

# Artikel

## Een goed begin is het halve werk

Hoe kunnen we de behandeling en afwikkeling van kindschades samen verder verbeteren

Mr. J.G. Vos\*

### 1. Inleiding

Kinderen die letsel oplopen, hebben aandacht nodig. Wij zijn allemaal opgegroeid met het ‘kusje erop’, dat de pijn van een geschaafde knie of een blauwe plek als sneeuw voor de zon doet verdwijnen. Hoe groter de pijn, hoe meer aandacht er nodig is, naast uiteraard alle praktische zaken die geregeld moeten worden. Omdat kinderen voor de meeste praktische zaken afhankelijk zijn van ouders of andere verzorgers, ontstaan er in het geval van ernstig letsel al snel knelpunten. Ouders lopen tegen grenzen aan, worden door instanties van het kastje naar de muur gestuurd en worden geconfronteerd met oplopende kosten. Wanneer het letsel is veroorzaakt door toedoen van een ander, komt daar nog een discussie bij met de veroorzaker of de verzekeraar over aansprakelijkheid, causaliteit en toerekenbare schade.

Naast de zorgen om het kind, krijgen ouders bij ernstige letselschades te maken met juridische discussies, frustraties en onzekerheid over vergoedingen. Kortom, een energievretend proces. En omdat kindschades meestal op hun vroegst worden afgewikkeld wanneer het kind meerderjarig is geworden, moeten de betrokken partijen jarenlang met elkaar samenwerken.

Er is echter bij de verzekeraars ook een tendens te zien om het beter te willen doen. Er zijn steeds meer positieve en proactieve voorbeelden, waarvan ik er graag een aantal noem. Want de aanpak van letselschades en met name kindschades kan nog veel beter en wij kunnen

elkaar daarin, vanuit onze eigen invalshoeken, blijven inspireren.

In dit artikel zal ik een aantal belangrijke knelpunten bespreken in de schaderegeling bij de meest complexe situaties, namelijk de zaken waarin jonge kinderen blijvend ernstig letsel hebben opgelopen. Daarbij ga ik in op zaken waarin de aansprakelijkheid ter discussie staat en zaken waarin de aansprakelijkheid vrijwel direct vaststaat. De causaliteitsdiscussie laat ik voor dit moment buiten beschouwing.

### 2. Meteen aan de slag

In zaken waarin de aansprakelijkheid vrijwel direct vaststaat, wordt al snel een beroep gedaan op de verzekeraar, zodra ook duidelijk is dat het letsel langdurig ernstige gevolgen zal hebben. In eerste instantie lijken de kosten in het beginstadium vaak mee te vallen. De focus van de ouders ligt volledig bij het kind, dat soms nog is opgenomen of thuis verzorgd wordt. Pas op het moment dat duidelijk wordt dat het leven blijvend en ingrijpend verandert en er ook aanzienlijke kosten moeten worden gemaakt, slaat de paniek toe. Wanneer op zo'n moment een aansprakelijke partij of een verzekeraar inactief en defensief achterover leunt onder het mom van: ‘wie eist, bewijst’, is de toon vaak gezet. Een dergelijke houding is een garantie voor een jarenlange juridische strijd met alleen maar verliezers en het kind als grootste slachtoffer.

Steeds vaker zien we gelukkig dat voortvarend gesprekken worden gevoerd, huisbezoeken worden afgelegd en schaderegelaars en casemanagers worden ingezet om de hulpbehoeften in een vroeg stadium te signaleren en in kaart te brengen. Hierbij is de organisatie van de zorg de

\* Mevr. mr. J.G. Vos is personenschade- en aansprakelijkheidsdeskundige bij Andriessen Expertise.

belangrijkste behoefte, maar ook een adequate huisvesting en, in een later stadium, een zinvolle dagbesteding. Een casemanager, vaak een ergotherapeut van een arbeidsdeskundig bureau, zorgt ervoor dat de noodzakelijke zorgbehoefte op het gebied van verpleging, verzorging, begeleiding en toezicht wordt vastgesteld en brengt ook in kaart of daarin (deels) kan worden voorzien vanuit private en publieke middelen.<sup>1</sup> Op basis daarvan wordt een zorgplan en een financieringsplan opgesteld.

Over het beroep op de publieke middelen wordt door juristen veel gediscussieerd, in die zin dat door belangenbehartigers veelal wordt beargumenteerd dat hun cliënten niet naar de bestaande publieke middelen mogen worden verwezen, omdat men vrij is in de keuze van de uiteindelijke zorgverlener. Strikt genomen is dat juist,<sup>2</sup> maar dat laat onverlet dat er binnen de bestaande middelen uitstekende zorg beschikbaar is. Bovendien bieden de bestaande instanties ook voordelen in de zin van beschikbaarheid, ervaring, opleiding en garanties voor kwaliteit. Voor die gevallen waarin de bestaande instanties geen adequate hulp kunnen bieden, zal gekeken moeten worden naar andere mogelijkheden.

Hetzelfde geldt voor beschikbare hulpmiddelen, aanpassingen en woonvoorzieningen. Een veelgehoorde klacht hierbij is dat het traject tot de uiteindelijke beslissing, via de reguliere instanties zoals de gemeente, lang duurt en bureaucratisch is. Vervolgens wordt veelal 'slechts' de noodzakelijke voorziening toegekend, in plaats van de meest adequate. Wanneer belangenbehartigers de aansprakelijke partij vervolgens aanspreken om toch de meest adequate voorziening te vergoeden, is dat een begrijpelijke actie. Het blijft wel wrang dat degenen die dezelfde voorzieningen nodig hebben maar geen aansprakelijke partij hebben, daarmee dus per definitie slechter af zijn. De 'pechvogels' zijn aangewezen op de sociale zekerheid.<sup>3</sup> Waar van overheidswege inmiddels is besloten dat slachtoffers met een aansprakelijke derde niet mogen worden verwezen naar de WMO, zullen patiëntjes zonder aansprakelijke derde en zonder voldoende eigen middelen het moeten doen met de hoogst noodzakelijke voorziening in Nederland. Ook slachtoffers die door schulddeling of het ontbreken van causaal verband hun schade niet volledig vergoed krijgen, kunnen niet altijd de meest adequate zorg of voorziening realiseren.

In veel gevallen is de meest noodzakelijke zorg of voorziening ook de meest adequate. Wanneer dan in een vroeg stadium door een schaderegelaar of een casemanager samen met de ouders en hun belangenbehartiger wordt geïnventariseerd wat nodig zal zijn, kunnen op tijd de procedures in gang worden gezet en aanvragen

worden ingediend. Dit is een bijzonder tijdrovend en ingewikkeld proces, waarin een case- of zorgmanager de ouders enorm kan ontzorgen. Wanneer de zorg uiteindelijk optimaal is geregeld, zullen er minder onnodige kosten hoeven te worden gemaakt, kan gebruik worden gemaakt van bestaande voorzieningen en blijft het gezin overeind. Uiteindelijk leidt dit tot minder schade en minder kosten en vooral tot minder frustratie.

### 3. What's in it for me?

Zoals aangegeven is het regelen van zorg en voorzieningen een intensief proces. De inzet van casemanagers zorgt aan het begin van het schaderegelingsproces voor hoge kosten voor de verzekeraar. Nu deze casemanagers sinds enkele jaren actiever worden ingezet, zal dit mede hebben bijgedragen aan de stijging van de schadelast.<sup>4</sup> Een casemanager kan zichzelf echter ruimschoots terugverdienen doordat de zorg efficiënt en adequaat wordt georganiseerd. Het doel is hierbij dat het kind, waar de zorg uiteindelijk voor wordt georganiseerd, zoveel mogelijk zelfredzaam blijft en zoveel mogelijk comfort wordt geboden.

Dat brengt mij op een volgend punt. Wanneer in het kader van de zorg ook kosten worden vergoed waarmee het comfort van het kind wordt geoptimaliseerd, kan betoogd worden dat daarmee het leed wordt verzacht. De vergoeding voor het smartengeld is een tegemoetkoming in geld voor leed en gederfde levensvreugde. Wanneer het leed beperkt kan worden door als verzekeraar te zorgen voor een adequate en passende huisvesting, een veilige en comfortabele omgeving met voldoende zorg en zoveel mogelijk vreugde door een zinvolle dagbesteding, kan bepleit worden dat de compensatie voor de immateriële schadevergoeding minder hoog hoeft te zijn. Het slachtoffer zelf kan immers in veel gevallen met ernstig letsel het smartengeld niet zelfstandig besteden. De ouders blijven in die gevallen bewindvoerder en dienen rekening en verantwoording af te leggen over de gelden die zij opnemen van de BEM-rekening. Wanneer concrete kosten voor bijvoorbeeld aangepast speelgoed, snoezelmateriaal, rolstoelfietsen, woningaanpassing voor thuisverblijf, aangepaste vakanties of andere specifieke kosten worden vergoed, dan is de vraag in hoeverre het smartengeld het leed nog verder kan en moet compenseren. Wanneer echter in de toekomst voorzienbaar is dat dergelijke kosten worden gemaakt, maar de hoogte nog niet bekend is, wordt ook wel betoogd dat het smartengeld een fonds vormt waarmee voor nu en in de toekomst een zo aangenaam en menswaardig mogelijk

1. Handreiking Zorgschade 2017.

2. In 2018 is door de VNG en door het Verbond van Verzekeraars juridisch advies gevraagd over de vraag of slachtoffers eerst een beroep op de WMO moesten doen alvorens de verzekeraar te kunnen aanspreken. Hierop is in beide gevallen een negatief advies ontvangen, naar aanleiding waarvan het WMO-convenant is opgezegd.

3. Zo ook T. Hartlief in zijn annotatie bij het Hangmatarrest, ECLI:NL:HR:2010:BM 6095, NJ 2011/465, p. 4731-4764.

4. Het Verbond van Verzekeraars noteerde in verkeersschades van 2014 tot en met 2017 een stijging van 25% aan schadelast, vooral door letselchades, bij een daling van het aantal claims met 18%. Bij de medische aansprakelijkheidsverzekeraars werd onlangs ook een stijging van 20% van het gemiddelde schadebedrag gemeld.

bestaan in de gegeven omstandigheden kan worden gerealiseerd.<sup>5</sup>

## 4. Wat nu-benadering

Een enigszins vergelijkbare discussie wordt gevoerd over de vraag of in geval van ernstig letsel, zonder uitzicht op zelfstandig functioneren, het verlies van verdienvermogen concreet of abstract of wellicht in het geheel niet moet worden berekend.

Bij de concrete berekening wordt de financiële situatie vastgesteld zoals die zonder het letsel zou zijn geweest. Dit kan slechts concreet worden vastgesteld wanneer het slachtoffer al duidelijk op weg was naar een zekere carrière. Als nog niet duidelijk was welke carrière in het verschiet lag vanwege de jonge leeftijd van het slachtoffer, wordt de hypothetische situatie meer abstract vastgesteld op basis van familie en statistiek. Bij het aldus bepaalde verdienvermogen kan in redelijkheid een uitgavenpatroon worden voorgesteld. Een uitvoerige discussie in en buiten rechte ligt dan uiteraard voor de hand, evenals onduidelijkheid en willekeur in berekeningen.<sup>6</sup> Met de nodige aannames kan een fictief verdienvermogen in de situatie zonder letsel worden begroot.

Daartegenover wordt de situatie met het letsel geplaatst, waarbij veelal sprake is van een Wajong-uitkering en volledige verzorging in een instelling of bij ouders thuis, zonder eigen uitgavenpatroon. Naar gelang het verdienvermogen hoger zou zijn geweest, is het verschil en dus de schade groter. De schadevergoeding wordt vervolgens betaald aan de bewindvoerders, veelal de ouders. Het slachtoffer zelf kan de vergoeding niet zelf besteden omdat hij niet wilsbekwaam is. Het uitgavenpatroon zal volledig anders zijn omdat er geen sprake meer is van zelfstandig wonen en leven.

Het is evident dat het slachtoffer per definitie niet in een vergelijkbare financiële toestand kan worden geplaatst als voordat hij letsel opliep. Niet alleen de inkomsten zijn door het letsel voorgoed veranderd, ook de uitgaven. Een volledige compensatie is per definitie onmogelijk. Het slachtoffer kan niet worden teruggebracht naar de situatie van voor de schadeveroorzakende gebeurtenis. De situaties en de behoeftes zijn ook te verschillend geworden.

Voor een kind dat ernstig letsel heeft opgelopen waardoor de rest van het leven zorg en begeleiding nodig zijn, zal een vergoeding van een verlies van verdienvermogen ook niet als zodanig compensatie bieden. Een compensatie vanwege het verlies van verdienvermogen is in deze situatie niet meer relevant, al is het maar omdat het kind niet meer in de gelegenheid is om zelf zijn inkomen te besteden. Dit zou anders kunnen zijn wanneer de vergoeding wordt gebruikt om extra kosten

te bestrijden die niet concreet worden vergoed, zoals extra hoge woonlasten of extra vakantiekosten. Ook hierbij kan dan weer worden bepleit dat wanneer deze extra kosten wel concreet worden vergoed, een separate vergoeding voor verlies aan verdienvermogen niet aan de orde hoeft te zijn. Zonder het schadeveroorzakend voorval zou het verdiende inkomen zijn besteed aan wonen, kleding en sociale activiteiten. Door het voorval is er geen inkomen uit arbeid, maar zullen de hiervoor genoemde eerste levensbehoeftes ook volledig anders zijn en vooral bestaan uit verpleging en verzorging. De situaties zijn zo volledig anders dat de schade niet eenvoudig kan worden bepaald door deze situaties naast elkaar te leggen.

Ditzelfde geldt ook voor een verlies aan zelfwerkzaamheid. Wanneer geen sprake meer is van zelfstandig wonen, kan het feit dat geen bijdrage meer kan worden geleverd in onderhoud van een woning geen schadepost vormen. En toch zien wij de bovengenoemde schadeposten nog altijd in berekeningen en schadestaten terugkeren.

Voorstanders van de 'Wat nu?'-variant<sup>7</sup> hanteren als uitgangspunt de compensatie van de kosten zoals die in de daadwerkelijke situatie moeten worden gemaakt. Deze voorstanders hebben deze voorkeur niet vanuit het (enkele) argument dat dit goedkoper is voor verzekeraars. Het belangrijkste doel is de schaderegeling te versoepelen en de discussie te verminderen, zonder afbreuk te doen aan het recht van het slachtoffer op de redelijkst mogelijke medische behandeling en verzorging en een zo aangenaam en zinvol mogelijk leven.

Overigens is het beperken van de schadevergoeding tot het bedrag dat daadwerkelijk door het slachtoffer als compensatie kan worden gebruikt geen verkeerd doel. Uiteindelijk betalen wij immers direct of indirect de premies aan de verzekeraars om uiteindelijk de schade te kunnen vergoeden. Wij hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de schaderegeling efficiënt te laten verlopen, de schade te beheersen en op zijn minst de kosten in een dossier te beperken tot de noodzakelijke kosten.

## 5. Kostbare kosten

In complexe kindschades is het onvermijdelijk dat extra kosten worden gemaakt voor de vaststelling van de schade. Een ergotherapeut beoordeelt de zorgbehoefte, een bouwkundige begeleidt een verbouwing, een expert regelt namens de verzekeraar de schade, een belangenbehartiger onderbouwt namens het slachtoffer en de ouders de vorderingen en steeds vaker worden casemanagers of zorgschadedeskundigen ingezet. Deze laatste deskundigen kunnen alle hulp- en zorgvragen coördineren, waardoor de ouders een grote last wordt ontnomen.

5. Mr. F.Th. Kremer, 'Wat nu' in plaats van 'Wat anders?', opgenomen in *Kind en Schade: wat nu?* Den Haag: PIV, 2009, p. 142.

6. Mr. I. Karimi, Arbeidsvermogensschade van jonge kinderen, *TVP* 2018/2, p. 39.

7. S.C.P. Giesen & R.P.J.L. Tjittes, 'De rekening van het kind', opgenomen in *Schade: vergoeden of beperken?* Inleidingen gehouden op het LSA-Symposium 2004, p. 88, en T. Hartlief, 'Prognoses in het personenschadederecht', *AV&S* 2005/5, p. 167-168.

Tegelijkertijd heeft hun inzet tot doel om de beschikbare middelen en de nog te vergoeden bovennormale zorg op elkaar af te stemmen.

Al deze kosten vormen samen met de uiteindelijke schadevergoeding de totale schadelast. De totale schadelast kan dan richting de grens van de verzekerde som gaan. Kindschades zijn voor verzekeraars meestal de duurste schades.<sup>8</sup> Beperking van de kosten maakt het mogelijk zoveel mogelijk schadevergoeding aan het slachtoffer zelf uit te kunnen keren.

Kosten kunnen worden beperkt door beide partijen. Goed overleg en een efficiënte samenwerking zijn daarvoor nodig. Discussies moeten erop gericht zijn een oplossing te bereiken. Procedures kunnen duidelijkheid geven wanneer partijen niet binnen een redelijke tijd tot overeenstemming komen, maar zijn altijd kostenverhogend en vertragend. Maar ook andere oplossingen zijn mogelijk, via een bindend advies van een deskundige, via een gezamenlijke medisch deskundige of via mediation. En een oplossing kan ook kinderlijk eenvoudig zijn, namelijk vaker de telefoon pakken en zoeken naar een oplossing in plaats van de strijd.

## 6. Alternatieve geschillenbeslechting

Juist omdat in complexe kindschades veel partijen betrokken zijn, kan het ook praktisch zijn om bij elkaar te gaan zitten. In de loop van de schaderegeling is periodiek overleg nodig om behoeftes en voorschotten op elkaar te kunnen afstemmen. Bij een afwikkeling geldt dit nog meer om zo goed mogelijk richting de toekomst inschattingen te kunnen maken. Mediation als methode van afwikkeling wordt steeds vaker met succes ingezet om binnen relatief korte termijn een oplossing te kunnen bereiken. Wanneer hierbij ouders, medisch adviseurs, de zorgmanager, schaderegelenaar en belangenbehartiger onder leiding van een mediator de verschillende schadeposten en behoeftes open kunnen bespreken, zal het grootste draagvlak voor een oplossing kunnen worden gecreëerd.

## 7. Nog geen aansprakelijkheid, toch aan de slag

Bij complexe kindschades ontstaan vaak grote problemen wanneer de aansprakelijkheid pas na lange tijd erkend wordt. Dit is bij verkeersongevallen meestal niet het geval, maar wel bij ongevallen op school of bij sport of spel. Ook in medische aansprakelijkheid is het niet eenvoudig om de aansprakelijkheid te kunnen vaststellen. Het is geen uitzondering wanneer pas na jarenlang

onderzoek en discussie de aansprakelijkheid kan worden erkend. Er zijn meer redenen hiervoor, die ik in dit kader niet zal bespreken. Belangrijk is wel dat wanneer dan uiteindelijk de aansprakelijkheid erkend wordt en de schaderegeling wordt gestart, op meerdere punten een achterstand bestaat. Allereerst is de verstandhouding tussen partijen vaak slecht, ook door onbegrip van de ouders waarom het zo lang moest duren. Daarbij heeft de discussie niet alleen veel tijd, maar ook veel geld gekost.

Verder is, ook door financiële tekorten en onvoldoende zorg, het gezin vaak overbelast. Soms zijn er al beslissingen genomen over woning en voorzieningen waarvan achteraf kan worden gezegd dat dit misschien beter of anders had gekund. Door niet-optimale zorg kan een kind zich soms zelfs minder goed ontwikkelen, met onherstelbare schade tot gevolg.

In veel gevallen is de verzekeraar niet op de hoogte van de feitelijke situatie en omstandigheden en wordt een schadestaat pas na de erkenning door een belangenbehartiger opgesteld. Hierdoor is de reserve die de verzekeraar in de boeken heeft, tot het moment van erkenning, vaak onvoldoende. Van belang is dat de reserve medebepalend is voor de premie die aan verzekerden wordt berekend. Wanneer de reserve jarenlang te laag is geweest, is er jarenlang te weinig premie berekend. Op het moment dat de reserve wordt verhoogd, wordt de premie ineens verhoogd. Maar soms is een ziekenhuis inmiddels bij een andere verzekeraar verzekerd. Gemiste premie betekent minder geld beschikbaar om de lopende schades van te kunnen betalen, waardoor tekorten ontstaan. Een vroegtijdige adequate inschatting van de mogelijke schade leidt tot minder financiële tegenvallers.

Bij een medische fout is een zorgverlener verplicht om direct na een calamiteit een onderzoek te verrichten.<sup>9</sup> Dit onderzoek richt zich niet op de aansprakelijkheid, maar onderzoekt wel de feiten die uiteindelijk ook voor de beoordeling van de aansprakelijkheid relevant zijn. Wanneer in dit stadium duidelijk wordt dat de aansprakelijkheid ook zal moeten worden onderzocht, kunnen ziekenhuis of zorgverlener, verzekeraar, belangenbehartiger en ouders met elkaar bespreken wat de snelste weg is naar duidelijkheid. Dit kan één medisch adviseur zijn of een expertise. Snel schakelen over de persoon en de vraagstelling is dan nodig. Alle betrokken partijen hebben hetzelfde doel: duidelijkheid of er onzorgvuldig is gehandeld en, zo ja, tot welke extra gezondheidsschade dit heeft geleid.

In dit stadium kan een huisbezoek van een schaderegelenaar een eerste inschatting geven van de mogelijke schade en van de behoeftes van het kind en de ouders. Er kan wederzijds veel nuttige informatie worden gegeven. Ook kan bij voorbaat onbegrip worden weggenomen

8. 'Aantal medische claims naar recordhoogte', Letselschade.nu, 11 september 2019.

9. Artikel 11 lid 1 sub a Wkkgz verplicht een zorgverlener om een calamiteit binnen drie werkdagen bij de inspectie te melden. Een calamiteit is een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.

over het proces van de beoordeling van de aansprakelijkheid.

Wanneer op dat moment wordt geconstateerd dat binnen het gezin behoefte aan ondersteuning bestaat, kan het ook een reden zijn voor een zorgverlener of een verzekeraar om bij voorbaat of uit coulance deze ondersteuning te financieren in de vorm van een gezinscoach, een casemanager of een zorgregisseur. Er komt zo veel op het gezin af en het is onmogelijk om direct de juiste weg te vinden in de wereld van zorg, voorzieningen, hulpmiddelen en aanpassingen. Zeker wanneer de kans op enige schadevergoedingsverplichting in de toekomst reëel aanwezig is, is dit voor een aansprakelijke partij of een verzekeraar het overwegen waard. In de gevallen waarin uiteindelijk de schade vergoed moet worden, zal de schade beter beheersbaar zijn doordat het gezin beter kan blijven functioneren en de zorg optimaal is georganiseerd. In de gevallen waarin uiteindelijk geen aansprakelijkheid erkend wordt, is het geen weggegooid geld. Er is immers een gezin geholpen na een ernstig incident. De kosten voor de zorgverlener of de verzekeraar vallen in het niet bij de schade die in dat geval voor rekening van het gezin blijft.

## 8. Aanbevelingen

Kindschades afwikkelen is een proces dat jaren duurt. Dit is nodig omdat de ontwikkeling van het kind jarenlang moet worden gevolgd, voordat de schade naar de toekomst toe kan worden begroot. Dit kan en hoeft niet te worden verminderd. Waar wel een belangrijke winst te behalen is, is de fase waarin de aansprakelijkheid, het causaal verband en de uitgangspunten voor de vaststelling van de schade worden bepaald. Zo vroeg mogelijk en zo snel mogelijk samen werken aan duidelijkheid zorgt voor een reductie van onnodige kosten, een beheersing van de schadelast en als belangrijkste een optimale zorg voor het kind en het gezin.

Bij medische aansprakelijkheid worden steeds meer initiatieven ontplooid door ziekenhuizen en zorgverleners om eerder met de ouders om de tafel te zitten en te bespreken wat de behoeftes en de mogelijkheden zijn. Dit is mede het gevolg van de Wkkgz, waarin zorgverleners meer verantwoordelijkheid hebben gekregen voor het hele proces van behandeling van klachten en claims. Het OPEN leernetwerk van ziekenhuizen draagt bij aan uitwisseling van kennis en goede ervaringen op dit gebied.<sup>10</sup> Maar er zijn helaas ook nog veel zorgverleners die een mogelijke claim om verschillende redenen direct naar de verzekeraar sturen. Hierdoor ontstaat vertraging en juridisering. De verzekeraars zetten wel steeds vaker proactief GOMA-gesprekken in, waardoor in een vroeg stadium een open en persoonlijk gesprek gevoerd kan

worden. Met de GOMA 2.0 of ook wel GOMI genoemd, zal die actieve rol nog verder naar voren worden getrokken en waar mogelijk bij de zorgverlener zelf gelegd worden.<sup>11</sup> Deze ontwikkeling zorgt er vooral voor dat wederzijds meer begrip kan ontstaan, verwachtingen worden gemanaged en onzekerheid voor alle betrokken partijen zoveel mogelijk beperkt wordt.

Bij de kindschades door verkeer of andere oorzaken zal binnen de GBL theoretisch voldoende waarborg zijn voor een proactieve aanpak. Meerdere verzekeraars hebben inmiddels een specifiek protocol of zelfs een team opgezet om een zorgvuldige aanpak te bewerkstelligen. Juist omdat in deze categorie de schadeclaim vaak direct bij de verzekeraar binnenkomt, ligt daar een unieke mogelijkheid om proactief te reageren. Verzekeraars kunnen in dit opzicht samenwerken en van elkaar leren en mogelijk een algemeen gehanteerde gedragscode voor kindschades of zorgschades ontwikkelen. Het kind en de schade vragen er om.

10. Mede in dit kader gepubliceerd: B.S. Laarman & A.J. Akkermans, 'De afwikkeling van medische schade onder de Wkkgz: de beloften van het klachtrecht voor patiënten, de eerste stappen naar verwezenlijking door de ziekenhuizen, en de eerste verrichtingen van de Wkkgz-geschilleninstanties', *TVP* 2017/3, p. 57-79.

11. De Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid is in 2010 geïntroduceerd. Een herziene versie van de GOMA, in de wandelgangen GOMA 2.0 of GOMI genoemd, wordt eind 2019 verwacht.