

TIPS EN VALKUILEN

SCHADE VERHALEN

Medische missers

Door corona liggen er allerlei medische claims op de loer. Wat is de beste aanpak en de kans van slagen als je een dergelijke claim wilt indienen?

TEKST ERIC BASSANT



DE DRUKTE IN ZIEKENHUIZEN

door corona leidt tot uitstel van reguliere zorg. Een van de grootste medische aansprakelijkheidsverzekeraars, MediRisk, verwacht dat veel gedupeerden schadeclaims zullen indienen. Ook zorgpersoneel kan met claims komen. Of de voorspelling van MediRisk uitkomt, is onzeker. Hoe het ook zij, een explosie van claims zal het huidige systeem verder onder druk zetten. Procedures duren nu al lang. 'Dit systeem zet mensen tegenover elkaar en levert alleen verliezers op', zegt professor Arno Akkermans (zie foto), hoogleraar privaatrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam.

Volgens Fonds Slachtofferhulp zijn er in ons land jaarlijks 40.000 slachtoffers van medische missers. Zo'n 10.000 lopen blij-

vende schade op en 1000 overlijden zelfs. Een deel van alle slachtoffers of nabestaanden dient een verzoek voor een schadevergoeding in.

Volgens verzekeraars MediRisk en Centramed, die bijna de hele ziekenhuismarkt in handen hebben, zijn vorig jaar in totaal bijna 1600 claims ingediend. VvAA ontving in dat jaar ruim 900 claims. Deze vereniging verzekert huisartsen, tandartsen en andere zelfstandige zorgverleners. De meeste claims worden binnen drie jaar afgewikkeld, maar bij ingewikkelde zaken duurt het vaak langer dan vijf jaar. Daarbij gaat het meestal om hoge bedragen.

Claim indienen

Een fout bij een behandeling kan duidelijk zijn, bijvoorbeeld als een medisch specia-

list de patiënt en/of zijn familie daarover heeft ingelicht. Maar het gebeurt ook dat je de fout zelf moet aankaarten. Bijvoorbeeld omdat je pas later via een andere zorgverlener ontdekt dat je eerdere behandelaar een diagnose heeft gemist. Je hebt dan vijf jaar na de ontdekking de tijd om een schadevergoeding te claimen. 'Ga eerst het gesprek aan met de dokter, geef hem of haar een kans om het uit te leggen', zegt Annemiek van Reenen-ten Kate. Zij is directeur van Hofmans Letselschade en heeft veel ervaring met claims na medische fouten. 'Er zijn veel patiënten die meteen een arts aansprakelijk willen stellen, maar dat doe ik niet zomaar. Drie op de vier klanten verwijst ik terug naar de arts.'

Van Reenen-ten Kate geeft aan dat slachtoffers meestal willen dat een zorgverlener excuses aanbiedt en dat een ander niet overkomt wat zij hebben meegemaakt. 'Geld komt op de laatste plaats.'

Een klacht over een medische behandeling kun je het best schriftelijk indienen bij de verantwoordelijke arts en bij de klachtenfunctionaris van de zorginstelling. Hoe de laatste daarmee omgaat, is sterk afhankelijk van zijn positie bij de instelling en hoe daar gedacht wordt over medische fouten. Een medische fout is een drama voor een patiënt, maar ook voor een arts. Uit een onderzoek van Nivel van twee jaar geleden blijkt dat in ziekenhuizen nog steeds misverstanden bestaan over de vraag of het uiten van excuses of medeleven door een arts gelijkstaat aan het erkennen van een fout of aansprakelijkheid. Dit is namelijk niet het geval.

Schadevergoeding

Instellingen en zorgverleners moeten zich houden aan wettelijke regels bij het bieden van uitleg en openheid aan een patiënt. Dit is onder meer vastgelegd in de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Hierin staat dat een klachtenfunctionaris van een instelling de patiënt moet informeren over het verloop van de procedure en de keuzes die hij heeft.



FOTO: EDWIN WEERS

Tegelijk met de klacht over een behandeling kun je een schadevergoeding indienen. Als de behandeling in een ziekenhuis plaatsvond, moet je de claim daar indienen en niet bij de medisch specialist.

Je mag ook een vergoeding van kosten en emotionele schade (smartengeld) eisen. Bedenk daarbij wel dat de totale uitkeringsbedragen in Nederland niet vergelijkbaar zijn met die in de Verenigde Staten, waar een claimcultuur heerst. Zo keerde MediRisk in 2019 een gemiddeld schadebedrag van ruim €41.000 uit en Centramed bijna €35.000. Deze bedragen zijn inclusief een vergoeding voor juridisch en ander advies.

Opvragen van stukken

Een ziekenhuis moet onderzoeken of de patiënt recht heeft op een schadevergoe-

ding. Soms moet je daarvoor aanvullende informatie verschaffen. Als het onderzoek te lang duurt (meer dan tien weken) of als de vergoeding wordt afgewezen, kun je het ziekenhuis aansprakelijk stellen. Zo'n aansprakelijkstelling moet goed worden onderbouwd.

'Ik vraag mijn klanten om een tijdlijn te maken. Hiermee breng je in kaart wat wanneer is gebeurd en door wie', zegt Van Reenen-Ten Kate. 'Ook vraag ik alle verslagen op die deel uitmaken van het medisch dossier. Het operatie- en verpleegkundig verslag, de polikliniekstatus, röntgenfoto's en ander beeldmateriaal, dus alle componenten die van belang zijn voor een zorgvuldige beoordeling.'

In het medisch dossier staat onder meer welke artsen aan de behandeling hebben meegewerkt. De instelling is verplicht →

Professor Arno Akkermans:
'Het huidige systeem voor schadevergoedingen bij medische claims levert alleen maar verliezers op. Er moet een aparte instantie komen voor de medische beoordeling van missers.'



een kopie van het dossier te verstrekken. Het verzamelen van alle stukken kost wel tijd. Daarna beoordelen medische adviseurs het dossier en kijkt een specialist er eventueel nog naar. Vervolgens wordt er met een juridische blik naar gekeken. Als dan blijkt dat inderdaad sprake is van onzorgvuldig handelen met aantoonbare schade, kan de aansprakelijkstelling worden opgesteld.

Hulp inschakelen

Als de fout en de schade groot zijn, kun je eigenlijk niet zonder een adviseur die veel ervaring heeft met medische claims. 'Wij geven altijd het advies om een goede belangenbehartiger in de arm te nemen. We verwijzen dan naar het keurmerk van de Letselschade Raad', zegt directeur Irene Heikens van Centramed.

Wie een rechtsbijstandsverzekering heeft, kan zich laten bijstaan door een jurist van de verzekeraar. Anderen kunnen terecht bij een letselschadeadvocaat of -bureau dat thuis is in medische claims.

Het kan moeilijk zijn om een goede belangenbehartiger te kiezen. Laat je in elk geval niet verleiden door ronkende advertentieteksten. Kijk liever of iemand ingeschreven staat in het register van de Letselschade Raad, de instantie die zich inzet voor een betere claimafhandeling. 'Er zijn grote kwaliteitsverschillen. Het gaat niet alleen om juridische kennis. Iemand moet ook een goede onderhandelaar zijn en kunnen omgaan met de emoties van een cliënt', zegt August Van, letselschadeadvocaat bij Beer Advocaten.

Kosten zijn barrière

De ondersteuning van een letselschadebureau dat op no-cure-no-paybasis werkt, kan gratis lijken. Maar vergis je niet, de kosten worden verrekend met de schadevergoeding. Soms gaat een derde van de toegekende vergoeding of meer naar het bureau. Wanneer niet op no-cure-no-paybasis wordt gewerkt, betaal je rond de €200 per uur voor de diensten van een letselschadeadviseur.

Het voordeel van een advocaat (circa €250 per uur) is dat hij kan procederen. Bij claims boven de €25.000 die voor de rechter komen, moet je een advocaat hebben. Overigens komt maar een klein percentage van alle zaken voor de rechter. 'Heel veel burgers haken af als ze horen wat de kosten van een aansprakelijkstelling zijn', zegt August Van.

Het onderzoek door een medisch adviseur om de haalbaarheid van een claim te beoordelen, kan zo €2000 kosten. Als in overleg met de tegenpartij een onafhankelijke deskundige nog een onderzoek moet doen, betaalt de patiënt de helft van de kosten. Daarbij kan het opnieuw om duizenden euro's gaan. En je advocaat moet je ook nog betalen. Totaalkosten van meer dan €10.000 om je recht te halen, zijn geen uitzondering. Als de aansprakelijkstelling niet succesvol is, moet een patiënt

of zijn rechtsbijstandsverzekeraar die betalen. Wordt de aansprakelijkheid erkend, dan betaalt de tegenpartij, mits de kosten redelijk zijn.

De afwikkeling

De belangrijkste aansprakelijkheidsverzekeraars en een aantal belangenbehartigers hebben zich aangesloten bij GOMA (Gedragscode Openheid Medische Aansprakelijkheid). In deze gedragscode voor de afwikkeling van medische aansprakelijkheid staan richtlijnen voor de communicatie met het slachtoffer of de nabestaanden. Ook gelden er termijnen voor de afhandeling. Zo moet een verzekeraar binnen drie maanden na ontvangst van een claim een standpunt innemen over de aansprakelijkheid. Vaak duurt dat langer, zeker als niet helemaal duidelijk is of de fout verwijtbaar is en als er tijdrovende

'KIJK UIT MET GESCHILLENCOMMISSIE'



Als je het oneens bent met de reactie van een ziekenhuis of een andere zorgaanbieder op een klacht, kun je je zaak voorleggen aan een geschillencommissie. Tegelijkertijd kun je daar een claim indienen. Naar een geschillencommissie stappen kan zonder hulp van een belangenbehartiger en kost rond de €50. Veel patiënten kiezen hiervoor vanwege de lage kosten. De Geschillencommissie Ziekenhuizen rekent €127,50 als je tegelijk met de klacht een claim van €15.000 tot €25.000 toevoegt.

Een geschillencommissie mag alleen een oordeel vellen over claims tot €25.000. Het vervelende is alleen dat veel claims worden afgewezen, omdat de onderbouwing niet voldoende was. Daarnaast zit er juridisch een flinke adder onder het gras. Veel klagers realiseren zich niet dat een uitspraak van een geschillencommissie bindend is. De geschillencommissies in de zorg zijn daar niet altijd duidelijk over. Een bindende uitspraak betekent dat patiënten niet in beroep kunnen gaan. Ook kunnen ze hun klacht en claim niet meer voorleggen aan een rechter.

'De geschilleninstanties vormen een doolhof dat geen merkbare verbetering heeft gebracht', zegt professor Akkermans. 'Zij vormen soms zelfs een valkuil voor patiënten die er niet op bedacht waren dat zij, ondanks alle beloften van laagdrempeligheid, aan de oude juridische bewijslast moeten voldoen. Door het bindende karakter van de uitspraak van de geschillencommissie zien ze dan hun aanspraken definitief afgewezen.'

onderzoeken moeten plaatsvinden. Verder bestaat er nog de gedragscode GBL (Gedragscode Behandeling Letselschade). Deze is bindend voor aangesloten belangenbehartigers en de leden van het Verbond van Verzekeraars.

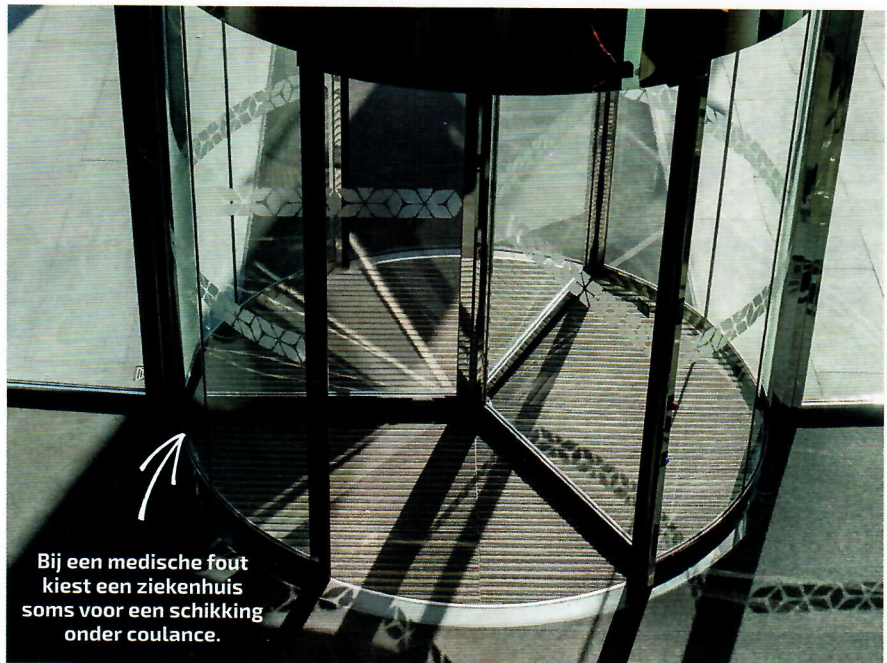
Het beoordelen van de schade kan ingewikkelder zijn dan het beoordelen van de aansprakelijkheid. Soms is pas na jaren duidelijk wat de 'medische eindsituatie' en de blijvende schade is. Dit is bijvoorbeeld het geval als er een fout is gemaakt bij de geboorte van een kind. De lichamelijke gevolgen zijn vaak pas duidelijk na herstel operaties en wanneer het jongvolwassen is geworden. In de tussentijd kunnen alvast voorschotten worden betaald.

Een ziekenhuis kan ervoor kiezen de schadeafhandeling zelf op te lossen, zonder verzekeraar. Ziekenhuizen hebben een eigen risico en zijn alleen verzekerd voor heel hoge schades. Soms kiest een ziekenhuis zelf voor een schikking onder coulance. Dit gebeurt dan zonder erkenning van schuld en zonder dat tot de bodem is uitgezocht wie aansprakelijk is. Het voordeel daarvan is dat je als patiënt niet te maken krijgt met een tijdrovende procedure. Het is bij een schikking onder coulance soms verstandig om niet akkoord te gaan met finale kwijting. Dat laatste betekent dat je niet kunt terugkomen op de afgesproken vergoeding.

Verbeteringen nodig

Over alternatieven voor de huidige werkwijze bij medische claims lopen de meningen uiteen. Nu doen meerdere partijen op verschillende momenten meestal de medische beoordeling. Professor Akkermans zou liever zien dat er een scheiding komt tussen de tijdrovende en kostbare medische beoordeling en de bepaling van de schadevergoeding. 'Er zou een onafhankelijke instantie moeten komen voor de medische beoordeling.'

Volgens Irene Heikens van Centramed is dat geen oplossing voor het tekort aan medisch specialisten die een deskundigenonderzoek kunnen doen. Zij verwacht



Bij een medische fout kiest een ziekenhuis soms voor een schikking onder coulance.

veel van betere samenwerking. 'We kunnen 80% van alle claims binnen drie jaar afhandelen als verzekeraars, belangenbehartigers, zorgverleners en slachtoffers beter samenwerken. Je kunt het medisch dossier van een patiënt bijvoorbeeld in een digitale kluis zetten. Voor de belangrijkste partijen is die dan toegankelijk, zodat niet iedereen apart het dossier hoeft op te vragen', zegt Heikens.

Letselschadeadvocaat August Van vindt dat zorgverzekeraars de bijkomende kosten moeten vergoeden om de financiële barrières weg te nemen bij de slachtoffers. 'Zorgverzekeraars hebben er belang bij dat er duidelijkheid komt over aansprakelijkheid. Ze moeten immers extra kosten maken door de medische fout en het is natuurlijk mooi als ze die kunnen verhalen op de veroorzaker.' ●

AAN DE SLAG

 Bekijk onze lijst met websites op geldgids.nu/aandeslag als je met dit onderwerp aan de slag wilt.

Kijk of een belangenbehartiger ingeschreven staat bij de Letselschade Raad

