

ARTIKELEN

De afhandeling van schadeclaims door de Geschillencommissie Zorginstellingen

Mr. L.H.M.J. van de Laar & prof. mr. J.C.J. Dute*

1. Inleiding

Op dit moment ligt bij de Eerste Kamer het voorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Deze wet is de opvolger van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Voor wat betreft het klachtrecht betekent de komende wet een ingrijpende herziening. Zorgaanbieders zijn niet langer verplicht een klachtencommissie in stand te houden. In plaats daarvan dienen zij een schriftelijke regeling te treffen voor een effectieve en laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten en zijn zij verplicht zich aan te sluiten bij een – door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders ingestelde en door de minister erkende – geschilleninstantie. Deze geschilleninstantie zal een schadevergoeding van maximaal € 25.000 kunnen toekennen. Daarmee wordt het overgrote deel van de schadeclaims gedekt, nu naar opgave van de verzekeraars van medische letselschade aan patiënten gemiddeld € 15.000 tot bijna € 20.000 aan schadevergoeding wordt uitgekeerd.¹

In de parlementaire stukken wordt de Geschillencommissie Zorginstellingen (verder: GCZ) aangehaald als voorbeeld van zo'n geschilleninstantie.² De GCZ is een door consumenten- en brancheorganisaties in het leven geroepen instantie die een goedkope, snelle en eenvoudige rechtsgang biedt voor patiënten met op geld waardeerbare klachten tot € 5000.³ Naar het functioneren van de GCZ is tot nog toe nauwelijks onderzoek gedaan.⁴ Over de afhandeling van schadeclaims door deze commissie is daarom weinig bekend.

In dit artikel geven wij een overzicht en analyse van de gepubliceerde jurisprudentie van de GCZ, en haar voorgangster de Geschillencommissie Ziekenhuizen (GCZh), over de

* Lana van de Laar is jurist en thans bezig met de afronding van de opleiding Business Administration aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Jos Dute is als hoogleraar gezondheidsrecht verbonden aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Radboud Universiteit Nijmegen.

1 *Aanhangsel Handelingen II* 2010/11, 1371, p. 2 (MediRisk € 19.197 en Centramed € 14.793).

2 *Kamerstukken II* 2009/10, 32402, 3, p. 57; *Kamerstukken II* 2012/13, 32402, 39, p. 20.

3 De GCZ is in 1996 ingesteld als Geschillencommissie Ziekenhuizen. In 2008 is de naam van de commissie gewijzigd in Geschillencommissie Zorginstellingen. De GCZ behandelt alleen geschillen met ziekenhuizen en instellingen voor gehandicaptenzorg. Daarnaast is er een Geschillencommissie Verpleging Verzorging en Thuiszorg, een Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg en een Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken.

4 Wel is kort na invoering van de Geschillencommissie een evaluatie uitgevoerd, N. Doornbos & P.P.M. van Reijssen, *De Geschillencommissie Ziekenhuizen: een eenvoudige procedure voor schadeclaims*, Lelystad: Koninklijke Vermande 2000.

periode 1996–2013. In totaal betreft het ongeveer negentig uitspraken.⁵ In paragraaf 2 wordt deze jurisprudentie aan de hand van een aantal thema's besproken en waar zinvol vergeleken met de afhandeling van medische schadeclaims door de burgerlijke rechter. Dan volgt in paragraaf 3 een beschouwing waarin de belangrijkste bevindingen tegen het licht worden gehouden en waarin tevens wordt verkend wat een en ander betekent voor de komende klachtwet. Met een korte conclusie wordt deze bijdrage afgerond.

2. De Geschillencommissie Zorginstellingen en de civiele rechter: een vergelijking

2.1 Inleiding

De patiënt die zorggerelateerde schade vergoed wil zien, kan zich, behalve tot de burgerlijke rechter, onder bepaalde voorwaarden ook richten tot de GCZ.⁶ Het moet dan wel gaan om een instelling (waaronder mede zijn begrepen de daarin werkzame medische specialisten en andere personen) die zich (vrijwillig) bij deze instantie heeft aangesloten. Verder mag de geëiste personen- en/of zaakschade het maximum van € 5000 niet overtreffen; zo nodig dient de patiënt afstand te doen van het meerdere. Ook dient de patiënt, op straffe van niet-ontvankelijkheid, zich met zijn vordering eerst tot de betreffende zorginstelling te hebben gewend en daarmee geen overeenstemming te hebben bereikt. Ten slotte dient de patiënt de vordering binnen drie maanden nadat de zorginstelling zich daarover heeft uitgesproken, bij de GCZ aanhangig te hebben gemaakt. De civiele rechter kent deze beperkingen niet: instemming met een procedure voor de civiele rechter is niet vereist, niet alleen (aangesloten) zorginstellingen kunnen worden aangesproken, de hoogte van de schadevergoeding is niet aan een limiet gebonden⁷ en de verjaringstermijn is vijf jaar.⁸

De GCZ oordeelt met drie leden, te weten een voorzitter/jurist, een door de Consumentenbond voorgedragen lid en een door brancheorganisaties (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, KNMG en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland) voorgedragen lid.⁹ Vangt de procedure bij de burgerlijke rechter aan met een verzoekschrift of dagvaarding, bij de GCZ hoeft de patiënt enkel een – betrekkelijk eenvoudig – vragenformulier in te vullen. Anders is ook dat de zittingen bij de GCZ niet openbaar zijn.

- 5 Jaarlijks doet de GCZ ongeveer vijftig uitspraken, maar lang niet alle uitspraken worden gepubliceerd. De uitspraken zijn bovendien niet gemakkelijk na te zoeken, omdat op de site waarop zij worden gepubliceerd alleen op trefwoorden kan worden gezocht (zie www.degeschillencommissie.nl > Klacht indienen > Naar alle uitspraken). In dit artikel wordt alleen de datum van aangehaalde uitspraken vermeld, met eventueel daarachter, tussen haakjes, een volgnummer als op de betreffende datum meerdere uitspraken zijn gedaan. Sinds kort worden de uitspraken voorzien van een referentienummer; toen het onderhavige onderzoek werd uitgevoerd was dat nog niet het geval.
- 6 De procedure is vastgelegd in het Reglement Geschillencommissie Zorginstellingen, waarvan de laatste versie dateert van 1 april 2013.
- 7 Art. 42 Wet RO jo. art. 93 Rv; voor de kantonrechter geldt wel een maximum van € 25.000.
- 8 Art. 3:310 lid 1 BW. Deze termijn begint te lopen vanaf de dag volgend op die waarop de gelaedeerde bekend is geworden met de schade en de aansprakelijke persoon. De vordering verjaart in elk geval door verloop van twintig jaar na de gebeurtenis die de schade heeft veroorzaakt, tenzij het gaat om schade door letsel of overlijden (dan is de lange termijn niet van toepassing, art. 3:310 lid 5 BW).
- 9 In de gepubliceerde uitspraken worden – ten onrechte – niet de namen genoemd van de commissieleden die op de zaak hebben gezeten.

Mr. L.H.M.J. van de Laar & prof. mr. J.C.J. Dute

Er zijn ook overeenkomsten. Beide instanties zijn onpartijdig en onafhankelijk; zo nodig kan een wrakingsverzoek worden ingediend. In beide procedures wordt verder hoor en wederhoor toegepast. En feiten die niet of onvoldoende zijn betwist, worden als vaststaand aangenomen.

Een belangrijk verschil is echter de actieve waarheidsvinding die de GCZ aan de dag legt. De commissie vraagt zelf (met toestemming van de patiënt) de benodigde behandelingsgegevens op. Zij formuleert verder de rechtsgronden c.q. vult die waar nodig aan. De commissie beslist daarbij 'naar redelijkheid en billijkheid, met inachtneming van de regels van het recht en de tussen partijen gesloten overeenkomst', aldus artikel 16 Reglement GCZ. De uitspraak, waarbij de klacht geheel of gedeeltelijk (on)gegrond wordt verklaard, is een bindend advies, dat anders dan het vonnis van de burgerlijke rechter geen executoriale titel oplevert. De Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken, de overkoepelende organisatie van de geschillencommissies, stelt zich echter garant voor de naleving van de uitspraken, zodat dit verschil niet langer relevant is. De uitspraak van de GCZ kan binnen twee maanden aan de gewone rechter worden voorgelegd; als bindend advies kan de rechter deze uitspraak overigens slechts marginaal toetsen.¹⁰

De procedure bij de GCZ verloopt aanzienlijk sneller dan die bij de civiele rechter. De afhandelingstijd is gemiddeld 4,5 maanden¹¹ tegenover gemiddeld 10,4 maanden bij de sector kanton en 15,5 maanden bij de sector civiel van de rechtbank.¹² Verder is de GCZ-procedure aanzienlijk goedkoper. De klager dient enkel 'klachtengeld' te voldoen (momenteel € 52,50). Het griffierecht bij de burgerlijke rechter varieert voor natuurlijke personen thans van € 77 tot € 1519.¹³ In het klachtengeld is – anders dan in het griffierecht – ook de vergoeding voor een eventueel extern deskundigenrapport begrepen. Voorts kent de GCZ-procedure geen verplichte procesvertegenwoordiging, waardoor de patiënt niet genoodzaakt is om kosten voor juridische bijstand te maken; bij de kantonrechter is dat overigens evenmin zo.

De civiele rechter veroordeelt de verliezende partij over het algemeen tot vergoeding van zowel het griffierecht als de overige kosten die in de procedure zijn gemaakt of nog moeten worden gemaakt.¹⁴ Opgeteld bij de kosten die de verliezende partij voor zichzelf heeft gemaakt, kan het totaalbedrag dus behoorlijk oplopen. Het financiële risico dat de patiënt bij de GCZ loopt is daarentegen slechts € 52,50. Bij gegrondverklaring van de klacht (of wanneer anderszins het geschil op goede gronden aanhangig is gemaakt) veroordeelt de GCZ de zorginstelling bovendien tot vergoeding van het klachtengeld. Wel moet worden bedacht dat de zorginstelling in beginsel niet tot vergoeding van andere kosten dan het klachtengeld wordt veroordeeld.¹⁵ Die (eventuele) kosten blijven voor eigen rekening van de patiënt, ook als de klacht gegrond wordt verklaard.

10 Volle toetsing is evenwel mogelijk indien 'vanwege feiten en omstandigheden die de consument bij het aanhangig maken van het geschil redelijkerwijs niet kon weten, de schade meer bedraagt dan de commissie heeft toegekend', art. 24 lid 2 Reglement GCZ.

11 Persoonlijke mededeling M. Bouter (secretaris Geschillencommissie Zorginstellingen).

12 Jaarverslag Rechtspraak 2012, tabel 9a (www.rechtspraak.nl). Hierin wordt verwezen naar civiele zaken in het algemeen. Voor medische aansprakelijkheidszaken, die veelal complex zijn, ligt een nog langere gemiddelde looptijd in de lijn der verwachting.

13 www.rechtspraak.nl > Procedures > Tarieven griffierecht (laatst geraadpleegd op 11 juni 2014).

14 Denk hierbij aan advocaatkosten, buitengerechtelijke kosten, kosten voor deskundigen, nakosten, enz.

15 In bijzondere gevallen kan de GCZ anders bepalen, art. 20 Reglement GCZ.

2.2 Onzorgvuldig handelen en toerekenbaar tekortschieten

In beide rechtsgangen wordt de vordering in de regel primair gebaseerd op artikel 6:74 BW (toerekenbare tekortkoming). Overigens verwijst de GCZ in haar uitspraken zelden naar wetgeving. De commissie toetst of voldoende aannemelijk is geworden dat de hulpverlener tekort is geschoten in de nakoming van de behandelingsovereenkomst die hij met de patiënt heeft gesloten.¹⁶ Enkel in gevallen waarin geen sprake is van een geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt de vordering gebaseerd op artikel 6:162 BW (onrechtmatige daad). Een voorbeeld hiervan is een uitspraak uit 2012 waarin de dochter van een patiënt een schadevergoeding wegens shockschade vorderde. Zij zag de patiënt (haar vader) in brand staan wegens het opsteken van een sigaret nabij zijn zuurstofflessen.¹⁷ Aangezien zij geen behandelingsovereenkomst had met de zorginstelling, werd haar claim op onrechtmatige daad gebaseerd.¹⁸

In een uitspraak uit 2008 heeft de commissie verduidelijkt wanneer van een (medische) fout kan worden gesproken: 'Medische fouten kunnen bestaan uit onderzoeks- en behandelingsfouten, informatie- en toestemmingsfouten, of het niet nakomen van een specifiek patiëntenrecht, zoals het recht op inzage en informed consent. Tevens kan sprake zijn van fouten in de organisatie, communicatie of van gebruik van gebrekkige zaken.'¹⁹ Daarnaast beperkt de GCZ zich soms tot de constatering dat sprake is van onzorgvuldig handelen van de zorginstelling.²⁰ In enkele uitspraken heeft zij daarbij overwogen dat van onzorgvuldig handelen sprake is wanneer niet volgens de regels van de medische kunst is gehandeld en een fout is gemaakt die een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden niet zou hebben gemaakt.²¹ Dit is de maatstaf die ook de civiele rechter hanteert.²²

De GCZ benadrukt regelmatig dat op een hulpverlener slechts een inspanningsverplichting rust.²³ Deze verplichting brengt volgens de commissie mee dat de hulpverlener zich dient in te spannen om een behandeling naar zijn of haar beste kunnen en weten te verrichten. Deze verplichting geldt ook voor de periode na de ingreep. De hulpverlener hoeft er niet voor in te staan dat het beoogde resultaat wordt bereikt, aldus de GCZ.²⁴

Bij de vraag of sprake is van een toerekenbare tekortkoming laat de civiele rechter zich veelal leiden door het oordeel van een of meer deskundigen. De GCZ daarentegen beoordeelt over het algemeen op grond van haar eigen medische expertise of de zorginstelling al

16 Zie bijv. GCZ 14 februari 2012.

17 GCZ 20 april 2012 (1).

18 Anders GCZh 24 maart 1998: hier oordeelde de GCZ dat naasten recht hebben op noodzakelijke informatie, een recht dat wordt afgeleid van de met de patiënt gesloten behandelingsovereenkomst. In dit geval schoot de zorginstelling tekort in de nakoming van dit afgeleide recht.

19 GCZ 26 november 2008 (1).

20 GCZh 16 december 2002; GCZh 20 augustus 2004; GCZ 18 november 2011; GCZ 20 april 2012 (2); GCZ 20 april 2012 (3); GCZ 14 juni 2012.

21 GCZh 16 maart 1999; GCZh 2 april 1997 (1); GCZh 20 augustus 2004.

22 H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute & W.R. Kastelein, *Handboek Gezondheidsrecht. Deel II, Rechten van de mens in de gezondheidszorg*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011, p. 407.

23 O.a. GCZh 23 april 2002; GCZ 30 september 2009; GCZ 3 september 2009; GCZ 26 mei 2010; GCZ 20 januari 2011; GCZ 11 november 2011; GCZ 14 februari 2012.

24 GCZ 14 februari 2012.

dan niet juist heeft gehandeld.²⁵ In de commissie beschikt een van de leden over specialistische medische kennis. Daarom wordt een afzonderlijk deskundigenbericht in de regel niet nodig geacht (zie verder par. 2.6).

2.3 Causaal verband

Voor toekenning van schadevergoeding dient, behalve van een toerekenbare tekortkoming, ook sprake te zijn van schade en van causaal verband tussen tekortkoming en schade.²⁶ De GCZ refereert aan het causaal verband met termen als 'oorzakelijk verband',²⁷ 'causaal verband',²⁸ '(niet) veroorzaakt door',²⁹ '(niet) het gevolg van',³⁰ 'causaliteit',³¹ louter de term 'verband',³² en 'daardoor'.³³ Alle schadeposten dienen aan het causaliteitsvereiste te voldoen.³⁴ De GCZ behandelt de causaliteitsvraag veelal in één korte zin waarbij wordt aangegeven of het voldoende aannemelijk wordt geacht dat de schade het gevolg is van de gebeurtenis.³⁵ De civiele rechter maakt hier over het algemeen meer werk van. Deze toetst het causaal verband veelal stapsgewijs: eerst wordt het *condicio sine qua non*-verband vastgesteld (is er aansprakelijkheid?) en vervolgens wordt gekeken of toerekening redelijk is in de zin van artikel 6:98 BW (dit betreft dan de omvang van de aansprakelijkheid). De GCZ maakt tussen het vestigen en de omvang van de aansprakelijkheid meestal geen onderscheid. In enkele uitspraken lijkt de GCZ de toerekening naar redelijkheid van artikel 6:98 BW toe te passen, in die zin dat ze oordeelt dat de schade in een te ver verwijderd verband staat met de gebeurtenis waardoor de schade niet voor vergoeding in aanmerking komt, overigens zonder expliciet naar bedoeld wetsartikel te verwijzen.³⁶

2.4 Schade

Zoals gezien kan de GCZ maximaal € 5000 aan schadevergoeding toekennen en alleen voor zaak- en/of personenschade; de civiele rechter daarentegen kent geen limiet en kan over elke soort schade beslissen. Ten aanzien van de hoogte van de schadevergoeding kan de patiënt op het vragenformulier van de GCZ kiezen uit twee opties: de toekenning van een concreet bedrag of een in redelijkheid en billijkheid vast te stellen bedrag aan schade-

25 GCZh 16 oktober 2007; GCZ 15 november 2010; GCZ 11 november 2011; GCZ 18 november 2011; GCZ 15 december 2011 (1); GCZ 15 december 2011 (2); GCZ 15 december 2011 (3); GCZ 14 februari 2012; GCZ 14 juni 2012.

26 GCZ 3 september 2009; GCZ 30 september 2009; GCZ 7 mei 2010 (1); GCZ 26 mei 2010; GCZ 11 november 2011; GCZ 18 november 2011; GCZ 15 december 2011 (1); GCZ 20 april 2012 (1).

27 GCZh 23 april 1997 (2); GCZh 20 januari 1998; GCZ 20 januari 2011.

28 GCZh 8 december 2004; GCZ 26 mei 2010; GCZh 5 juni 1997 (1); GCZ 26 mei 2010.

29 GCZh 20 januari 1998.

30 GCZh 23 april 1997 (2); GCZh 18 juni 2003.

31 GCZh 26 april 2006.

32 GCZh 14 april 2003; GCZ 11 mei 2012 (2).

33 GCZ 7 mei 2010 (1).

34 GCZh 23 april 1997 (3); GCZh 18 december 1997; GCZh 19 mei 1999; GCZh 25 maart 2002; GCZ 26 november 2008 (2); GCZ 11 mei 2012 (1).

35 GCZh 2 april 1997 (2); GCZh 23 april 1997 (1); GCZh 23 april 1997 (2); GCZh 5 juni 1997 (1); GCZh 5 juni 1997 (2); GCZh 20 januari 1999; GCZh 18 juni 2003; GCZh 8 december 2004; GCZh 16 oktober 2007; GCZ 15 december 2011 (2).

36 GCZh 19 mei 1999; GCZh 26 april 2006.

vergoeding.³⁷ Vaak wordt vergoeding gevraagd voor reiskosten³⁸ en extra hulp thuis.³⁹ Slechts in een enkel geval wordt vergoeding gevraagd voor gedeelde inkomsten.⁴⁰ Zoals gezegd is de GCZ alleen bevoegd zaak- en personenschade te vergoeden. Zaak-schade is materiële schade. Personenschade valt uiteen in letsel- en overlijdensschade. Letselschade kan bestaan uit vermogensschade, dus materiële schade, en immateriële schade. De GCZ maakt overigens alleen onderscheid tussen materiële en immateriële schade.⁴¹ Wat de *materiële* schadevergoeding betreft lijkt de GCZ uit te gaan van de concrete schadeberekening (dat wil zeggen dat de werkelijk geleden schade wordt vergoed). De patiënt dient op het vragenformulier aan te geven welke kosten hij heeft gemaakt naar aanleiding van de schadeveroorzakende gebeurtenis.⁴² Over het algemeen neemt de GCZ alleen deze schadeposten in overweging.⁴³ In sommige gevallen gaat de GCZ expliciet uit van de hypothetische situatie waarin de patiënt zou hebben verkeerd wanneer de schadeveroorzakende gebeurtenis zich niet zou hebben voorgedaan om deze vervolgens te vergelijken met de situatie waarin de patiënt zich nu bevindt.⁴⁴ Bij de toekenning van schadevergoeding is de GCZ overigens lang niet altijd duidelijk over de manier waarop zij tot de schadevergoeding komt: de commissie kent dan een bedrag toe voor geleden materiële schade, of voor materiële en immateriële schade tezamen, zonder aan te geven hoe dit bedrag is samengesteld.⁴⁵ De civiele rechter berekent de hoogte van de schadevergoeding doorgaans veel explicieter. Ook kent de GCZ soms een bedrag toe voor bepaalde schadeposten, zonder aan te geven waarom andere door de patiënt opgegeven schadeposten niet worden toegekend.⁴⁶ Eventuele voordelen die de patiënt heeft genoten vanwege de schadeveroorzakende gebeurtenis worden verrekend met de schade die hierdoor is geleden (voordeelstoerekening). Zo wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met verzekeringsuitkeringen voor geleden schade of behandelingen.⁴⁷ Naar Nederlands recht komt een vordering tot *immateriële* schadevergoeding slechts voor toewijzing in aanmerking wanneer men binnen de termen van artikel 6:106 BW valt. De GCZ verwijst in de regel niet naar wetsartikelen, dus ook niet naar artikel 6:106 BW. Het wordt dan ook niet goed duidelijk op welke wijze de GCZ aan de daarin neergelegde maatstaven toetst. In de regel beperkt de commissie zich tot de mededeling dat zij naar redelijkheid en billijkheid een schadevergoeding van een bepaalde hoogte toekent.⁴⁸ In enkele uitspraken overweegt de GCZ evenwel expliciet dat zij een immateriële schadevergoeding

37 Vraag 4.7 Vragenformulier GCZ.

38 GCZ 7 mei 2010 (2); GCZ 15 november 2010; GCZ 11 november 2011; GCZ 18 november 2011; GCZ 15 december 2011 (2).

39 GCZ 23 augustus 2000; GCZh 16 januari 2001; GCZ 7 mei 2010 (2); GCZ 18 november 2011.

40 GCZh 5 juni 1997 (2); GCZh 27 januari 2006; GCZh 16 oktober 2007.

41 O.a. GCZh 25 maart 2002; GCZh 2 maart 2005; GCZh 14 september 2005; GCZ 20 april 2012 (2).

42 Vraag 4.6 Vragenformulier GCZ.

43 GCZh 25 maart 2002; GCZh 17 februari 2004; GCZh 2 maart 2005; GCZh 14 september 2005; GCZh 27 januari 2006.

44 GCZh 26 september 2000; GCZ 6 augustus 2010.

45 GCZh 16 januari 2001; GCZh 14 september 2005; GCZh 27 januari 2006; GCZ 11 november 2011; GCZ 14 februari 2012.

46 GCZh 17 februari 2004; GCZ 7 mei 2010 (1); GCZ 7 mei 2010 (2).

47 GCZh 2 april 1997 (1); GCZh 17 februari 2004.

48 O.a. GCZ 7 mei 2010 (1); GCZ 7 mei 2010 (2); GCZ 6 augustus 2010; GCZ 11 november 2011; GCZ 18 november 2011; GCZ 14 februari 2012; GCZ 20 april 2012 (2); GCZ 24 september 2012.

(niet) toekent aangezien in de betreffende zaak (geen) sprake is van ‘aantasting in de persoon’, het criterium van artikel 6:106 lid 1 sub b BW.⁴⁹ Hieronder verstaat de commissie dat de betrokkene door de gebeurtenis psychisch is aangetast.⁵⁰ Alleen de gelaedeerde patiënt heeft recht op immateriële schadevergoeding, aldus de GCZ.⁵¹

De GCZ bepaalt de hoogte van de schadevergoeding voor geleden immateriële schade naar redelijkheid en billijkheid, net als de civiele rechter. Bij de begroting wordt rekening gehouden met de omstandigheden van het geval. Voorbeelden van omstandigheden die de GCZ laat meewegen in de begroting zijn de aard, de duur en de intensiteit van de pijn,⁵² de kans op herstel,⁵³ de locatie van het letsel op het lichaam,⁵⁴ immobiliteit,⁵⁵ het ondergaan van extra behandelingen.⁵⁶ De civiele rechter houdt rekening met hetgeen andere rechters in soortgelijke zaken hebben toegekend. De GCZ heeft in enkele meer recente uitspraken aangegeven rekening te houden met de jurisprudentie van de civiele rechter.⁵⁷

2.5 Stelplicht, bewijslast en bewijswaardering

In het kader van de bewijsregels valt allereerst op dat beide instanties verschillende eisen stellen aan de stelplicht, zoals reeds aangestipt in paragraaf 2.1. Bij de civiele rechter dient de eisende partij de feiten die noodzakelijk zijn voor het door haar beoogde rechtsgevolg voldoende onderbouwd te stellen.⁵⁸ Bij de GCZ daarentegen kan de patiënt volstaan met het kenbaar maken van zijn klachten en het verlenen van toestemming aan de GCZ om de relevante gegevens, waaronder de medische gegevens, bij de zorginstelling op te vragen. De twee instanties kennen voorts een verschillende bewijsmaatstaf. De civiele rechter vereist over het algemeen dat over feiten een ‘redelijke mate van zekerheid’ bestaat. De GCZ neemt feiten reeds aan wanneer zij deze ‘voldoende aannemelijk’ acht.⁵⁹

Ten aanzien van de bewijslastverdeling geldt in beide procedures artikel 150 Rv als hoofdregel: wie stelt moet bewijzen.⁶⁰ Hierin komen beide instanties de eisende patiënt overigens tegemoet: zowel de civiele rechter als de GCZ verlangt dat de hulpverlener ter onderbouwing van diens betwisting van de stellingen van de eisende partij voldoende feitelijke gegevens overlegt teneinde deze aanknopingspunten te bieden voor eventuele bewijslevering (verzwaarde stelplicht).⁶¹ Wanneer bij de GCZ een zorginstelling deze gegevens na een daartoe strekkend verzoek niet aanlevert, in het geheel niet reageert of niet op de zit-

49 GCZh 24 maart 1998; GCZh 11 november 1999; GCZh 8 december 2004; GCZh 25 januari 2005; GCZh 2 maart 2005. Zie ook GCZ 20 april 2012 (1) waarin, anders dan gebruikelijk, expliciet naar de wet, i.c. art. 6:106 BW, werd verwezen.

50 GCZh 25 januari 2005.

51 GCZh 24 maart 1998; GCZh 26 april 2006.

52 GCZh 25 maart 2002; GCZh 23 april 2002.

53 GCZh 16 januari 2001; GCZh 17 februari 2004; GCZ 15 november 2010.

54 GCZh 23 september 1997 (1); GCZh 17 februari 2004.

55 GCZh 16 januari 2001; GCZh 23 april 2002.

56 GCZh 25 maart 2002.

57 GCZ 20 april 2012 (2); GCZ 11 mei 2012 (1).

58 H.J. Snijders, C.J.M. Klaassen & G.J. Meijer, *Nederlands burgerlijk procesrecht*, Deventer: Kluwer 2011, p. 231.

59 GCZh 2 april 1997 (2); GCZh 25 maart 2002; GCZh 14 april 2003; GCZh 18 juni 2003; GCZh 17 februari 2004; GCZh 2 maart 2005; GCZ 15 december 2011 (2); GCZ 14 februari 2012.

60 GCZh 2 april 1997 (2); GCZh 2 juni 1998; GCZh 16 maart 1999; GCZh 16 april 1999; GCZh 11 mei 2000; GCZh 24 november 2000; GCZh 21 mei 2003; GCZh 20 augustus 2004.

61 HR 20 november 1987, NJ 1988/500 (*Timmer/Deutman*), r.o. 3.4; GCZh 16 maart 1999; GCZ 14 februari 2012.

ting verschijnt, gaat de commissie in de regel uit van de juistheid van de stelling van de patiënt, behoudens tegenbewijs.⁶² Net als de civiele rechter keert de GCZ de bewijslast hier dus om. Dit gebeurt ook bij een lacune in het dossier op een punt dat voor de beoordeling van het geschil van belang is.⁶³ In 2000 oordeelde de GCZ nog dat uit de verklaring van het hoofd van de polikliniek de juistheid van de stelling van de zorginstelling voldoende bleek.⁶⁴ In latere uitspraken werd de mededeling van de arts of het ziekenhuis dat de patiënt over bepaalde risico's wel degelijk was geïnformeerd, evenwel geen voldoende bewijs geacht.⁶⁵

Ten aanzien van het causaal verband keert de GCZ in sommige gevallen de bewijslast om wanneer zij dit redelijk en billijk acht.⁶⁶ Ook komt de GCZ, net als de civiele rechter,⁶⁷ de patiënt tegemoet wanneer protocollen of richtlijnen niet zijn gevolgd.⁶⁸ Zo oordeelde de commissie in 2007 dat het aan de zorginstelling is om aan te geven waarom van de richtlijn is afgeweken en om de commissie van de noodzaak hiervan te overtuigen.⁶⁹ Bij schending van het informed consent-vereiste wordt de bewijslast niet omgekeerd.⁷⁰ Ook de civiele rechter doet dat niet.⁷¹ De GCZ neemt hier causaal verband aan wanneer zij het voldoende aannemelijk acht dat de consument zou hebben afgezien van de ingreep wanneer deze wel over de ontbrekende informatie had beschikt.⁷² De civiele rechter geeft duidelijker aan wat de patiënt in dit kader dient aan te tonen, namelijk dat een redelijke patiënt die over de informatie had beschikt van de behandeling zou hebben afgezien dan wel dat de patiënt vanwege redenen van persoonlijke aard niet voor de behandeling zou hebben gekozen.⁷³ Tot slot verdient opmerking dat de civiele rechter in sommige gevallen de leer van de proportionele aansprakelijkheid toepast. Uit onze analyse is niet gebleken dat de GCZ dit ook doet.

Ook ten aanzien van het bewijs van de schade passen beide instanties in beginsel de hoofdregel van artikel 150 Rv toe. Aan de civiele rechter dienen partijen daartoe veelal uitgebreide schaderapporten over te leggen. Bij de GCZ daarentegen is het veelal niet nodig dat de eisende partij kwitanties en bewijzen overlegt ter onderbouwing van de geleden schade; de schade dient louter aannemelijk te worden gemaakt. In dit verband wordt de aandacht

62 GCZh 23 september 1997 (1); GCZh 28 oktober 1997; GCZh 16 januari 2001; GCZh 11 mei 2000; GCZh 16 december 2002; GCZ 14 februari 2012.

63 GCZh 2 april 1997 (2); GCZh 9 juli 1997; GCZh 23 april 2002; GCZh 21 mei 2003; GCZh 16 oktober 2007; GCZ 26 november 2008 (2); GCZ 15 februari 2010; GCZ 6 augustus 2010.

64 GCZh 26 september 2000.

65 GCZh 21 mei 2003; GCZh 16 oktober 2007.

66 GCZh 19 mei 1999; GCZh 25 maart 2002.

67 HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377, NJ 2001/649 (*MC Leeuwarden/In 't Hout*), r.o. 3.4.1; HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, NJ 2006/377 (*X. e.a./ZAO Verzekeringen*), r.o. 3.4.

68 GCZh 26 augustus 1998; GCZ 20 april 2012 (3).

69 GCZh 16 oktober 2007.

70 GCZh 16 april 1999; GCZh 21 mei 2003.

71 HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, NJ 2002, 386 (*Oostelijk Zuid-Limburg/Stichting Gezondheidszorg*).

72 GCZh 2 april 1997 (2); GCZh 23 april 1997 (1); GCZh 5 juni 1997 (1); GCZh 5 juni 1997 (2); GCZh 20 januari 1999; GCZh 16 oktober 2007; GCZ 15 december 2011 (2).

73 HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, NJ 2002, 386, r.o. 3.5.6; Rb. Rotterdam 15 juli 2009, ECLI:NL:RBROT:2009:BJ3702, r.o. 3.17; Rb. Noord-Nederland 23 januari 2013, ECLI:NL:RBNNE:2013:BZ0218, r.o. 4.9.

getrokken door een drietal uitspraken uit 1997 waarin patiënten schadeposten opgaven maar deze vervolgens niet nader hadden gespecificeerd.⁷⁴ Toch kende de GCZ een (zij het lager) bedrag aan schadevergoeding toe. In een uitspraak uit 2002 werd een niet gespecificeerde schadepost daarentegen als te onbepaald afgewezen.⁷⁵ Tot slot kan worden gewezen op een uitspraak uit 2012 waarin de zorginstelling aanvoerde dat de gestelde kosten niet werden ondersteund door betalingsbewijzen.⁷⁶ De commissie gaat hier echter niet op in en kent alle door de patiënt gevorderde bedragen toe.

2.6 Deskundigen

Zoals gezien ziet de GCZ zelden aanleiding om externe deskundigen in te schakelen. Dit hangt samen met het feit dat een van de leden van de commissie deskundig is op medisch terrein. De GCZ baseert zich in het algemeen op een eigen analyse van het medisch dossier en de overige aangeleverde stukken.⁷⁷ Bovendien zegt de commissie regelmatig dat zij uit eigen wetenschap of expertise bekend is met bepaalde medische aangelegenheden.⁷⁸ De overwegingen van de GCZ geven er ook duidelijk blijk van dat de commissie over medisch specialistische kennis beschikt.⁷⁹ Wanneer een zaak specialistische kennis vereist waarover de zittende deskundige niet beschikt, worden de stukken van de zaak indien mogelijk voorgelegd aan een andere bij de GCZ aangesloten deskundige die op dit gebied wel deskundig is.⁸⁰ Wij hebben maar één uitspraak aangetroffen waaruit bleek dat de GCZ vragen aan een externe deskundige voorlegde.⁸¹ Door partijen ingebrachte deskundigenrapporten worden verder over het algemeen kritisch benaderd.⁸²

3. Beschouwing

De procedure voor de civiele rechter werpt voor de patiënt hoge drempels op, vanwege de aanzienlijke kosten die deze meebrengt en de juridische hindernissen die moeten worden genomen, zoals het bewijs van de medische fout en van het causale verband tussen fout en schade. De GCZ biedt daarvoor een alternatief dat aanzienlijk goedkoper, sneller en eenvoudiger is. Het is daarom vreemd dat van de GCZ-procedure zo weinig gebruik wordt gemaakt. De verklaring die hiervoor doorgaans wordt gegeven is het geringe belang dat is gemoeid met zaken waarvan de schadevergoeding is gelimiteerd tot € 5000.⁸³ Denkbaar is inderdaad dat zorginstellingen bij dergelijke bedragen de kosten al snel niet tegen de baten

74 GCZh 5 juni 1997 (1); GCZh 5 juni 1997 (2); GCZh 28 oktober 1997.

75 GCZh 25 maart 2002.

76 GCZ 20 april 2012 (3).

77 GCZh 2 april 1997 (2); GCZh 23 april 1997 (2); GCZ 23 september 1997 (2); GCZh 11 mei 2000; GCZ 15 november 2010; GCZ 15 december 2011 (1).

78 GCZh 16 oktober 2007; GCZ 30 oktober 2008; GCZ 26 november 2008 (1); GCZ 26 mei 2010; GCZ 20 januari 2011; GCZ 18 november 2011; GCZ 11 mei 2012 (2); GCZ 14 juni 2012.

79 Aldus ook GCZ 23 september 1997 (2); GCZh 16 maart 1999; GCZh 16 januari 2001; GCZh 14 april 2003; GCZ 26 november 2008 (1); GCZ 15 november 2010; GCZ 20 januari 2011; GCZ 11 mei 2012 (1).

80 Persoonlijke mededeling mevr. M. Bouter.

81 GCZh 21 juni 2004.

82 GCZh 23 september 1997 (3); GCZh 23 april 2002.

83 J.L. Smeehuijzen & A.J. Akkermans, *Medische aansprakelijkheid: over grote problemen, haalbare verbeteringen en overschatte revoluties*, Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 2013, Den Haag: Sdu Uitgevers 2013, p. 52.

vinden opwegen en daarom uitbetaling verkiezen boven het laten aankomen op een procedure. Vanuit het perspectief van de patiënt is de verklaring van het geringe belang intussen niet helemaal bevredigend: waarom zou iemand schade van deze omvang, die in de medische context wordt opgelopen, niet vergoed willen zien, waar hij die in andere contexten wel claimt? Meer voor de hand ligt dat de patiënt zich vaak niet of onvoldoende bewust is van het feit dat (mogelijk) een fout is gemaakt, dat de aansprakelijkheidsproblematiek in een aantal gevallen wordt overschaduwd door de zorgen over de gezondheid en dat de patiënt soms bang zal zijn met het aanspannen van een procedure de relatie met de zorgverlener op het spel te zetten.

Net als de civiele rechter waarborgt de GCZ hoor en wederhoor, onafhankelijkheid en onpartijdigheid. Een belangrijk voordeel is dat een van de leden van de GCZ deskundig is op medisch terrein. Anders dan bij de civiele rechter is bij de geschillencommissie de medische deskundigheid geïntegreerd in de beslissende instantie. Dit maakt het opvragen van (vaak kostbare en tijdrovende) externe deskundigenrapporten door partijen of de commissie zelf, wel aangeduid als de 'achilleshiel' van de medische aansprakelijkheid,⁸⁴ veelal onnodig. Het feit dat de uitspraken van de GCZ geen executoriale titel opleveren is verder niet langer een probleem nu de Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken garant staat voor de nakoming van het bindend advies door de aangesloten zorgaanbieders.

Terecht hanteert de GCZ, net als de civiele rechter, voor de bewijslastverdeling de hoofdregel van artikel 150 Rv. Dit komt de rechtseenheid ten goede. De bewijswaardering is evenwel verschillend. Dat is mogelijk omdat de GCZ-procedure een bindend adviesprocedure betreft, waardoor ruimte bestaat om af te wijken van het reguliere bewijsrecht.⁸⁵ Voorts kent de GCZ voor de patiënt een lichtere stelplicht, die correspondeert met een niet-lijdelijke opstelling van de commissie. Dit draagt bij aan de eenvoud van de procedure. Tevens is juridische bijstand veelal onnodig, zodat partijen aanzienlijke kosten kunnen besparen. De geïntegreerde deskundigheid, en in samenhang daarmee de actieve opstelling van de commissie, alsmede de andere bewijswaardering vormen tezamen vermoedelijk de belangrijkste verklaring voor het feit dat de GCZ-procedure zo veel sneller verloopt dan de civiele procedure.

Aan het hanteren van een lichtere bewijsmaatstaf is inherent dat concessies worden gedaan aan de deugdelijkheid van het feitenonderzoek.⁸⁶ Nu zowel de zorgaanbieder als de patiënt vrijwillig heeft gekozen voor de rechtsgang van de GCZ is dit niet onrechtvaardig of problematisch. Wel worden de beslissingen van de GCZ door de minder uitgebreide motivering minder inzichtelijk en controleerbaar. Verder is het de vraag of de lichtere bewijsmaatstaf ook van toepassing moet zijn op de gestelde schade. Ook schade wordt immers door de GCZ toegewezen wanneer zij deze voldoende aannemelijk acht, waarbij het overleggen van kwitanties of andere bewijstukken niet vereist is. Dit vergroot het risico

84 Smeehuijzen & Akkermans 2013 (zie noot 83), p. 50; L. Smeehuijzen e.a., 'Over problemen en oplossingen in het medisch aansprakelijkheidsrecht', *NJB* 2013, p. 2180-2186. Er moet eerst overeenstemming worden bereikt over de persoon van de deskundige en vervolgens over de te stellen vragen; daarna volgt de discussie over het rapport zelf, waarbij partijen en rechter niet rechtstreeks met de deskundige van gedachten kunnen wisselen.

85 P.E. Ernste, *Bindend Advies*, Deventer: Kluwer 2012, p. 216.

86 Ernste 2012 (zie noot 85), p. 218.

Mr. L.H.M.J. van de Laar & prof. mr. J.C.J. Dute

dat de zorgaanbieder schade moet vergoeden die wellicht nimmer, dan wel niet in de gestelde mate, is geleden. Dit past ook niet goed bij het ook door de GCZ gehanteerde uitgangspunt van concrete schadeberekening.

Wat betekent dit alles nu voor de komende Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (verder: Wkkgz)? Op grond van deze wet dient de zorgaanbieder te zijn aangesloten bij een geschilleninstantie, die is ingesteld door een of meer representatief te achten organisaties van cliënten en zorgaanbieders en door de minister moet zijn erkend. Deze geschilleninstantie is bevoegd bij wege van bindend advies schadevergoeding toe te kennen tot 'in ieder geval € 25.000'. Het geschil kan worden voorgelegd door de cliënt zelf, diens vertegenwoordiger of een nabestaande. Binnen zes maanden dient uitspraak te worden gedaan. De betrokkene dient, tenzij dat in redelijkheid niet van hem kan worden gevergd, de klacht eerst voor te leggen aan de zorgaanbieder, die binnen uiterlijk zes weken over de klacht en de verdere afhandeling daarvan zijn met redenen omklede oordeel moet geven, in de wet aangeduid als 'mededeling' (art. 19-22 Wkkgz).

In de eerste plaats verdient opmerking dat de toekomstige geschillenregeling niet alleen betrekking heeft op schadeclaims, maar ook op klachten. Hierop is in de literatuur de nodige kritiek geuit.⁸⁷ De huidige GCZ behandelt alleen schadeclaims, zodat over de gevolgen van het combineren van klachten en geschillen in één en dezelfde procedure op grond van de ervaringen met de GCZ niets kan worden gezegd. In de tweede plaats is van belang dat ten aanzien van de inrichting van de komende geschillenprocedure nog veel vragen openstaan. Daarbij kan de huidige samenstelling en werkwijze van de GCZ als vertrekpunt dienen, maar dat hoeft niet de richting te zijn die de organisaties van cliënten en zorgaanbieders straks opgaan, al ligt dit wel voor de hand; verder kan de minister in haar erkenningenbeleid zo nodig bijsturen. Daarbij is ons inziens van groot belang dat binnen de toekomstige geschilleninstantie(s) medische deskundigheid aanwezig blijft en dat ook de niet-lijdelijke opstelling behouden blijft.

Problematischer is of ook de lichtere bewijsmaatstaf behouden moet blijven. Dit hangt samen met het feit dat, anders dan nu, aansluiting bij de geschilleninstantie verplicht is voor de zorgaanbieder. Elders hebben wij betoogd dat deze verplichte aansluiting in strijd is met het EVRM.⁸⁸ Anderzijds zal aanscherping van de bewijsmaatstaf overeenkomstig de civiele rechter de drempel voor toekenning van schadevergoeding verhogen en daarmee de aantrekkelijkheid van de geschilleninstantie doen afnemen.

87 W.R. Kastelein, 'Klachten- en geschillenbehandeling in de Wcz: van de drup in de regen oftewel het kind en het badwater', *TvGR* 2010, p. 616-623; J. Legemaate, 'Nieuwe wetgeving over het klachtrecht: winst of verlies?', *TvGR* 2013, p. 449-456; J.C.J. Dute & L.H.M.J. van de Laar, 'Komende klachtwet gezondheidszorg. Ondoordacht én onrechtmatig', *NJB* 2014, p. 106-107.

88 Dute & Van de Laar 2014 (zie noot 87).

De Wkkgz is wat onduidelijk over de vraag of de patiënt, alvorens naar de geschilleninstantie te stappen, eerst de zorgaanbieder moet aanspreken.⁸⁹ Dit is van belang nu de zorgaanbieder geacht wordt binnen zes weken (met ten hoogste vier weken verlenging) te reageren, een termijn die te kort is voor de beoordeling van een schadeclaim. De GCZ neemt geen geschillen in behandeling waarover de zorgaanbieder zich niet eerst heeft uitgesproken. Deze lijn verdient ook in de toekomst aanbeveling, maar dan moet de termijnstelling wel worden aangepast. De beoordelingstermijn voor de toekomstige geschilleninstanties stelt de wet op zes maanden na het voorleggen van het geschil. Gelet op de huidige ervaringen met de GCZ is dit reëel, al hangt daar ook een bepaalde werkwijze mee samen.

De kosten van de huidige procedure bij de GCZ beperken zich tot het klachtengeld. Of dit onder de Wkkgz zo blijft, staat te bezien. Gelet op de bedoeling van de Wkkgz verdient dit wel aanbeveling. Terecht is ten slotte in artikel 22 lid 3 Wkkgz bepaald dat de uitspraken openbaar moeten worden gemaakt. Bij de GCZ zijn de meeste uitspraken niet openbaar.

4. Conclusie

De komende Wkkgz verplicht zorgaanbieders zich aan te sluiten bij een, door representatieve organisaties van cliënten en zorgaanbieders in te stellen en door de minister erkende, geschilleninstantie. Deze geschilleninstantie, die beslist bij wege van bindend advies, krijgt te oordelen over zowel klachten als geschillen over schadevergoeding, dit laatste tot een bedrag van maximaal € 25.000. Met geschillen over schadevergoeding heeft de GCZ, die vorderingen tot maximaal € 5000 kan toewijzen en ook beslist bij wege van bindend advies, in de afgelopen jaren de nodige ervaring opgedaan.

In dit artikel is een overzicht gegeven van de jurisprudentie van de GCZ over de jaren 1996–2013. Uit dat overzicht blijkt dat de GCZ het aansprakelijkheidsrecht in een aantal opzichten op dezelfde wijze toepast als de burgerlijke rechter (zoals de verzwaarde stelplicht), maar in een aantal andere opzichten hiervan afwijkt. Een bindend adviesprocedure, waarbij wordt geoordeeld als ‘goede mannen naar billijkheid’ maakt dit ook mogelijk. De aantrekkelijkheid van de huidige GCZ-procedure, waarvan overigens (te?) weinig gebruik wordt gemaakt, wordt vooral bepaald door de geïntegreerde medische deskundigheid (waardoor niet of nauwelijks rapporten van externe deskundigen hoeven te worden opgevraagd), de niet-lijdelijke opstelling van de GCZ en de lichtere bewijsmaatstaf. De toekomstige geschilleninstantie hoeft natuurlijk niet per se te worden gemodelleerd naar de huidige GCZ. De wetgever heeft de inrichting en de werking ervan (nagenoeg)

89 Uit de tekst van art. 21 lid 1 Wkkgz lijkt voort te vloeien dat (in beginsel) de patiënt zich eerst tot de zorgaanbieder dient te wenden, alvorens aan de geschilleninstantie een uitspraak te kunnen vragen. Echter, in de parlementaire toelichting op dit artikel staat het anders: ‘Er zijn situaties waarin het niet noodzakelijk is dat de cliënt eerst de klachtenprocedure doorloopt, alvorens naar de geschilleninstantie te stappen. Dat doet zich in ieder geval voor indien in de klachtenregeling is bepaald dat die regeling geen betrekking heeft op klachten over geleden schade. Maar ook indien de klachtenregeling zo’n uitzondering niet kent, is er geen goede reden om de geschilleninstantie niet als eerste instantie een uitspraak te laten doen over claims met betrekking tot geleden schade. Daarom kan de geschilleninstantie schadeclaims rechtstreeks in behandeling nemen.’ Zie *Kamerstukken I 2013/14*, 32402, F, p. 57; ook elders (p. 49) lijkt de regering ervan uit te gaan dat het niet vanzelfsprekend is dat de claim eerst aan de zorgaanbieder wordt voorgelegd.

Mr. L.H.M.J. van de Laar & prof. mr. J.C.J. Dute

geheel opengelaten en in handen van de sector gelegd.⁹⁰ Vele varianten zijn denkbaar. Wel verdient het aanbeveling de genoemde pluspunten in de vormgeving van de toekomstige geschilleninstantie(s) te handhaven. Voor de lichtere bewijsmaatstaf is dit minder vanzelfsprekend. Die is aanvaardbaar zolang de zorgaanbieder, zoals nu, zelf kiest voor beslechting via een bindend advies-procedure, maar wordt problematisch wanneer aansluiting bij een geschilleninstantie een verplicht karakter krijgt, zoals de Wkkgz voorziet. Van een lichtere bewijsmaatstaf heeft de civiele rechter tot op heden niet willen weten. De zorgaanbieder is bij de geschilleninstantie dus slechter af dan bij de civiele rechter, waarbij moet worden bedacht dat de mogelijk te betalen schadevergoeding veel hoger zal zijn dan nu (maximaal € 25.000). Tegelijk moet worden onderkend dat juist de lichtere bewijsmaatstaf een soepele en snelle afhandeling van de schadeclaim mogelijk maakt en daarmee een kernelement van de geschillenprocedure vormt.

90 Smeehuijzen & Akkermans 2013 (zie noot 83), p. 35.