

Moeizame procedure voor schadevergoeding bij medische fouten

Elk jaar worden naar schatting 35.000 patiënten het slachtoffer van een medische fout. Daar is sprake van als een zorgverlener verwijtbaar verkeerd heeft gehandeld, dus niet een medische complicatie die optreedt zonder dat iemand daar schuld aan heeft.

Artsen geven het niet graag toe maar ook zij maken fouten. En medische fouten hebben vaak enorme consequenties. Het kan iemands leven volledig op z'n kop zetten of zelfs zijn leven kosten. Je kunt gehandicapt raken, in een rolstoel terecht komen, in een depressie raken. En het kan ook enorme financiële consequenties hebben, bijvoorbeeld als je je baan verliest of je onderneming over de kop gaat.

Schadevergoeding bij medische fouten



Lange weg van hindernissen

Voor patiënten is het vaak een lange weg van hindernissen, voordat ze eventueel een schadevergoeding krijgen, als dat al lukt. Het systeem is zo dat de patiënt eerst aannemelijk moet maken dat er een fout is gemaakt. De meeste patiënten sturen een brief aan het ziekenhuis waar de fout (in de ogen van de patiënt) is gemaakt. Die brief komt bij de verzekeraar (meestal Medirisk of Centra-Med) van het ziekenhuis, waar een jurist en medisch adviseur de claim kritisch beoordelen. Misschien wel te kritisch. De verzekeraar wil de schadelast beperken en meestal wordt de claim afgewezen. Het slachtoffer moet dan aannemelijk maken dat het een verwijtbare fout is en niet een (niet verwijtbare) complicatie. Om dan verder te kunnen moet je naar de rechter.

Aansprakelijkheidsrecht schiet tekort

En dat is ingewikkeld. Om de claim aannemelijk te maken heb je een medisch adviseur nodig. Samen met de advocaat die je al hebt, ben je meteen in het begin al gauw een paar duizend euro verder. En als het een lang proces wordt, maak je nog veel meer kosten. Het is financieel maar ook emotioneel heel belastend, een lange moeizame weg. Veel mensen haken daarom al in het begin af. Ook als ze wel recht zouden hebben op een schadevergoeding. Dat is kwalijk en het aansprakelijkheidsrecht schiet tekort, stelt hoogleraar Gezondheidsrecht Johan Legemaate.

Nieuwe wet: de Wkkgz

Er is de laatste jaren wel wat veranderd in de houding van ziekenhuizen naar patiënten toe door een gedragscode bij medische incidenten per 2010; GOMA (Gedragscode Openheid Medische Aansprakelijkheid). Maar er zijn geen consequenties als de code niet wordt gevolgd. Een echt belangrijke verandering is er pas net en die moet zich nog bewijzen. Een nieuwe wet, de Wkkgz (Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg) geldt per 1 januari 2016. Volgens deze nieuwe wet moeten medische fouten verplicht aan de patiënt gemeld worden en opgenomen worden in het **medisch dossier** van de patiënt. De wet moet ook zorgen voor een betere en snellere aanpak van klachten. Per 1 januari 2017 dienen alle zorgaanbieders een klachtenfunctionaris te hebben, waar patiënten terecht kunnen met hun klacht. Als het gesprek met de klachtenfunctionaris het probleem niet oplost kan de patiënt de kwestie voorleggen aan **De Geschillencommissie** of een rechtszaak aanspannen.



Schadeclaim

De onafhankelijke Geschillencommissie behandelt zaken met een schadeclaim onder de 25.000 euro. De Geschillencommissie wordt betaald door de zorgaanbieder, dus die heeft er belang bij om de zaak ervoor al op te lossen. De Geschillencommissie moet binnen 6 maanden uitspraak doen over aansprakelijkheid en schade-uitkering. Dan is de lange moeizame weg naar de rechter niet meer nodig. Voor de meeste zaken zal dit een oplossing kunnen zijn. De meeste schadeclaims liggen onder dat maximumbedrag. De patiënt met de klacht zal nog wel kosten kunnen maken (advocaat, medisch rapport) om zijn klacht goed te onderbouwen.

Kostenbesparing

De Geschillencommissie en de nieuwe wet (Wkkgz) moeten zich nog in de praktijk bewijzen. De Geschillencommissie is niet alleen goed voor de beide partijen, maar het snelle oordeel zorgt ook voor een flinke kostenbesparing, uiteindelijk ook voor de gemeenschap. Wij betalen de artsen en ziekenhuizen met elkaar en die betalen de verzekeraars. En daarmee betalen wij als gemeenschap indirect ook de schadevergoedingen voor medische fouten. Voor de ernstiger zaken waar de geschatte schade (veel) hoger ligt is dit geen oplossing, daarvoor is nog steeds de stap naar de rechter de enige mogelijkheid.

Bron: Kassa 25 maart 2017

Wat is een medische fout?

Naar schatting lopen jaarlijks zo'n 40.000 Nederlanders schade op als gevolg van een vermijdbare medische fout. Zo'n 1950 mensen overlijden hieraan. Het onderscheid tussen een medische fout en een complicatie is in praktijk niet altijd te maken is. Het verschil is dat een complicatie een realistisch risico is dat altijd kan optreden bij een ziekte of ingreep. Bij een medische fout is de schade te wijten aan een tekortkoming van de arts of andere hulpverlener(s). Wat voor een gedupeerde een fout lijkt, kan na een medische evaluatie toch een complicatie blijken te zijn.

Als je het gevoel hebt slachtoffer te zijn van een complicatie of medische fout, bespreek dit dan met je zorgverlener. Je hebt recht op informatie hierover en het gesprek erover met de zorgverlener.

Medische fout: wat nu ?

De afhandeling van medische fouten laat te wensen over. Onderzoeken uit 2003 en 2010 van Stichting De Ombudsman naar de afhandeling van medische claims laten zien dat artsen en ziekenhuizen de afgelopen 10 jaar niet veel opener zijn geworden over hun fouten. Toch is in de medische branche zelf wel het besef doorgedrongen dat iets moet veranderen. Een voorbeeld is de opstelling van de Goma-richtlijn (Gedragscode Openheid Medische Incidenten), die moet leiden tot een betere afwikkeling van de medische aansprakelijkheid. De richtlijn kan als leidraad dienen bij een juridische zaak.

Volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moeten medische fouten verplicht aan de patiënt gemeld worden en opgenomen worden in het [medisch dossier](#) van de patiënt. Deze wet moet ook zorgen voor een betere en snellere aanpak van klachten. Per 1 januari 2017 dienen alle zorgaanbieders een klachtenfunctionaris te hebben, waar patiënten bij terecht kunnen met hun klacht. Als het gesprek met de klachtenfunctionaris het probleem niet oplost kan de patiënt de kwestie voorleggen aan [De Geschillencommissie](#) of een rechtszaak aanspannen.

Meldpunt medische missers

Om inzicht te krijgen in hoe slachtoffers van medische missers de nazorg en de afhandeling van de fouten in de zorg in de praktijk ervaren, hebben wij tijdens de campagne 'Kiezen moet kunnen' de meldactie medische missers gehouden. In 7 weken tijd verzamelden we bijna 1900 reacties. Dan hebben we het niet meer over incidenten, maar over een structureel probleem dat aan de kaak gesteld moet worden.

Bron: Consumentenbond

Vereniging voor Letselschade-Slachtoffers
Postbus 157
1000 AD AMSTERDAM

Telefoon 088-0405206

Fax 088-0405222

Website www.vvls.nl

Email info@vvls.nl

KvK 34123798 Amsterdam

