zover mij bekend, tot op heden vier keer aan de orde geweest. Ik zal hierna op drie van deze gevallen ingaan<sup>2</sup>.

De eerste uitspraak is een vonnis van de Rechtbank Utrecht van 29 februari 2012<sup>3</sup>. Deze zaak betreft een medische aansprakelijkheidszaak. In een deelgeschilprocedure, die is geëindigd met een beschikking van de Rechtbank Utrecht van 9 februari 2011<sup>4</sup>, hadden twee dochters en hun bejaarde moeder vergoeding verzocht van diverse schadeposten, waaronder kosten van particuliere verzorging en verpleging in de thuissituatie, verbouwkosten en immateriële schade. In deze heeft de Rechtbank Utrecht een groot deel van de verzoeken toegewezen, waaronder een - mijns inziens overigens opvallend hoog - bedrag van € 100.000 aan smartengeld. Het aansprakelijke ziekenhuis kon zich in de deelgeschilbeschikking niet vinden en startte een bodemprocedure. Bij dagvaarding verzocht het ziekenhuis de rechtbank ook om verlof voor het tussentijds instellen van hoger beroep tegen de beschikking. In het vonnis van 29 februari 2012 stelt de rechtbank vast dat het ziekenhuis dit verzoek voor het mogen instellen van tussentijds appel binnen de wettelijke beroepstermijn (van drie maanden) heeft gedaan. Nu gedaagden in de bodemprocedure in hun conclusie van antwoord hadden aangegeven geen bezwaar te hebben tegen het verlenen van verlof voor het instellen van tussentijds hoger beroep, leek er aan toewijzing van dit verzoek niets in de weg te staan. De rechtbank oordeelt echter dat het verzoek niet kan worden toegewezen, omdat het hoger beroep niet-ontvankelijk zal zijn. Het ziekenhuis heeft namelijk nagelaten om binnen de in art. 1019cc lid 3 Rv genoemde termijn van hoger beroep een appel-dagvaarding te laten betekenen. De vordering tot het mogen instellen van tussentijds hoger beroep wordt dan ook afgewezen. Deze uitspraak maakt duidelijk dat het van belang is de drie maanden goed in de gaten te houden: niet alleen moet het verzoek om hoger beroep te mogen instellen tijdig te worden gedaan, ook de appel-dagvaarding moet tijdig worden betekend. In de praktijk betekent dit dat de appeldagvaarding eveneens binnen de in art. 1019cc lid 3 Rv genoemde termijnen moet zijn betekend - óók als er nog geen beslissing op het verzoek om tussentijds appel is. De Rechtbank Utrecht heeft hiermee (kennelijk) aansluiting gezocht bij het arrest van de Hoge Raad van 23 januari 2004<sup>5</sup>. Daarin komt aan de orde dat de rechter op verzoek van een van de partijen kan toestaan dat hoger beroep tegen een tussenvonnis kan worden ingesteld, mits dit verzoek binnen de appeltermijn wordt gedaan. Het instellen van hoger beroep dient dan wel binnen de wettelijke termijn (dat wil zeggen binnen

drie maanden na het wijzen van het tussenvonnis) te zijn ingesteld.

Het vonnis van de Rechtbank Utrecht bevat behalve deze afwijzing ook nog andere interessante overwegingen over de beperkte mogelijkheden van partijen om een deelgeschilbeschikking aan te vechten. De vorderingen van het ziekenhuis in de bodemprocedure komen er - kort gezegd - op neer dat het ziekenhuis de rechtbank verzoekt voor recht te verklaren dat de dochters en hun moeder minder toekomt, dan hen bij de deelgeschilbeschikking is toegewezen. De rechtbank benoemt de hiervoor al besproken mogelijkheden die art. 1019cc leden 1 en 2 Rv bieden, en overweegt dat het de rechtbank 'in beginsel' (die woorden had de rechtbank mijns inziens ook kunnen weglaten) vrijstaat om een veroordeling in deelgeschil in de bodemprocedure te heroverwegen. De rechtbank wijst er vervolgens op, dat dit onverlet laat dat de aan een veroordeling ten grondslag liggende juridische vaststelling wél bindend is. Ik merkte hiervoor al op dat het onderscheid tussen een beslissing over de materiële rechtsverhouding en een veroordeling lastig kan zijn. De Rechtbank Utrecht verwoordt het als volgt: *“De beoordeling van de mate waarin de bodemrechter volgens art. 1019cc Rv gebonden is aan een in een deelgeschilprocedure genomen beslissing dient te geschieden aan de hand van een criterium dat naar het oordeel van de rechtbank in menig letselschadezaak weinig onderscheidend vermogen heeft. Zeker indien het verzoek in de deelgeschilprocedure (wat vaak het geval zal zijn) de vaststelling van de aansprakelijkheid en de vaststelling of betaling van schadevergoeding tot inzet heeft, behelst de veroordeling een beslissing over het bestaan en de omvang van die aansprakelijkheid. Beide, zowel het bestaan als de omvang van de aansprakelijkheid, zijn geschilpunten betreffende de materiële rechtsverhouding tussen partijen. In dit licht bezien kan naar het oordeel van de rechtbank de omstandigheid dat in de deelgeschilbeschikking een veroordeling is opgenomen niet, althans vaak niet, los worden gezien van een beslissing over de materiële rechtsverhouding. Bij uitstek een veroordeling zal immers vaak gebaseerd zijn op een beslissing over het bestaan en de omvang van de aansprakelijkheid. Dit betekent dat voor de beoordeling van de mate waarin de bodemrechter gebonden is aan een deelgeschilbeslissing in grote mate betekenis toekomt aan de inhoud en de strekking van het verzoek, de inhoud van de beslissing en van de daaraan ten grondslag liggende overwegingen. Bij de uitleg van de deelgeschilbeslissing speelt tevens een rol dat de wetgever met de deelgeschilprocedure heeft beoogd om partijen een betrouwbaar houvast te geven in een geschil dat de buitengerechtelijke afdoening van hun conflict in de weg staat, en dat dat oogmerk verloren zou gaan indien de beslissing in het deelgeschil als een kort gedinguitspraak door de bodemrechter terzijde geschoven zou kunnen worden. Juist omdat het deelgeschil de buitengerechtelijke afdoening van het geschil partijen in de weg staat en de beslissing dus niet zelden richtinggevend zal zijn voor de buitengerechtelijke afdoening van het geschil, dient de beslissing zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de feitelijke en juridische werkelijkheid en zo min mogelijk een voorlopig karakter te dragen.”*

Met dit citaat maakt de Rechtbank Utrecht, voor zover dit > 13



> al niet uit de wettekst bleek, duidelijk dat de mogelijkheden om een deelgeschilbeslissing aan te vechten (uiterst) beperkt zijn. De rechtbank komt vervolgens aan een inhoudelijke beoordeling van de vorderingen van het ziekenhuis toe. Uit het vonnis volgt dat de rechtbank zich daarbij in grote mate gebonden acht aan de eerder gegeven deelgeschilbeslissing, en slechts op een enkel punt daarop terugkomt.

De tweede uitspraak waarin het instellen van hoger beroep tegen een deelgeschilbeschikking aan de orde komt, is een vonnis van de Rechtbank Den Bosch van 25 juli 2012<sup>6</sup>. In die zaak ging het om een deelgeschilbeschikking van 21 maart 2012, waarin het verzoek van benadeelde was toegewezen. De verzekeraar had in het deelgeschil geen verweer gevoerd. De oproep voor de mondelinge behandeling was volgens verzekeraar op een verkeerde afdeling terecht gekomen. Bij dagvaarding van 25 mei 2012 had verzekeraar benadeelde in een bodemprocedure betrokken, (kennelijk) om de deelgeschilbeslissing aan de orde te stellen. Bij brief van 22 juni 2012 werd de rechtbank door de advocaat van verzekeraar bovendien verzocht om hoger beroep toe te staan van de beschikking van 21 maart 2012. De rechtbank overweegt: *“Zoals hiervoor is overwogen, wordt de beschikking in het deelgeschil voor wat betreft de bindende kracht van de in die beschikking opgenomen beslissingen over geschilpunten die de materiële rechtsverhouding betreffen, gelijk gesteld met ((eind)beslissingen in) een tussenvonnis (art. 1019cc lid 1 Rv). Deze gelijkstelling betekent dat de rechtbank (om te voorkomen dat op een ondeugdelijke grondslag een einduitspraak wordt gedaan, zoals dat onder meer kenbaar is uit het arrest van de Hoge Raad van 26 november 2010, NJ 2010/634) tot heroverweging van een dergelijke beslissing in het deelgeschil mag overgaan indien gebleken is dat die beslissing berust op een onjuiste juridische of feitelijke grondslag en partijen de gelegenheid hebben gekregen zich dienaangaande uit te laten. Het argument dat verzekeraar aanvoert ter onderbouwing van haar verzoek, de aanwezigheid van pre-existente klachten bij benadeelde, komt er naar het oordeel van de rechtbank op neer dat verzekeraar stelt dat de beslissing in het deelgeschil omtrent de inschaling op een onjuiste feitelijke grondslag - want het bestaan van pre-existente klachten is niet onderkend - en onjuiste juridische grondslag - want het causaal verband is door die klachten verbroken - berust. De rechtbank ziet daarom geen aanleiding voor het openstellen van tussentijds appel tegen de beslissing in het deelgeschil, omdat verzekeraar in de bodemprocedure alle gelegenheid heeft om de bodemrechter ervan te overtuigen dat op dit punt aanleiding is om af te wijken van wat de rechtbank in de deelgeschil - zonder debat tussen partijen - heeft beslist.”*

De rechtbank maakt hiermee duidelijk dat het instellen van hoger beroep tegen een deelgeschilbeslissing, waarin een van partijen in het geheel geen verweer heeft gevoerd, niet noodzakelijk is. In dat geval is immers sprake van een situatie, waarin in de bodemprocedure de ‘volle’ gelegenheid bestaat om de deelgeschilbeslissing als zijnde feitelijk of juridisch onjuist aan te vechten.

Met art. 1019cc lid 1 Rv heeft de wetgever duidelijk

bedoeld de mogelijkheden van hoger beroep te beperken, net zoals de mogelijkheden om de rechter te doen terugkomen op een in een tussenvonnis genomen beslissing beperkt zijn. In deze zaak is het mijns inziens vrij duidelijk dat verzekeraar nog alle mogelijkheid heeft om in een bodemprocedure te betogen dat de in de deelgeschilprocedure gegeven beslissing op een onjuiste juridische of feitelijke grondslag berust; het verweer van verzekeraar is in die deelgeschilprocedure immers überhaupt niet aan de orde gekomen. Is het echter niet zo, dat de partij die in hoger beroep gaat, of die een bodemprocedure start na afloop van een deelgeschilprocedure, altijd van oordeel is dat de beslissing van de rechter op een onjuiste juridische of feitelijke grondslag berust? Zo zal de wetgever het niet hebben bedoeld, maar ik denk dat zo bezien het onderscheid tussen beslissingen die nog ‘ten volle’ aan de orde kunnen komen in de bodemprocedure, en beslissingen waarvoor dat niet geldt, best lastig is.

Tot slot is in het kader van hoger beroep een beschikking van het Hof Den Haag van 17 april 2012<sup>7</sup> te noemen, hoewel het in die zaak niet gaat om het instellen van hoger beroep tegen een deelgeschilbeslissing. Het ging in die zaak om het volgende. Benadeelde had drie partijen en twee aansprakelijkheidsverzekeraars in januari 2009 gedagvaard voor de Kantonrechter in Rotterdam in verband met een hem overkomen arbeidsongeval. Bij eindvonnis van 17 juli 2011 had de kantonrechter aansprakelijkheid van twee partijen aangenomen en voorts geoordeeld dat de aansprakelijkheidsverzekeraar van een van hen gehouden was de schade rechtstreeks aan benadeelde te vergoeden. Een van de aansprakelijk gehouden partijen en diens aansprakelijkheidsverzekeraar kwamen van dit vonnis in hoger beroep. Ook benadeelde stelde hoger beroep in. Daarnaast verzocht benadeelde het gerechtshof in deelgeschil om een beslissing te nemen met betrekking tot de schuldvraag en de drie partijen hoofdelijk aansprakelijk te verklaren voor de gevolgen van het arbeidsongeval. Voorts werd verzocht om te beslissen dat de twee aansprakelijkheidsverzekeraars gehouden zijn om op grond van de directe actie de schade rechtstreeks te vergoeden. Tot slot werd aanspraak gemaakt op de juridische kosten ten bedrage van € 8.220,56 in verband met het voeren van de deelgeschilprocedure. Benadeelde voerde aan dat het deelgeschil in dit geval een adequate oplossing zou zijn om de discussie tussen partijen vlot te trekken. Zodra over de aansprakelijkheid van alle drie de partijen een oordeel zou zijn geveld, zou, aldus benadeelde, op zinvolle wijze verder gesproken kunnen worden over de schaderegeling.

Nadat het hof had geoordeeld dat het op grond van art. 1019x lid 2 Rv bevoegd was om van het geschil kennis te nemen en dat benadeelde ontvankelijk was in zijn verzoek, overweegt het dat het verzoek in essentie ziet op dezelfde vraag als aan de orde gesteld in de bodemprocedure. Het deelgeschil doorkruist daarmee het hoger beroep in de bodemprocedure: *“Indien het hof in het deelgeschil een oordeel zou geven over de vorenbedoelde vraag, is dat een bindende eindbeslissing in laatste feitelijke instantie. Daaraan zou het hof derhalve in de bodemprocedures in beginsel gebonden zijn. Hierdoor zou partijen in feite de*

*mogelijkheid worden ontnomen door middel van het indienen van principale dan wel incidentele grieven hun standpunten uiteen te zetten en hun stellingen (deugdelijk) te onderbouwen, alvorens het hof - na het indienen van de memories van antwoord - daarover een oordeel zal geven. Aldus zou het voeren van een evenwichtig ontwikkeld debat in de bodemprocedure in hoger beroep belemmerd worden, zonder dat daarvoor (in dit stadium van het geschil) een voldoende rechtens te respecteren belang aan de zijde van benadeelde bestaat.”*

Waarom zou een van de partijen een deelgeschilprocedure starten als al een bodemprocedure aanhangig is? Uit het arrest volgt dat de raadsman van benadeelde ter zitting had aangegeven dat op die manier op korte termijn een mondelinge behandeling zou kunnen worden verkregen. Het hof vindt dit, naar mijn mening terecht, onvoldoende reden, temeer omdat partijen het hof om een comparitie kunnen verzoeken en *“dit hof een dergelijk verzoek in letselschadezaken in beginsel pleegt in te willigen.”* Nu het ingediende verzoek in strijd is met de eisen van een goede procesorde, ziet het hof geen aanleiding om de kosten van benadeelde te begroten. Met dit arrest wordt duidelijk dat het weinig zinvol is om een deelgeschilprocedure te starten hangende een bodemprocedure over hetzelfde onderwerp: het deelgeschil zal vaak de bodemprocedure doorkruisen.

### **Het deskundigenrapport**

Een belangrijke bron van deelgeschillen is het deskundigenrapport. Of het nu gaat om de benoeming van een deskundige, de medewerking van een van partijen aan een deskundigenbericht, het stellen van aanvullende vragen aan de deskundige of de gebondenheid aan een deskundigenrapport: het zijn allemaal onderwerpen die zeer regelmatig in deelgeschilprocedures voorbijkomen. In dit artikel licht ik daar één onderwerp uit: de verhouding tussen de deelgeschilprocedure en het voorlopig deskundigenbericht. Over dit onderwerp is in de afgelopen tijd een enigszins vaste lijn te ontwaren.

#### *Verhouding deelgeschilprocedure en voorlopig deskundigenbericht*

In een beschikking van de Rechtbank Middelburg 11 januari 2012<sup>8</sup> komt de verhouding tussen de deelgeschilprocedure en het voorlopig deskundigenbericht aan de orde. In een medische aansprakelijkheidszaak verzoekt benadeelde rechtbank in een deelgeschilprocedure om benoeming van een deskundige. De rechtbank gaat vrij uitvoerig in op de vraag of dit verzoek in het kader van een deelgeschilprocedure voor toewijzing in aanmerking komt. De rechtbank wijst daarbij op de wetsgeschiedenis, die op dit punt niet uitblinkt in duidelijkheid. Zoals Chris van Dijk en ik in PIV-Bulletin 2011, 5 al opmerkten, wordt in de wetsgeschiedenis aangegeven dat het raadplegen van “veel getuigen en deskundigen” zich in het algemeen niet goed zal verdragen met de aard van de procedure, maar dat “niet uit te sluiten valt dat zoiets in bijzondere gevallen toch zinvol kan zijn”. De Rechtbank Middelburg interpreteert dit zo, dat hier bedoeld wordt op het raadplegen

van getuigen en deskundigen in het kader van bewijslevering. Voorts memoreert de rechtbank dat de wetgever met de deelgeschilprocedure een aanvulling op - en geen vervanging van - reeds bestaande instrumenten, zoals het voorlopig deskundigenbericht, heeft willen bieden. De rechtbank komt tot de volgende conclusie: *“De rechtbank is gelet op het karakter van de deelgeschilprocedure en mede gelet op voornoemde wetsgeschiedenis van oordeel dat het verzoek (...) buiten het toepassingsbereik van de deelgeschilprocedure valt.”*

De rechtbank laat kostenbegroting achterwege, omdat het “niet verantwoord” was om de werkzaamheden, gemoed met de procedure te verrichten; benadeelde had kunnen weten dat het verzoek zou worden afgewezen.

Ook de Rechtbank Den Haag<sup>9</sup> is van oordeel dat een deskundigenonderzoek niet binnen een deelgeschilprocedure past, zij het met minder expliciete overwegingen dan die van de Rechtbank Middelburg. De Rechtbank Rotterdam<sup>10</sup> is duidelijker: *“Naar het oordeel van de rechtbank is het tegenverzoek van verzekeraar tot benoeming van een verzekeringsgeneeskundige geen verzoek dat voor toewijzing in het kader van de Wet deelgeschilprocedure voor letsel- en overlijdensschade in aanmerking komt. Er bestaat voor de behandeling van een dergelijk verzoek een passend procesrechtelijk instrument in de vorm van het voorlopig deskundigenbericht (...).”*

Dat het er ook maar net van kan afhangen welke rechter je treft, blijkt uit een beschikking van diezelfde rechtbank<sup>11</sup>, maar van een andere rechter. In die zaak wordt het verzoek van benadeelde om medewerking van verzekeraar te gelasten aan een verzekeringsgeneeskundig onderzoek toegewezen. De verplichting om medewerking te verlenen aan een onderzoek is wel iets anders dan het gelasten van een deskundigenonderzoek; wellicht heeft deze rechter hiermee niet beoogd af te stappen van de door zijn collega gevolgde lijn. Zo een verzoek om te bepalen dat de wederpartij medewerking dient te verlenen aan een deskundigenonderzoek wordt door de Rechtbank Amsterdam in een beschikking van 28 december 2011<sup>12</sup> overigens te weinig concreet bevonden om te worden toegewezen: naar het oordeel van de rechtbank blijft *“immers onbepaald waaruit die medewerking dient te bestaan”* en *“wordt voorts niet voorzien in de situatie dat die medewerking alsnog uitblijft.”* Hieruit blijkt dat het zinvol is om het gedane verzoek zo duidelijk mogelijk te maken.

De Rechtbank Utrecht<sup>13</sup> overweegt over de verhouding tussen de deelgeschilprocedure en de procedure betreffende het voorlopig deskundigenbericht: *“Hoewel de wetsgeschiedenis bij de artikelen 1019w Rv e.v. niet expliciet vermeldt of een verzoek tot het benoemen van deskundigen tevens in een deelgeschilprocedure kan worden gedaan, is de rechtbank van oordeel dat dit in beginsel buiten het toepassingsbereik van de deelgeschilprocedure valt. Dit kan (alleen) anders zijn indien de réchter het ten behoeve van het hem voorgelegde deelgeschil wenselijk acht (getuigen en/of) deskundigen te raadplegen teneinde dat verzoek te kunnen beoordelen, al zal de rechter dit in een voorkomend geval ook steeds moeten afwegen tegen de daarmee gepaard gaande tijd, moeite en kosten.”*

> Nu de procedure van het voorlopig deskundigenbericht specifiek bedoeld is voor het benoemen van deskundigen, is de rechtbank van oordeel dat het verzoek tot benoeming van een deskundige buiten het bestek van de deelgeschilprocedure valt. Daarbij wordt nog als argument genoemd, dat de verzoekschriftprocedure een eigen, van de deelgeschilprocedure afwijkende, regeling van de kosten heeft. Een duidelijke uitspraak, hoewel het naar mijn mening niet nodig was geweest om deze toch in te kleden met de woorden ‘in beginsel’.

Is de knoop nu doorgehakt en is de verhouding tussen deelgeschilprocedure en voorlopig deskundigenbericht met deze rechtspraak geheel duidelijk? Het begint er steeds meer op te lijken dat de deelgeschilprocedure niet bedoeld is om te gebruiken voor een verzoek tot benoeming van een deskundige. Voornoemde rechtspraak biedt in elk geval de nodige argumenten om verweer te voeren tegen een verzoek tot het houden van een voorlopig deskundigenbericht, ‘verpakt’ in een deelgeschilprocedure. Voor verzekeraars zal daarbij met name de vergoeding van de kosten, gemoeid met de procedure, een rol spelen. Een vreemde eend in de bijt in dit rijtje van beschikkingen is een uitspraak van de Kantonrechter Arnhem<sup>14</sup>, die overweegt: *“De kantonrechter is van oordeel dat op zichzelf het verzoek tot het houden van een deskundigenbericht kan worden beoordeeld in een deelgeschilprocedure. Het kan voor partijen om tot een vaststellingsovereenkomst te komen dienstig zijn dat gelijktijdig met het verzoek tot het gelasten van een deskundigenbericht over een ander verzoek wordt geoordeeld, zoals in het onderhavige geval het verzoek tot het toewijzen van een nader voorschot... De kantonrechter acht het dan ook te formeel om een voldoende concreet en derhalve “beoordelingsgereed” verzoek tot het gelasten van een deskundigenbericht af te wijzen louter omdat het verzoek ook in een procedure kan worden beoordeeld.”* Volgens deze kantonrechter kan een (voorlopig) deskundigenbericht dus wel in een deelgeschilprocedure worden gelast. Nu de kantonrechter bij dit oordeel meeweegt dat er ook een ander verzoek voorligt, is het onduidelijk of het verzoek tot het houden van een deskundigenbericht ook zou zijn toegewezen, indien de benadeelde uitsluitend daarom zou hebben verzocht.

Tot slot noem ik twee beschikkingen van de Rechtbank Arnhem van 25 november 2011<sup>15</sup>, waarin de verhouding tussen de deelgeschilprocedure en de procedure betreffende het voorlopig deskundigenbericht in een iets ander verband aan bod komt. In een deelgeschilprocedure had benadeelde de rechtbank verzocht om te verklaren dat het in onderling overleg tot stand gekomen deskundigenrapport bindend was tussen partijen, alsmede dat een aanvullende expertise zou worden verricht door een andere arts (dr. X). De rechtbank wijst beide verzoeken toe. De rechtbank komt daarbij niet tot daadwerkelijke benoeming van de deskundige, nu partijen ter zitting hebben aangegeven dat zij, in geval van toewijzing van het verzoek, de expertise verder buiten rechte zouden regelen. De verzekeraar had, naar ik aanneem gelijktijdig of kort na het indienen van het deelgeschilverzoek door benadeelde, bij dezelfde rechtbank een verzoek gedaan tot het houden van een

voorlopig deskundigenbericht. De verzekeraar verzocht om benoeming van dokter Y (in afwijking van de door benadeelde in de deelgeschilprocedure voorgestelde dr. X). De rechtbank overweegt, onder verwijzing naar de hiervoor besproken beschikking: *“Dit verzoek doorkruist hetgeen in de beschikking van 25 november 2011 door de rechtbank in de deelgeschilprocedure is beslist. Tegen die achtergrond bestaat tegen het verzoek van verzekerde een zwaarwichtig bezwaar, zodat het dient te worden afgewezen.”* Met deze beschikking wordt (eens te meer, ik verwijs ook naar de hiervoor besproken beschikking van het Gerechtshof Den Haag) duidelijk dat het niet vaak zinvol is om hangende de ene procedure een andere aanhangig te maken<sup>16</sup>.

### Reikwijdte deelgeschilprocedure en vergoeding kosten

In de vorige afleveringen van deze ‘deelgeschillenfeuilleton’ van Chris van Dijk en mij viel op dat een relatief groot aantal verzoeken afkiet op art. 1019z Rv: *“De rechter wijst het verzoek af voor zover de verzochte beslissing naar zijn oordeel onvoldoende kan bijdragen aan de totstandkoming van een vaststellingsovereenkomst”* en/of op het rechterlijk oordeel dat geen sprake is van een deelgeschil (art. 1019w Rv). Nog altijd is het aantal verzoeken dat afstuit op een van de hiervoor genoemde artikelen vrij groot. Dit terwijl de zeer grote hoeveelheid beschikkingen over de reikwijdte van de deelgeschilprocedure naar mijn mening inmiddels wel voldoende duidelijkheid biedt - en het daarom logisch zou lijken als steeds minder verzoeken op de hiervoor genoemde artikelen afstuiten.

De dragende overweging van een beschikking van de Rechtbank Arnhem<sup>17</sup> maakt direct duidelijk waarom de verzoeken worden afgewezen: *“De rechtbank is van oordeel dat in deze aansprakelijkheidszaak, waarbij aan het ziekenhuis drie verschillende vormen van medisch verwijtbaar handelen wordt verweten, twee causaliteitsvraagstukken spelen, waarbij de waardering en duiding van een deskundigenbericht in het geding is, waarbij ten aanzien van het derde verwijt in het geheel nog geen deskundigenrapportage is opgesteld en waarbij tussen partijen in geschil is of ten aanzien van het tweede verwijt nog een nader deskundigenonderzoek is vereist, zich niet leent voor een deelgeschilprocedure.”* Afwijzing volgt, maar de rechter gaat wél over tot begroting van de kosten, omdat *“de mogelijkheid deelgeschillen aan de rechter voor te leggen pas (relatief) kort bestaat”* en omdat *“op het moment van het indienen van het verzoek nog onvoldoende in de rechtspraak was uitgekristalliseerd onder welke omstandigheden en in welke gevallen met (voldoende) kans van slagen een deelgeschil kan worden ingesteld.”*

In PIV-Bulletin 2012, 1 gaf ik al aan dat de rechter naar mijn mening best wat kritischer mag zijn op dit punt. Als gezegd is het inmiddels aan de hand van het grote aantal beschikkingen over de reikwijdte van de deelgeschilprocedure behoorlijk duidelijk welke verzoeken wel, en welke verzoeken niet als deelgeschil kunnen worden ingediend. Juist om te stimuleren dat het instrument van de deelgeschilprocedure niet nodeloos wordt aangewend, zou de rechter terughoudender moeten zijn bij de kostenbegro-

ting. De weg die de rechter in een beschikking als deze zou moeten volgen is wat mij betreft: niet-ontvankelijkheid, omdat er geen sprake is van een deelgeskil, en daarom geen begroting van de kosten. Een andere weg die gevolgd kan worden, is het oordeel dat de procedure volstrekt onnodig of volstrekt ten onrechte aanhangig is gemaakt, en dat er daarom geen plaats is voor kostenbegroting ex art. 1019aa Rv. Bijvoorbeeld de Rechtbank Den Haag<sup>18</sup> en de Rechtbank Alkmaar<sup>19</sup> passen dit in hun beschikkingen van 22 en 29 maart 2012 toe. Zie ook de beschikking van de Rechtbank Den Bosch van 11 juli 2012,<sup>20</sup> waarin begroting van de kosten achterwege blijft omdat het verzoek 'zodanig onvoldragen is', dat het 'in deze vorm onterecht is ingesteld'.

Dat het ook op een andere manier mis kan gaan met de kosten, bewijst een beschikking van de Kantonrechter Amsterdam<sup>21</sup>. Het verzoek van benadeelde om te bepalen dat haar werkgever aansprakelijk is voor door haar als gevolg van een verkeersongeval geleden schade, wordt afgewezen op inhoudelijke gronden. Het zou logisch zijn om dan op het punt van de kosten te volstaan met de overweging dat voor begroting daarvan geen aanleiding is, nu aansprakelijkheid ontbreekt. De kantonrechter veroordeelt benadeelde echter tot vergoeding van de proceskosten van de werkgever. Ik hoop dat ik niet uit te leggen waarom dit evident verkeerd is.

### Afronding

In de inleiding van dit artikel gaf ik het al aan: de Wet Deelgeschilprocedure is, blijkens het aantal gepubliceerde beschikkingen, een gat in de markt gebleken. Daarbij maak ik wel, zoals in elk artikel van mijn hand over dit onderwerp, de expliciete kanttekening dat verzekeraars dit instrument nog steeds zeer weinig gebruiken. Dat is, zo herhaal ik nog maar eens, jammer: ook verzekeraars kunnen de deelgeschilprocedure immers aangrijpen om

langdurige schaderegelingstrajecten vlot te trekken en dossier definitief af te ronden.. De terughoudendheid van verzekeraars is wellicht terug te voeren op de gedachte, dat procederen voor de benadeelde een (extra) belasting betekent. Het starten van een deelgeschilprocedure door verzekeraars zal door de benadeelde - die er kennelijk zelf voor kiest geen procedure te beginnen - wellicht niet in dank worden afgenomen. Mogelijk ook de kostenregeling van art. 1019aa Rv een rol. Ook langdurige buitengerechtelijke trajecten kosten echter geld, zo zou ik daar tegenover willen stellen.

Uit de in dit artikel besproken beschikkingen volgt, dat de afbakening tussen de deelgeschilprocedure en het voorlopig deskundigenbericht duidelijker is geworden; een deelgeschilprocedure leent zich (althans, haast ik mij in navolging van de voorzichtig formulerende rechters te zeggen, 'in beginsel') niet voor het benoemen van een deskundige. Daarvoor is de procedure betreffende het voorlopig deskundigenbericht bedoeld. Verder blijkt uit de (beperkte) rechtspraak over hoger beroep en de gebondenheid aan de deelgeschilbeschikking, dat partijen het, wederom 'in beginsel', hebben te doen met de uitspraak van de deelgeschilrechter; veel mogelijkheden om deze aan te vechten zijn er niet. Tot slot valt op dat de reikwijdte van de deelgeschilprocedure nog steeds niet bij alle gebruikers van dit instrument helder is. Reden voor de rechter, meen ik, om kritisch te zijn op dit punt en terughoudendheid te betrachten als het gaat om de kostenbegroting. Biedt dit artikel een uitputtend overzicht van de deelgeschillenrechtspraak in de afgelopen periode? Dat is zeker niet het geval. Nu de teller inmiddels de 200 nadert, wordt dat bijna onmogelijk. In het volgende artikel over de deelgeschilbeschikkingen zullen Chris van Dijk en ik - naar verwachting begin 2013 - weer een aantal onderwerpen uitlichten. Wordt wederom vervolgd, dus!

<sup>1</sup> De tot en met 12 september 2012 gepubliceerde rechtspraak op [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) en [www.stichtingpiv.nl](http://www.stichtingpiv.nl).

<sup>2</sup> De vierde is Hof Den Bosch 10 mei 2012, LJN BW5744, die ik verder niet inhoudelijk bespreek.

<sup>3</sup> Rb. Utrecht 29 februari 2012, LJN BV7503.

<sup>4</sup> LJN BQ1537.

<sup>5</sup> HR 23 januari 2004, RvdW 2004, 20.

<sup>6</sup> Rb. Den Bosch 25 juli 2012, LJN BX3734.

<sup>7</sup> Hof Den Haag 17 april 2012, LJN BW4607.

<sup>8</sup> LJN BW6490.

<sup>9</sup> Rb. Den Haag 20 januari 2012, LJN BV6894.

<sup>10</sup> Rb. Rotterdam 1 februari 2012, LJN BV2505.

<sup>11</sup> Rb. Rotterdam 7 februari 2012, LJN BV3066.

<sup>12</sup> Rb. Amsterdam 28 december 2011, LJN BV6198.

<sup>13</sup> Rb. Utrecht 28 maart 2012, LJN BX5660.

<sup>14</sup> Rb. Arnhem, sector kanton 14 juni 2012, [www.stichtingpiv.nl](http://www.stichtingpiv.nl).

<sup>15</sup> LJN BV 0279 en BV0282.

<sup>16</sup> Zie bijv. ook Rb. Arnhem 26 juni 2009, LJN BB4425.

<sup>17</sup> Rb. Arnhem 25 november 2011, LJN BV0285.

<sup>18</sup> Rb. Den Haag 22 maart 2012, LJN BW0695.

<sup>19</sup> Rb. Alkmaar 29 maart 2012, LJN BW0460.

<sup>20</sup> Rb. Den Bosch 11 juli 2012, LJN BX7216.

<sup>21</sup> Rb. Amsterdam, sector kanton 30 maart 2012, LJN BW3642.



# Op de bal of de man spelen?

“Voetbal is oorlog!”

(legendarische uitspraak van de oud-bondscoach van het Nederlands elftal Rinus Michels)



M.J. Tuin re

**Zo'n driekwart van de bevolking onder vijfenzeventig jaar beoefent gemiddeld twaalf keer per jaar een vorm van sport. Van deze sporters loopt zes op de tien tijdens het sporten letsel op. De helft van deze sporters moet zich voor medische behandeling bij een arts melden. Het merendeel van de sportblessures wordt bij voetbal veroorzaakt, direct gevolgd door hockey, tennis en schaatzen<sup>1</sup>. Maar ook andere sporten blijken risicovol<sup>2</sup>.**

Bij het oplopen van een sportblessure is niet zelden een mede sporter betrokken. De ernstig geblesseerde sporter zal in dat geval veelal trachten zijn letselschade te verhalen op de tegenpartij. De beoordeling van een onrechtmatige daad in een sport- en spelsituatie lijdt tot een andere afweging op basis van de bijzondere omstandigheden dan van een onrechtmatige daad in het algemeen. Deze afwijking zit in de beoordeling van alle omstandigheden die maken dat bij sport en spel een onrechtmatige daad niet snel aan de orde komt ofwel bij die afweging ook de aan die sport inherente dagelijkse praktijk aan de orde moet komen<sup>3</sup>. De vraag rijst dan ook welke verschillen er bestaan tussen de beoordeling van een onrechtmatige daad tussen spelers onderling in een sport- en spelsituatie en een onrechtmatige gedraging buiten het sportveld? Om tot een antwoord op bovenstaande vraag te komen zal ik eerst kort ingaan op het begrip onrechtmatige daad zelf, gevolgd door de normen voor het aannemen van een onrechtmatige daad in een 'sport en spel' situatie. Vervolgens ga ik na wanneer er nu eigenlijk sprake is van een sport- en spel situatie. Als laatste passeren enkele mogelijke verweermiddelen de revue.

## Aansprakelijkheid op grond van onrechtmatige daad

Voor aansprakelijkheid op grond van onrechtmatige daad ex art. 6:162 BW dient sprake te zijn van onrechtmatig gedrag, schade, toerekenbaarheid, causaal verband en relati-

viteit. Art. 6:162 BW bepaalt dat gedrag onrechtmatig is bij strijd met een wettelijke plicht, inbreuk op een subjectief recht of als de gedraging in strijd is met wat volgens het ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt<sup>4</sup>.

## Onrechtmatige daad in sport- en spelsituaties

Vooraf bij contactsporten is het vanzelfsprekend onvermijdelijk dat spelers met elkaar in aanraking komen. Hierbij is de kans op het oplopen van letsel aanzienlijk. Vanwege deze bijzondere verhouding dragen sporters verantwoordelijkheid voor elkaars welzijn. Deze verantwoordelijkheid is echter moeilijk te nemen, omdat risicovolle gedragingen inherent zijn aan het beoefenen van een sport, waarbij sporters fysiek met elkaar in contact komen. Zonder deze gedragingen kan de sport immers niet of in mindere mate beoefend worden. Om deze reden worden in een sport- en spelsituatie risicovolle gedragingen tot in zekere verhoogde mate aanvaard<sup>5</sup>.

## De jurisprudentie

Onrechtmatigheid in 'sport en spel' situaties dient daarom niet al te snel te worden aangenomen. Deze regel is door de Hoge Raad voor het eerst bepaald in het Tennisbalarrest. In een partijje tennis slaat een speler tussen twee games door een aantal ballen naar de overzijde van het speelveld. Een speler wordt door een bal in zijn oog geraakt en loopt ernstig en blijvend letsel op. De Hoge Raad oordeelde: *“dat gedragingen in het kader van het tennisspel, die buiten de spelsituatie onvoorzichtig en daarom onrechtmatig zouden zijn geweest, binnen de spelsituatie dit karakter niet behoeven te hebben, omdat de deelnemers gedragingen waartoe het spel uitlokt, waaronder van tijd tot tijd ook mislagen, over en weer van elkaar hebben te verwachten.”*<sup>6</sup>

In het Natrap-arrest heeft de Hoge Raad dit uitgangspunt herhaald en verfijnd. In deze zaak haalde een voetballer een tegenstander neer, terwijl hij de bal al had door gespeeld. Ten gevolge van dit natrappen liep de speler ernstig letsel op. De Hoge Raad bepaalde: *“Uitgangspunt moet zijn dat de vraag of een deelnemer aan een sport als voetballen onrechtmatig heeft gehandeld door een gedraging waardoor aan een andere deelnemer letsel is toegebracht, minder spoedig bevestigend moet worden beantwoord dan wanneer die gedraging niet in het kader van de sportbeoefening zou hebben plaats gevonden. De deelnemers aan een sport als voetballen hebben immers tot op zekere hoogte gevaarlijke gedragingen waartoe het spel uitlokt over en weer van elkaar te verwachten, terwijl gedragingen die een overeenkomstig gevaar in het leven roepen, buiten het kader van de sport door de deelnemers aan het maatschappelijk verkeer als regel*



niet van elkaar behoeven te worden verwacht en mede daarom veelal niet aanvaardbaar zijn.<sup>7</sup> Een sporter dient in het veld derhalve bepaalde risicovolle gedragingen van zijn medesporters te verwachten.

### Bepalende factoren in de praktijk

Diverse andere factoren spelen voorts een rol. Uit het Takkenspelarrest<sup>8</sup> blijkt dat als eerste bekeken moet worden of deelname aan het spel op zichzelf al als onrechtmatig moet worden betiteld. In het extreme geval kunnen we dan bijvoorbeeld denken aan een bizar spel zoals Russische roulette. In de praktijk gaat het eigenlijk vrijwel altijd om maatschappelijk volledig geaccepteerde sporten zoals voetbal, handbal, tennis, enzovoorts. Deelname op zich aan dergelijke sporten is vanzelfsprekend niet onrechtmatig. Voorts is medebepalend of de sporters op basis van vrijwilligheid aan het spel deelnemen. Ook dat zal in de regel, naar wij wel mogen aannemen, het geval zijn<sup>9</sup>.

#### Invloed van overtreden van de spelregels

Het overtreden van spelregels levert wellicht op het veld een overtreding op, maar dit wil nog niet direct zeggen dat er ook van een onrechtmatige daad gesproken kan worden. Het overtreden van een spelregel impliceert immers geen doen in strijd met een wettelijke plicht in de zin van art. 6:162 lid 2 BW<sup>10</sup>.

Of er sprake is van onrechtmatigheid dient te worden bepaald aan de hand van de zorgvuldigheidsnorm. In het Natrap-arrest bepaalde de Hoge Raad: *“dat niet reeds het enkele overtreden van de spelregels, waaronder regels ter bescherming van de veiligheid van de spelers, onrechtmatig is. Wel is de overtreding van een spelregel een factor die meeweegt bij de beoordeling van de onrechtmatigheid.”*

#### De grenzen van de verhoogde aansprakelijkheid

Aan de onrechtmatigheid van gedragingen in een sport- en spelsituatie worden derhalve zwaardere eisen gesteld. Vanzelfsprekend is dit geen vrijbrief op grond waarvan op het sportveld allerhande gevaarlijke gedragingen maar getolereerd dienen te worden. Met name in het geval van opzet of grove schuld zal ook in een sport- en spelsituatie toch sprake zijn van een onrechtmatige gedraging. Ook als de gevaarzettende gedraging niet binnen de normale risico's valt van de desbetreffende sport kan er sprake zijn van onrechtmatig handelen. Als spelers door fors spel de tegenstander onnodig bloot stellen aan blessures zal de gedraging eveneens veelal als onrechtmatig betiteld kunnen worden. Denk dan aan een reglementaire maar gelet op de situatie onnodig harde ingezette tackle<sup>11</sup>.

### Wanneer is er sprake van een sport- en spelsituatie?

In een sport- en spelsituatie is dus minder snel sprake van onrechtmatig handelen, dan buiten een dergelijke situatie. De vraag is dan wel wanneer we nu exact kunnen spreken van een 'sport en spel' situatie?

Binnen dit kader valt natuurlijk allereerst het spelen van het spel zelf. Bij balsporten is dit het geval wanneer twee of meerdere deelnemers trachten de bal op elkaar te veroveren ofwel te behouden. Hiervoor hoeft een speler zich niet in de

directe nabijheid van de bal te bevinden. Betrokkenheid bij of feitelijke deelname aan het spel is bepalend<sup>12</sup>.

#### Enkele bepalende arresten

In het Tennisbalarrest bepaalde de Hoge Raad dat ook bij het tussen twee games door slaan van een bal naar de overzijde van de baan nog sprake is van een spelsituatie. Als de scheidsrechter gefloten heeft is het spel en daarmee de sport- en spelsituatie tot een einde gekomen. Een bevestiging hiervan vinden wij in het Judoworparrest<sup>13</sup>. De casus in deze zaak betreft een politiemans die tijdens een judoles letsel oploopt door een na het stopcommando van de scheidsrechter ingezette schouderworp. De politiemans hoefde deze worp na het stopsignaal niet meer te verwachten. Er was volgens de Hoge Raad geen sprake meer van een spelsituatie en de gedraging werd als onrechtmatig betiteld.

In het Wytmarsumer Merke-arrest<sup>14</sup> moesten de deelnemers aan een katrol over het water naar een ponton zweven en bij de finish een bel luiden. Een hierin geslaagde deelnemer werd direct daarna door zijn medespeleers alsnog in het water gegooid en liep letsel op. De Hoge Raad ging uit van een spelsituatie. De motivering hiervan is gelegen in het feit dat na het luiden van de bel nog sprake was van een soort blessuretijd waarin deelnemers alsnog in het water konden worden gegooid. De deelnemers waren hiervan ook op de hoogte<sup>15</sup>. Hierin schuilt ook het verschil met Judoworparrest. De politiemans hoefde de worp niet meer te verwachten, maar de deelnemer aan de hindernisbaan kon de gedraging wel nog verwachten. In het Schaatsersarrest<sup>16</sup> vliegt tijdens een KNSB trainingssuur een schaatser op volle snelheid op de binnenbaan uit de bocht en raakt een uitrijdende schaatser op de buitenbaan die letsel oploopt. De Hoge Raad gaat er vanuit dat het ongeval binnen de sportbeoefening heeft plaats gevonden. Tijdens een KNSB trainingssuur op dezelfde schaatsbaan hebben de schaatseren over en weer rekening te houden met de risico's verbonden aan de schaatssport. Of er ondanks de verzwaarde norm van aansprakelijkheid in deze casus sprake is van onrechtmatigheid hangt volgens de Hoge Raad dan af van de verdere omstandigheden van het geval. Het ongeval vindt plaats tijdens een KNSB trainingssuur, waarbij zeer hoge snelheden toegestaan waren. Dit was ook voor alle deelnemers kenbaar. Gelet op de beschreven situatie is zo hard mogelijk schaatsen om vervolgens te vallen niet onrechtmatig, hoe vervelend dit ook moge zijn voor de getroffene<sup>17</sup>.

### De mogelijke verweermiddelen

Bij gevestigde aansprakelijkheid kan er mogelijk wel nog sprake zijn van eigen schuld (6:101 BW) aan de zijde van het slachtoffer. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval biedt uitlokking door bijvoorbeeld bovenmatig hard of onvoorzichtig spel mogelijk een grond voor eigen schuld.

De Hoge Raad bepaalde in het Natrap-arrest voorts dat risicoaanvaarding als bijzondere vorm van eigen schuld geen grond voor verweer vormt. Bekendheid met het feit dat onsportief gedrag op het speelveld voorkomt, is geen

> gerechtvaardigde grond voor toepassing van art. 6:101 BW.

Een ander gehoord verweer is toestemming. Toestemming staat mogelijk in de weg aan onrechtmatigheid van de gedraging. Toestemming wordt veelal stilzwijgend (art. 3:37 lid 1 BW) aangenomen. Volgens Hartlief en Tjittes echter zal (stilzwijgende) toestemming niet zien op een schadetoebrengende handeling die abnormaal gevaarlijk is of die niet tot de normale risico's van de sport behoren. In sportsituaties is enkel nog van belang of er normen van zorgvuldigheid zijn geschonden eventueel gevolgd door een beroep op eigen schuld<sup>18</sup>.

### Conclusie

Op het sportveld is contact tussen spelers onderling welhaast onvermijdelijk. Helaas lopen sporters daarbij regelmatig in meer of mindere mate letsel op. Sporters die hun letsel schade willen verhalen op grond van onrechtmatige daad ex art. 6:162 BW stuiten daarbij echter op enkele bijzondere afwijkingen ten opzichte van de beoordeling van een 'normale' onrechtmatige daad situatie.

In 'sport en spel' situaties geldt een verhoogde drempel voor aansprakelijkheid op grond van art. 6:162 BW.

Deelname aan het spel op zich brengt immers reeds een bepaald risico met zich mee. De beoordeling van aansprakelijkheid is (ook gelet op het grote aantal gerechtelijke uitspraken) erg casuïstisch.

Allereerst is van belang vast te stellen of er (nog) sprake is van een 'sport en spel' situatie. Zo niet, dan vindt beoordeling plaats op basis van de normale onrechtmatige daad criteria. Afhankelijk van de omstandigheden van het geval kan er ook voor en na het eigenlijke spel al of nog gesproken worden over een 'sport en spelsituatie'.

Is er wel sprake van een sport- en spelsituatie dan is de vraag of het gedrag van een normaal en in redelijkheid handelend persoon in een soortgelijke te verwachten valt. Als dit niet het geval is, kan ondanks de verhoogde drempel toch sprake zijn van aansprakelijkheid. Opzet of grove roekeloosheid zijn hiervan een goed voorbeeld.

Afhankelijk van de situatie kan dan wellicht nog een beroep op eigen schuld ex art. 6:101 BW gedaan worden. Risicoaanvaarding en toestemming vinden als zelfstandige verweermiddelen in de ogen van de Hoge Raad geen genade en gaan volledig op in een waardering van de eventuele eigen schuld na vestiging van aansprakelijkheid.

Martijn Tuin is letselchaderegelaar op de afdeling personenschade van Achmea Claims Organisatie heeft dit essay op persoonlijke titel geschreven.

### Literatuurlijst

- Van Dam 2000: C.C. van Dam, *Aansprakelijkheidsrecht, een grensoverschrijdend handboek*, Den Haag: Boom 2000.
- Van Dam 2003: C.C. van Dam, "De grenzen van sport en spel", *VR* 2003-6, p. 173-176.
- Hartlief & Tjittes 1992: T. Hartlief & R.P.J.L. Tjittes, "Het spel en de knikkers", *VR* 1992, p. 57-61.
- Olfers 2009: M. Olfers, "Schadeaansprakelijkheid bij sport en spel: tussen deelnemers onderling en tussen de sportorganisatie en de deelnemer", *Bulletineke Justitia* 2009, p. 38-41.
- Schoordijk 1991: H.C.F. Schoordijk, 'De normen van maatschappelijke betamelijkheid in sport en spel', *WPNR* 1991, p. 703-706.
- Spier & Hartlief & Van Maanen & Vriesendorp 2006: J. Spier & T. Hartlief & G.E. van Maanen & R.D. Vriesendorp, *Verbintnissen uit de wet en schadevergoeding*, Deventer: Kluwer 2006.
- Wijnkamp 2012: S. Wijnkamp 2012, "Vals vertrouwen of eigen schuld?", *Advocatenblad* 2012, p. 34-35.
- Wildenburg 2003: R.H.J. Wildenburg 2003, "Sport en spel", *TVP* 2003, p. 55-58.

<sup>1</sup> Hartlief & Tjittes 1992, p. 57.

<sup>2</sup> Wijnkamp 2012, p. 34.

<sup>3</sup> HR 28 juni 1991, *NJ*, 622 (Natrap).

<sup>4</sup> Olfers 2009, p. 38.

<sup>5</sup> Van Dam 2000, p. 427.

<sup>6</sup> HR 19 oktober 1990, *NJ* 1992, 621 (Tennisbal).

<sup>7</sup> HR 28 juni 1991, *NJ* 1992, 622 (Natrap).

<sup>8</sup> HR 25 november 1977, *NJ* 1978.

<sup>9</sup> Olfers 2009, p. 38.

<sup>10</sup> Schoordijk 1991, p. 704.

<sup>11</sup> Spier, Hartlief, van Maanen & Vriesendorp 2006, p. 50.

<sup>12</sup> Van Dam 2000, p. 429.

<sup>13</sup> HR 11 november 1994, *NJ* 1996, 376 (Judoworp).

<sup>14</sup> HR 28 maart 2003, *RvdW* 2003, 63 (Wytmarsumer Merke).

<sup>15</sup> Wildenburg 2003, p. 56.

<sup>16</sup> HR 28 maart 2003, *RvdW* 2003, 64 (Schaatsers).

<sup>17</sup> Van Dam 2003, p. 4.

<sup>18</sup> Hartlief & Tjittes 1992, p. 60.

# 1 Medisch adviseur



Partijneutraal medisch adviesbureau

**Kernwaarden: objectief en onpartijdig, onafhankelijk en professioneel autonoom.**

Het kan echter anders (en beter). De afgelopen jaren is in de letselschadepraktijk veel verbeterd. Toch ervaren alle betrokken partijen in de letselschaderegeling de urgentie om de positie van het slachtoffer nog verder te verbeteren. Vooral het medisch beoordelingstraject is daarbij de afgelopen jaren uitgebreid onder de loep genomen. Dat heeft in 2010 geresulteerd in het rapport Medisch beoordelingstraject bij letselschade, inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen, waarin tal van knelpunten in het medisch beoordelingstraject benoemd en uitgewerkt zijn. Van recenter datum, december 2011, is de nieuwe medische paragraaf bij de GBL. In dat laatste rapport wordt vastgesteld dat het werken met één onpartijdig medisch adviseur de meest fundamentele oplossing is voor het probleem dat de medisch adviseur ongewild onderdeel kan worden van een juridisch steekspel.

Ik heb de overtuiging dat de inzet van één partijneutraal medisch adviseur, in ieder geval in een deel van de letselschadezaken, de werkwijze van de toekomst is. Het is daarbij echter van groot belang dat wordt voldaan aan een belangrijke randvoorwaarde. Voor zowel het slachtoffer als de medisch adviseur is het van essentieel belang dat de partijneutrale positie van de medisch adviseur gewaarborgd is. Het slachtoffer is daarmee verzekerd van een onpartijdig en objectief medisch advies, terwijl de medisch adviseur tegelijkertijd vanuit volledige onafhankelijkheid en professionele autonomie zijn werk kan verrichten.

## Initiatieven één medisch adviseur en de reacties

In de afgelopen periode zijn door verschillende partijen onderzoeken en pilots gestart naar de haalbaarheid en effecten van de inzet van één medisch adviseur. Een aantal van deze projecten heeft zich ook gepresenteerd tijdens de PIV Jaarconferentie op 30 maart 2012. De verschillende initiatieven moeten zeker niet als elkaars concurrenten gezien worden, zij streven immers alle hetzelfde doel na, namelijk een verdere verbetering van het medisch beoordelingstraject. Hiermee dragen de initiatieven alle op hun eigen, unieke manier bij aan de verwezenlijking van het concept één medisch adviseur.

Binnen letselschadeland is er veel aandacht voor het concept één medisch adviseur. Zo is recentelijk ook binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs de discussie over de (on)mogelijkheden van de inzet van één medisch adviseur gestart. In het Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken, de GAV

Drs. L.J.R.M. Buisman verzeke-  
ringsgeneeskundige RGA  
1Medisch adviseur bv'



scoop, nummer 2, juli 2012 verscheen in dat kader nog een drietal (positieve) bijdragen.

Behalve positieve reacties zijn er natuurlijk ook kritische en bezorgde geluiden vanuit de markt geuit. Bijvoorbeeld het argument dat de inzet van één medisch adviseur in strijd zou zijn met ons rechtstelsel. Of de constatering dat de medische wetenschap geen exacte wetenschap is en dat in dat kader de inzet van twee medisch adviseurs ieder vanuit een eigen positie en perspectief, altijd de voorkeur zou moeten hebben.

Bij de inrichting van het project 1MA ([www.project1medischadviseur.nl](http://www.project1medischadviseur.nl)), een van de initiatieven van het concept één medisch adviseur, zijn ook deze kritiekpunten meegenomen. Het project, waarbij verzekeraar Achmea, belangbehartigers Europrotector, Letselschadebureau Kloppenburg en Van der Toorn Personenschade, de Universiteit van Tilburg en het partijneutrale medisch adviesbureau 1Medisch adviseur een multidisciplinaire projectsamenwerking zijn aangegaan, onderzoekt de effecten van de inzet van één medisch adviseur op respectievelijk klanttevredenheid, doorlooptijd en kostenaspect. Daarbij is een aantal harde randvoorwaarden geformuleerd. Een daarvan is dat een slachtoffer nooit een 'eigen' medisch adviseur ontzegt kan worden. Deelname aan het project is dus te allen tijde vrijwillig en het slachtoffer kan tussentijds zijn of haar deelname beëindigen, bijvoorbeeld wanneer hij of zij zich niet kan vinden in de inhoud van het medisch advies. Dit heeft dan tot gevolg dat alsnog het reguliere medisch traject met twee medisch adviseurs ingezet wordt.

Een andere fundamentele keuze is dat de medisch adviseur een volstrekt partijneutrale positie dient in te nemen, geheel losstaand van alle betrokken partijen. Juist omdat de medische wetenschap geen exacte wetenschap is, dient de medisch adviseur verzekerd te zijn van volledige professionele autonomie, waarbij alle verschillende perspectieven in het oog gehouden moeten worden. Indien deze

- > partijneutrale positie en professionele autonomie gewaarborgd zijn, hoeft de (standaard) inzet van twee medisch adviseurs zeker geen automatisme (meer) te zijn. In veel zaken zal naar ieders tevredenheid met één medisch adviseur volstaan kunnen worden, zeker gelet op het feit dat de huidige praktijk leert dat er in een aanzienlijk deel van de letsels helemaal geen (fundamenteel) verschil van inzicht bestaat tussen de beide medisch adviseurs.

### Toekomstvisie op concept één medisch adviseur

Hoewel de effecten van de inzet van één medisch adviseur momenteel in de diverse projecten en pilots dus nog worden onderzocht, lijkt de werkwijze met één medisch adviseur op voorhand toekomst te hebben. Waarschijnlijk niet in alle voorkomende letselschadezaken, maar dan toch zeker in een substantieel deel daarvan.

Er zou daarbij gedacht kunnen worden aan een soort keuzemodel waarbij het aan het slachtoffer is om een keuze te maken. Daarbij bestaat de optie om (in samenspraak met de belangenbehartiger) te kiezen voor de conventionele werkwijze met een eigen medisch adviseur (MAS) en een medisch adviseur aan de kant van de aansprakelijk verzekeraar (MAA). Slachtoffer en belangenbehartiger kunnen in overleg met de aansprakelijkheidsverzekeraar echter ook kiezen voor een partijneutrale medisch adviseur, die dan in gemeenschappelijke en gelijktijdige opdracht van alle partijen optreedt.

Maar één medisch adviseur is, ook nu al, breder inzetbaar. Daarbij kan gedacht worden aan de mogelijkheden van een zogenoemde *third opinion*. Bijvoorbeeld in die zaken waarin het reguliere medisch traject met een MAA en MAS is vastgelopen en er behoefte bestaat aan de (vrijblijvende) mening van een partijneutrale medisch adviseur. Dat kan tijdsverslindende en kostbare expertises en procedures helpen voorkomen.


Verder lijken er zeker ook mogelijkheden te bestaan voor de inzet van één medisch adviseur in mediation-trajecten, ten minste daar waar er inhoudelijk sprake is van een medisch dispuut.

### Eén medisch adviseur in de praktijk

Er zit toekomst in de werkwijze met één medisch adviseur, zoveel lijkt duidelijk. Een harde voorwaarde is dan

in ieder geval dat het slachtoffer verzekerd moet zijn van een objectief en onpartijdig advies van een medisch adviseur die op zijn beurt volstrekt onafhankelijk en professioneel autonoom is. We hebben hier in de praktijk een aanzet toe gegeven door het oprichten van het partijneutrale medisch adviesbureau 1Medisch adviseur. Een zelfstandige organisatie met een eigen entiteit, zonder inmenging van verzekeraars, noch belangenbehartigers. Vanuit die hoedanigheid verzorgt het bureau 1Medisch adviseur de medische advisering in het kader van het project 1MA. De eerste ervaringen met de hierboven beschreven werkwijze met één medisch adviseur zijn positief. Het gezamenlijke en gelijktijdige opdrachtgeverschap van partijen richting medisch adviseur, leidt tot een verbetering van de onderlinge communicatie en een efficiënter werkproces. Bovendien resulteert de inzet van één medisch adviseur in meer transparantie. Slachtoffer, belangenbehartiger en verzekeraar hebben te allen tijde (digitaal) inzicht in de voortgang van het medisch traject. Het slachtoffer wordt daarbij ook de mogelijkheid geboden om, alvorens een medisch advies opgesteld wordt, de onderliggende medische stukken in te zien en te controleren op feitelijke onjuistheden.

Onze werkwijze met één medisch adviseur betekent in de praktijk ook dat er direct(er) contact mogelijk is tussen slachtoffer en medisch adviseur. De medisch adviseur komt dicht bij het slachtoffer te staan en heeft zodoende meer mogelijkheden om zich een goed beeld te vormen van de situatie van dat slachtoffer. Tegelijkertijd ontstaat er een bepaalde laagdrempeligheid waarbij het slachtoffer ook sneller bij de medisch adviseur kan aankloppen. Hoewel het slachtoffer, zoals gezegd, altijd de mogelijkheid heeft om het project te verlaten en alsnog te kiezen voor een 'eigen' medisch adviseur, is dat in de praktijk nog niet voorgekomen.

Het concept één medisch adviseur lijkt daarmee de belofte in zich te hebben om een positieve bijdrage te leveren aan het verder verbeteren van het letselschadetraject en de positie van het slachtoffer daarbinnen. 

<sup>1</sup> [www.1medischadviseur.nl](http://www.1medischadviseur.nl).



4e MEDAS Meeting, 4 juni 2012

## 'Het Vaststellen van Beperkingen bij Claimbeoordeling'

Mevrouw dr. D.P.W.M. Wientjens, arts  
MEDAS

**Medisch adviesbureau MEDAS wist haar gasten op een zonnige middag in juni te boeien op een fraai buiten in Overveen.**

**Dat het vaststellen van beperkingen bij claimbeoordeling geen gemakkelijk onderwerp is, zal iedereen die hiermee te maken heeft - van verzekeraar, medisch adviseur, medisch specialist en advocaat tot rechter - direct beamen. Hiervoor had MEDAS sprekers uit de medische, juridische en beleidswereld bij elkaar gebracht. Een *quick fix* was dan ook niet te verwachten. Met een *'Toolkit bij beperken'* trachtte MEDAS de aanwezigen hiervoor handvatten te bieden.**

De eerste spreker - Jan Buitenhuis, universitair docent aan het UMCG en gepromoveerd verzekeringsarts - ging in op het begrippenkader rond pijn. Zo sprak René Descartes over een fysiologisch fenomeen in directe relatie tot weefschade. Bij chronische pijn, zoals wij die tegenwoordig kennen, houdt pijn meer dan zes maanden aan en is er vaak geen aanwijsbare fysiologische oorzaak. Er treedt een proces van centrale sensitatie op in de hersenen, waarbij vermijdingsgedrag evolueert tot een slechte fysieke conditie, beperkingen en depressie. Buitenhuis pleit voor een bewuste hantering van semantiek bij het vaststellen van beperkingen en spreekt in dit kader dan ook liever over beperkte mogelijkheden.



Psychologisch is het gunstiger de ondergrens van wat iemand kan te benoemen dan de bovengrens (*"tot hier en niet verder"*).

Het gevaar van inactiviteit werd toegelicht door Jan Verhoeven - psycholoog/fysiotherapeut en oprichter van CQndite. Het onterecht opleggen van beperkingen en daarmee impliciet inactiviteit, werkt *an sich* invaliderend. Het wetenschappelijk bewijs hiervoor stapelt zich op, zodat het aloude adagium 'rust roest' inderdaad blijkt op te gaan. Bij inactiviteit voltrekken zich namelijk geleidelijk processen op zowel lichamelijk als emotioneel vlak, die het ziektegevoel doen toenemen. Dit gegeven levert echter ook *tools* op voor een effectieve manier van behandelen. Zo hebben lichamelijke activiteit en een sociaal actief leven een zelfversterkend effect op het cognitief functioneren. Verlies aan zelfvertrouwen in het eigen geheugen, veelal door selectief waarnemen en abnormaal labelen van normale vergeetachtigheid, leidt tot de veel gehoorde geheugen- en concentratieproblemen bij inactiviteit. Daarom is het bij het behandelen van personen die langere tijd inactief zijn van belang om grensverleggend bezig te zijn en daarbij een streefniveau te hanteren in plaats van uit te gaan van hun huidige toestand.

*"Luisteren naar je eigen lichaam mag, maar trek je er vooral niet teveel van aan"*, aldus Jan Verhoeven.

Hoe het in de praktijk toegaat, verwoordde orthopeed Minne Heeg. Ondanks zijn ruime ervaring als expert, voorzitter van de Commissie Invaliditeit en Arbeidsongeschiktheid (CIA) van de Nederlandse Orthopeden Vereniging én medeoprichter van de Nederlandse Vereniging van Medisch Specialistische Rapportages (NVMSR), bekende hij gezonde twijfels te hebben gehad om op deze middag te spreken. Als reden hiervoor gaf hij het spanningsveld waarin de expert zich bevindt bij het toekennen van beperkingen. Enerzijds wil hij niet louter afgaan op de klachten van betrokkene maar wil hij de beperkingen objectief en medisch kunnen verklaren (i.c. de medische causaliteit). Anderzijds ervaart hij bij het beschrijven van beperkingen in semikwantitatieve maat dat juist niet-medische factoren een grote rol spelen. Ook voor een specialisme als de orthopedie is het objectief en reproduceerbaar vaststellen van beperkingen dus een lastige taak. Dit tekort aan concreetheid valt te compenseren door goed door te vragen bij een beoordeling. Hierbij gaat de expert/medisch specialist doorgaans verder dan hij in zijn spreekkamer gewoon is. >





- > Daarna volgde een uitstapje naar de wereld van wet- en regelgeving. Simon Knepper - verzekeringsarts, thuis in de wereld van de SER en de Gezondheidsraad en auteur van veel publicaties op sociaal geneeskundig vlak - legde het opmerkelijke verschil bloot tussen de beoordeling van beperkingen van functioneren in de private en publieke sector. Volgens hem een niet wenselijke situatie, omdat de situatie een niet wezenlijk andere is. Als vertrekpunt voor beoordeling in beide sectoren gelden immers de belemmeringen zoals de persoon die ervaart als gevolg van ziekte, welke getoetst worden aan het medisch beeld, relevante arbeid of ander dagelijks functioneren, op plausibiliteit, consistentie en participatiegedrag. Op het instrumentarium dat voor de sociale sector is ontwikkeld is het een en ander af te dingen. Na enkele aanpassingen zoals herziening van de functiemogelijkheden-

lijst (FML) naar de huidige tijd en het ontwikkelen van een richtlijn medische causaliteit zouden deze ook bruikbaar kunnen zijn in de private sector. Dit laat onverlet dat bij de beoordeling van beperkingen onvermijdelijke verschillen zullen blijven optreden. Volgens Knepper is het niet de taak van de medisch specialist om de beperkingen te kwantificeren/beoordelen maar veeleer van de verzekeringsarts en medisch adviseur omdat de beperkingen niet alleen afgeleid kunnen worden uit de medische bevindingen.

De forumdiscussie werd ingeleid door twee gerenommeerde advocaten, Jacqueline Meyst-Michels en Peter Langstraat. Aan de orde kwam dat er evidente verschillen bestaan tussen uitspraken van de verschillende gerechtshoven in whiplashzaken waarbij sommige rechters zelf beperkingen vaststellen en de medische causaliteit ter zijde schuiven; een gegeven waar een advocaat handig gebruik van kan maken. Mr. Meyst-Michels pleitte er dan ook voor dat de rechters over deze 'postcoderechtspraak' informeel eens een raadkamerberaad zouden beleggen. Verder werd het ware belang van betrokkene belicht. Velen in de zaal waren van mening dat een langdurige procedure betrokkene onnodig lang in een patiëntenrol dwingt. Het belang van snelheid, activering en de beoordelingskaders werden nog eens belicht waarbij de tijdens deze middag aangereikte handvatten zoals het benoemen van mogelijkheden in plaats van beperkingen, het doorvragen op ervaren belemmeringen door de medisch expert en herziening van de huidige FML lijst zouden kunnen worden gebruikt.



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: Quantes, Rijswijk

