

Nieuwe versie IWMD-vraagstelling: causaal verband bij ongeval

Mr. A.J. Van, prof. mr. A.J. Akkermans en

*mevrouw. mr. A. Wilken**

1. Inleiding

In 2002 zag op de Vrije Universiteit Amsterdam de Projectgroep medische deskundigen in de civiele rechtspleging het licht.¹ Een van de eerste projecten van deze onderzoeksgroep betrof de vraagstelling bij medische expertises naar het causaal verband bij ongevallen.² Deze vraagstelling werd ontwikkeld in samenwerking met in de praktijk werkzame personen in het kader van de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD). In 2004 leidde dat tot het ontstaan van een studiemodel, dat nadien bekend is geworden als de IWMD-vraagstelling.³ Dit model heeft in de praktijk een merkbare navolging gekregen. Niet alleen bij buitengerechtelijke expertises, maar ook in een groot aantal rechterlijke uitspraken worden vraagstellingen geformuleerd die geheel of gedeeltelijk hieraan zijn ontleend. De IWMD-vraagstelling vormde de weerslag van het binnen de IWMD gevoerde debat over de kwaliteit van vraagstellingen. Dit was bedoeld als een voortgaand debat, vandaar dat aan de vraagstelling het predicaat van 'studiemodel' is gegeven. Hoewel de laatste volledige versie van het studiemodel alweer dateert van augustus 2005, is dit debat zeker niet stilgevallen.

Vorig jaar heeft een subgroep van de IWMD zich opnieuw gebogen over de vraagstelling naar het causaal verband bij ongevallen. De aanleiding hiervoor was meervoudig. Vanuit de Werkgroep medisch adviseurs verzekeraars van de GAV⁴ was het verzoek gekomen om op basis van de ervaringen met de

IWMD-vraagstelling na te denken over mogelijke verbeteringen en daar medisch adviseurs van slachtoffers bij te betrekken. Daarnaast waren van diverse kanten zinvolle suggesties tot aanpassing of verbetering gedaan. Verder was de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR)⁵ verschenen en had de Hoge Raad zich op 22 februari 2008 in een tweetal beschikkingen uitgesproken over de problematiek van de patiëntenkaart.⁶ In een van deze beschikkingen kwam ook de IWMD-vraagstelling aan de orde.⁷ Al deze ontwikkelingen noopten ertoe de vraagstelling kritisch te bekijken en waar nodig aan te passen.

Het resultaat is een nieuwe versie van de vraagstelling, die echter nog niet volledig is afgerond. Er wordt met name nog verder nagedacht over een verbetering van de vraag naar beperkingen. Aangezien over een groot aantal andere wijzigingen geen discussie meer bestaat, kan het concept van de verbeterde vraagstelling (gedateerd maart 2009) al wel worden gedownload van de website van de Projectgroep (<www.rechten.vu.nl/iwmd>), zodat het in de praktijk mogelijk is reeds van het grootste deel van de wijzigingen gebruik te maken. Ook op deze nieuwe conceptversie zijn alweer reacties uit de praktijk ontvangen. In deze bijdrage wordt besproken in welke opzichten de nieuwe vraagstelling verschilt van de vorige editie (augustus 2005), en welke aanleidingen en overwegingen daaraan ten grondslag hebben gelegen.

2. De systematiek van de vraagstelling

Het doel van de vraagstelling causaal verband bij ongeval is uiteraard om de niet-medici die zich bezighouden met de afwikkeling van letselschade, inzicht te geven in de medische uitgangspunten die van belang zijn bij het bepalen van de omvang van de schade die de benadeelde heeft geleden (en in de toekomst mogelijk zal lijden) als gevolg van een ongeval. Zoals bekend wordt deze schade in het civiele aansprakelijkheidsrecht vastgesteld aan de hand van een vergelijking tussen de gezondheids-

* Mr. A.J. Van is verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc en hij maakt deel uit van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging. Prof. mr. A.J. Akkermans is verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc en hij maakt deel uit van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging. Mevrouw mr. A. Wilken is verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc en hij maakt deel uit van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging.

1 Zie A.J. Akkermans, M.H. Elferink & A.J. Van, Verbetering van het medische traject. De activiteiten van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging en de IWMD, TVP 2005, p. 116-121.

2 Zie A.J. Van, Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?, TVP 2003, p. 105-110.

3 Zie A.J. Akkermans, Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak, TVP 2005, p. 69-80.

4 Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV), zie <www.gav.nl>.

5 Zie <knmg.artsennet.nl/diensten/KNMG-publicaties> 2008: Richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband.

6 HR 22 februari 2008, LJN BB3676 en BB5626, RvdW 2008, 256 en 261.

7 Met name vraag 3, waarin de deskundige werd gevraagd een inventarisatie te maken van – ook buiten zijn eigen vakgebied gelegen – feiten en omstandigheden in de medische voorgeschiedenis van de benadeelde die aanleiding zouden kunnen geven te veronderstellen dat ook zonder ongeval op enig moment beperkingen zouden zijn opgetreden.

toestand van de benadeelde zoals die na het ongeval is ontstaan en zich waarschijnlijk in de toekomst zal voortzetten (de situatie met ongeval), en de hypothetische situatie waarin de benadeelde zich zou hebben bevonden als het ongeval nooit had plaatsgevonden (de situatie zonder ongeval).⁸ Deze systematiek vormt de grondslag van de IWMD-vraagstelling. Onderdeel 1 heeft betrekking op de gezondheidstoestand en het functioneren van de benadeelde in de situatie met ongeval. In onderdeel 2 wordt aan de deskundige gevraagd zo nauwkeurig mogelijk te beschrijven hoe de gezondheidstoestand en het functioneren van de benadeelde in de hypothetische situatie zonder ongeval zouden zijn geweest. De gezondheidssituatie van de benadeelde voorafgaand aan het ongeval is relevant voor de beoordeling van beide situaties.

Ook aan eerdere versies van de IWMD-vraagstelling lag deze systematiek ten grondslag, maar ondanks de toelichting bleek deze systematiek – vooral voor niet-juristen – niet altijd voldoende duidelijk. Het kwam voor dat deskundigen bij de beantwoording van de vragen 1g (functieverlies met ongeval) en 1h (beperkingen met ongeval) slechts die mate van functieverlies en die beperkingen aangaven, die naar hun oordeel moesten worden aangemerkt als een gevolg van het ongeval. De bedoeling was echter dat zij hier het volledige functieverlies en alle beperkingen zouden noteren die in de situatie met ongeval bij de betrokkene aanwezig waren, ongeacht de aanwezigheid van een causaal verband met het ongeval. Vervolgens zou dan uit de vergelijking met het antwoord op vraag 2c (functieverlies en beperkingen zonder ongeval) kunnen worden afgeleid in hoeverre de onder vraag 1g genoemde mate van functieverlies en de onder vraag 1h genoemde beperkingen aan het ongeval moesten worden toegeschreven.

Om dit soort misverstanden te voorkomen is in de nieuwe versie van de vraagstelling voorafgaand aan de vragen een algemene toelichting opgenomen, waarin de systematiek daarvan wordt uitgelegd. Ook wordt benadrukt dat het de bedoeling is dat de deskundige niet alleen de vragen, maar ook de volledige toelichting te zien krijgt – iets wat tot dusver in de praktijk regelmatig mis blijkt te gaan en tot veel misverstanden blijkt te kunnen leiden. Daarnaast is de titel van onderdeel 1 gewijzigd. In de oude versie stond hier: 'De situatie voor en na ongeval'. Omdat de situatie voor ongeval niet alleen bij onderdeel 1, maar ook bij onderdeel 2 van belang is, is dit gewijzigd in: 'De situatie met ongeval'.

3. Aansluiting bij de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage

In de afgelopen jaren is de aandacht voor de kwaliteit van forensisch deskundigenonderzoek fors toegenomen, niet alleen binnen het strafrecht, maar ook op het gebied van het civiele aansprakelijkheidsrecht. Een merkbaar resultaat van de inspanning op het laatste terrein is de totstandkoming van de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrecht.

telijk verband (RMSR). In deze richtlijn, die in januari 2008 de goedkeuring verkreeg van de KNMG, is een groot aantal eisen geformuleerd waaraan een deskundige en diens rapportage moeten voldoen. De richtlijn is bedoeld als hulpmiddel voor deskundigen bij het uitvoeren van hun werkzaamheden, maar kan uiteraard ook dienen als kader om de kwaliteit daarvan te toetsen.

In de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling is aansluiting gezocht bij de RMSR. De wijze waarop een deskundige volgens hoofdstuk 3 van de RMSR zijn rapport dient op te bouwen, heeft model gestaan voor een strakkere formulering en indeling van de vragen over de informatie waarop de deskundige zijn rapport dient te baseren (de vragen 1a tot en met 1d van de vorige versie van de vraagstelling). Volgens de RMSR dient uit de indeling van het rapport te blijken welke informatie afkomstig is uit respectievelijk de anamnese, het door de deskundige zelf verrichte onderzoek en de gegevens afkomstig uit het medisch dossier van de betrokkene. In de nieuwe versie van de vraagstelling is hierbij aangesloten door elk van deze drie bronnen te laten terugkomen in een afzonderlijke vraag. Daardoor werd de 'oude' vraag 1c (*Wilt u bij uw antwoorden op de vragen 1a en 1b aangeven welke gegevens u ontleent aan het relaas van betrokkene en welke u ontleent aan onderzoek van de door u verkregen medische gegevens?*) overbodig en is deze komen te vervallen. Daarnaast wordt in elk van de nieuwe vragen verwezen naar de relevante aanbevelingen in de RMSR. Wat de anamnese (vraag 1a) betreft, bevat aanbeveling 2.2.4 belangrijke aanwijzingen voor de deskundige:

'2.2.4 De beschrijving van de anamnese is deugdelijk en compleet, en beperkt zich tot de relevante gegevens. De beschrijving van de anamnese bevat uitsluitend het verhaal van de onderzochte in diens bewoordingen. Er worden daarbij geen termen gebezigd of feiten vermeld die uitsluitend kunnen zijn ontleend aan aangeleverde of verkregen medische gegevens of een interpretatie daarvan. Als hieraan wordt voldaan, dan verwoordt de anamnese per definitie het subjectieve verhaal van de onderzochte. Termen als "betrokkene zou (...)" worden vermeden. Ook voegt de expert bij de beschrijving van de anamnese geen voorlopige conclusies of eigen interpretaties toe. Auto-anamnese en hetero-anamnese worden gescheiden en als zodanig genoemd weergegeven.'

Voor de wijze waarop de deskundige de gegevens uit het medisch dossier van de betrokkene dient weer te geven (vraag 1b), bevat aanbeveling 2.2.6 relevante instructies:

'2.2.6 Uit het rapport blijkt van welke van de meegestuurde gegevens kennis werd genomen en op welke wijze de daaraan ontleende feiten zijn meegewogen in het eindoordeel. Bij voorkeur wordt in het rapport een samenvatting opgenomen van de aan de meegestuurde gegevens ontleende feiten.'

De aanbevelingen 2.2.5 en 2.2.7 hebben betrekking op het door de deskundige zelf verrichte onderzoek en eventueel door hem geïnitieerd of te initiëren hulponderzoek:

⁸ Zie A.J. Akkermans, Causaliteit bij letselschade en medische expertise, TVP 2003, p. 93-104.

'2.2.5 Er wordt een adequaat lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek verricht, maar slechts voorzover dat relevant is voor de beantwoording van de vraagstelling. Niet relevant onderzoek blijft uitdrukkelijk achterwege. Indien mogelijk worden de resultaten in kwantitatieve vorm weergegeven. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten kan medisch jargon uiteraard niet worden vermeden.'

'2.2.7 Indien de expert aanvullend hulponderzoek (radiologisch, neuropsychologisch of anderszins) laat verrichten en de uitkomsten daarvan in zijn conclusies betreft, dan dienen de verslagleggingen van deze onderzoeken bij het expertisereport gevoegd te worden.'

Mede naar aanleiding van dit alles luiden de vragen 1a tot en met 1c in de nieuwe IWMD-vraagstelling als volgt:

1. De situatie met ongeval
(...)

Anamnese (aanbeveling 2.2.4 RMSR)

a. Hoe luidt de anamnese voor wat betreft de aard en de ernst van het letsel, het verloop van de klachten, de toegepaste behandelingen en het resultaat van deze behandelingen? Wilt u in uw anamnese vermelden welke beperkingen op uw vakgebied de onderzochte aangeeft in relatie tot de activiteiten van het algemene dagelijkse leven (ADL), loonvormende arbeid en het uitoefenen van hobby's, bezigheden in recreatieve sfeer en zelfwerkzaamheid?

Medische gegevens (aanbeveling 2.2.6 RMSR)

b. Wilt u op basis van het medisch dossier van de onderzochte een beschrijving geven van:
1) de medische voorgeschiedenis van de onderzochte op uw vakgebied;
2) de medische behandeling van het letsel van de onderzochte en het resultaat daarvan.

Medisch onderzoek (aanbevelingen 2.2.5 en 2.2.7 RMSR)

c. Wilt u een beschrijving geven van uw bevindingen bij lichamelijk en eventueel hulponderzoek?

Op basis van de in hoofdstuk 2 van de RMSR geformuleerde eis van consistentie dient de deskundige de informatie verkregen uit anamnese, medisch dossier en (hulp)onderzoek vervolgens te beschouwen in onderlinge samenhang. Deze eis is nader uitgewerkt in aanbeveling 2.2.10:

'2.2.10 Er wordt een beschouwing opgenomen waarin de gronden en argumenten worden uiteengezet die geleid hebben tot de conclusies. Feiten, bevindingen en overwegingen worden in hun onderlinge samenhang bezien. De conclusies zijn altijd uit deze beschouwing af te leiden. Een argumen-

tatie is ondubbelzinnig en volgt op logische wijze uit het voorafgaande.'

Als de deskundige bij het beoordelen van de onderlinge samenhang inconsistenties vaststelt – de anamnese komt bijvoorbeeld niet overeen met de feiten zoals die uit de stukken naar voren komen – dan is het volgens aanbeveling 2.2.8 aan de deskundige om de onderzochte daarmee te confronteren en diens reactie in zijn rapport te verwerken:

'2.2.8 Als de anamnese niet overeenkomt met de feiten zoals die uit de stukken naar voren komen, dan dient uit het rapport te blijken dat de onderzochte, voor zover dat medisch verantwoord is, met deze discrepantie werd geconfronteerd. Vermeld wordt, wat zijn reactie daarop was en wat daaruit kan worden geconcludeerd.'

Vanwege deze eisen is in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling voorafgaand aan de vraag naar de diagnose een tweetal nieuwe vragen opgenomen. Die luiden als volgt:

1. De situatie met ongeval
(...)

Consistentie (aanbevelingen 2.2.8 en 2.2.10 RMSR)

d. Is naar uw oordeel sprake van een onderlinge samenhang als het gaat om de informatie die is verkregen van de onderzochte zelf, de feiten zoals die uit het medisch dossier naar voren komen en uw bevindingen bij onderzoek en eventueel hulponderzoek?
e. Voor zover u de vorige vraag ontkennend beantwoordt, wilt u dan aangeven wat de reactie was van de onderzochte op de door u geconstateerde inconsistenties en welke conclusies u daaruit trekt?

Een derde wijziging die is ingegeven door de RMSR, betreft de vraag naar de differentiaaldiagnostische overwegingen van de deskundige. Een differentiële diagnose wordt gesteld door de kenmerken van verschillende ziekten te vergelijken. Het verzoek daartoe komt er dus op neer dat de deskundige wordt verzocht zijn diagnose te motiveren door het elimineren van mogelijkheden. Dat moedigt niet alleen aan tot een zo kritisch mogelijke diagnose, als het goed wordt gedaan geeft het niet-medici ook maximaal inzicht in de overwegingen die voor de betreffende diagnose relevant zijn. In de vorige versie van de vraagstelling werd hiernaar alleen gevraagd als sprake was van klachten waarbij geen medisch objectieveerbare afwijkingen konden worden vastgesteld (zie vraag 1f). In aanbeveling 2.2.15 van de RMSR wordt aan de deskundige overgelaten in welke gevallen hij een differentiaaldiagnostische overweging geeft:

'2.2.15 Waar nodig wordt een differentiaaldiagnostische overweging gegeven.'

Deze aanbeveling bergt het gevaar in zich dat de deskundige ervoor kiest om geen differentiaaldiagnostische overweging te geven, terwijl daaraan bij partijen wel behoefte bestaat. Om die reden is gekozen om standaard naar de differentiaaldiagnostische overwegingen te vragen. In gevallen waarin de diagnose duidelijk is, levert dit voor de deskundige nauwelijks extra werk op. In de overige gevallen is waarschijnlijk dat de differentiaaldiagnostische overwegingen informatie bevatten die relevant is voor de afwikkeling van de schade. In de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling luidt de vraag naar de diagnose nu als volgt:

1. De situatie met ongeval

(...)

Diagnose (aanbeveling 2.2.15 RMSR)

f. Wat is de diagnose op uw vakgebied? Wilt u daarbij uw differentiaaldiagnostische overweging geven?

4. Vraag naar invaliditeitspercentage niet langer standaard opgenomen

Een van de opvallendste wijzigingen in de nieuwe IWMD-vraagstelling is dat niet langer standaard wordt gevraagd naar de in een invaliditeitspercentage uitgedrukte mate van functieverlies. Hieraan liggen verschillende argumenten ten grondslag. Anders dan bij een ongevallenzekeringsverzekering, waar de hoogte van de verzekeringsuitkering over het algemeen direct afhankelijk is van het invaliditeitspercentage, speelt dit bij de bepaling van de omvang van letselschade in aansprakelijkheidszaken een veel minder grote rol. De enige schadepost waarbij het invaliditeitspercentage wordt meegewogen, is het smartengeld. Bij de vaststelling van de hoogte daarvan speelt het percentage een beperkte rol.

In hun inleiding bij de veertiende druk van de Smartengeldgids sommen Beer en Collignon-Smit Sibinga vijftien factoren op die bepalend zijn voor de hoogte van het smartengeld.⁹ Het percentage blijvende functionele invaliditeit staat in die opsomming op de tiende plaats. De Hoge Raad noemt het percentage niet eens als het gaat om factoren die van belang zijn voor de begroting van het smartengeld. In het bekende Aids-arrest¹⁰ overwoog de Hoge Raad dat in dit verband moet worden gedacht aan 'enerzijds de aard van de aansprakelijkheid en anderzijds de aard, de duur en de intensiteit van de pijn, het verdriet en de gederfde levensvreugde'. Ook in latere jurisprudentie van de Hoge Raad wordt het percentage niet genoemd.

In de lagere rechtspraak maakt de functionele invaliditeit doorgaans wel deel uit van de motivering van de hoogte van het smartengeld. Naar haar aard is dit echter slechts een algemene aanduiding van de ernst van het letsel. Specifieke en meer op de persoon en omstandigheden van de benadeelde toegesneden

factoren, zoals leeftijd, duur van de behandeling en omvang van de veroorzaakte beperkingen, leggen meer gewicht in de schaal. Een illustratie daarvan vormt een uitspraak van de Rechtbank Maastricht van 3 december 2008.¹¹ Hierin hield de rechtbank bij de bepaling van de hoogte van het smartengeld rekening met (1) het feit dat de vele operaties, ziekenhuisopnames en met name ook de ontsierende littekens een ernstige aantasting van de levensvreugde voor de benadeelde hadden betekend, en (2) het feit dat de benadeelde aan het ongeval blijvende pijnklachten en beperkingen had overgehouden. Tussen partijen bestond een beperkt verschil van mening over de exacte mate waarin deze pijnklachten en beperkingen bestonden, en daarmee over de hoogte van het invaliditeitspercentage. De benadeelde hield het op 10%, gedaagde op 5%. Voor de vaststelling van het smartengeld vond de rechtbank het niet nodig om het percentage invaliditeit exact vast te stellen. De rechtbank zag geen grond om hiervoor een deskundige te benoemen, en baseerde haar beslissing ter zake op de hiervoor genoemde, op de concrete omstandigheden van het geval toegesneden omstandigheden.

De omvang van het smartengeld wordt in de praktijk vaak in belangrijke mate bepaald door vergelijking met andere zaken waarin door de rechter smartengeld is toegewezen. De hiervoor al genoemde Smartengeldgids van de ANWB is daarbij een belangrijk hulpmiddel. De daarin opgenomen jurisprudentie laat zien dat het invaliditeitspercentage weliswaar een factor is aan de hand waarvan uitspraken kunnen worden vergeleken, maar ook dat dergelijke percentages op zich nooit bepalend zijn voor de omvang van het smartengeld. Zo werd het percentage functionele invaliditeit van een fietsster die als gevolg van een aanrijding ernstig knieletsel had opgelopen, geschat op 8% en werd aan haar een bedrag van € 5900 aan smartengeld toegekend (Smartengeldgids 2006, nr. 63). In een andere zaak werd het percentage functionele invaliditeit van een man die als gevolg van een medische fout ernstig beenletsel – een beenlengteverschil van 3,5 cm – had opgelopen, bepaald op 'slechts' 5% en werd een aanzienlijk hoger bedrag aan smartengeld toegekend, namelijk € 12.993 (Smartengeldgids 2006, nr. 94). Een ander voorbeeld betreft twee zaken waarin de werknemers in kwestie een bedrijfsongeval was overkomen. In het eerste geval verloor de werknemer de top van zijn linkerduim. Het percentage functionele invaliditeit werd vastgesteld op 16% en aan hem werd een bedrag van € 6172 aan smartengeld toegekend (Smartengeldgids 2006, nr. 170). De werknemer in het tweede geval verloor het bovenste deel van zijn linkerwijsvinger. Het percentage functionele invaliditeit werd vastgesteld op 'slechts' 8%. Desondanks ontving hij een ietwat hoger bedrag aan smartengeld, te weten € 6695 (Smartengeldgids 2006, nr. 171).

Deze voorbeelden laten zien dat het invaliditeitspercentage slechts één van de vele relevante omstandigheden is voor de bepaling van de omvang van het smartengeld, en zeker geen allesbepalende omstandigheid. Het is niet meer dan een indicatie van de ernst van het letsel en zijn gevolgen, welke ernst vaak ook

9 J.M. Beer & A.F. Collignon-Smit Sibinga, Smartengeld, een praktische benadering met oog voor de toekomst, Smartengeldgids, 14e druk, Den Haag: ANWB 2000, p. 6-11.

10 HR 8 juli 1992, NJ 1992, 714.

11 Zie bijvoorbeeld Rb. Maastricht 3 december 2008, JA 2009, 39 m.nt. A. Wilken.

uit andere omstandigheden kan worden afgeleid. Daarbij komt dat de hoogte van het percentage functionele invaliditeit dat in de AMA-guides en de richtlijnen van de beroepsverenigingen aan een bepaald letsel wordt toegekend, in de praktijk nogal eens wijzigt. Het bekendste voorbeeld daarvan is het postwhiplash-syndroom. In de vroegste versies van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie mocht voor dit letsel een functieverlies van 8% worden toegekend; in de recentste richtlijn is dat teruggebracht tot 0%. Ook dit relateert de betekenis van het percentage functieverlies als richtsnoer voor de bepaling van de hoogte van het smartengeld.

Een andere overweging om de vraag naar de mate van functieverlies niet langer standaard op te nemen in de vraagstelling, is dat de vaststelling daarvan zowel de deskundige als de betrokken medisch adviseurs onevenredig veel tijd en energie kost en te zeer afleidt van de voor de praktijk veel relevantere vraag naar de bij de benadeelde bestaande beperkingen. Het is een bekend gegeven dat deskundigen moeite hebben met de toepassing van de juiste tabellen uit de AMA-guides en dat een aanzienlijk deel van de – vaak vertragende – discussie tussen medisch adviseurs betrekking heeft op dit onderwerp. Gelet op de beperkte praktische waarde van dit percentage, is dit een inefficiënte besteding van tijd en middelen.

Op basis van deze argumenten heeft de functionele invaliditeitsvraag in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling een optioneel karakter gekregen. De gedachte is om de vraag naar het percentage invaliditeit alleen aan de deskundige voor te leggen wanneer dat een duidelijk doel heeft (te denken valt aan het bepalen van de hoogte van een uitkering op grond van een ongevalverzekering), of als partijen of de rechter dat om een andere reden uitdrukkelijk wensen. In die gevallen staat het partijen of de rechter uiteraard volledig vrij de vraag aan de deskundige voor te leggen.

5. Beperkingen

Een vraag die veel stof tot discussie heeft opgeleverd, is die naar de beperkingen van de onderzochte. De vorige versie van deze vraag (vraag 1h) bleek in twee opzichten tekortkomingen te vertonen. In de eerste plaats werd hierin aan de deskundige gevraagd zich uit te spreken over de geschiktheid om betaalde en huishoudelijke werkzaamheden te verrichten. De deskundige werd daardoor te zeer uitgenodigd om zich uit te laten over zaken die buiten het terrein van zijn deskundigheid liggen. De vaststelling van de gevolgen van de medische beperkingen voor loonvormende en huishoudelijke arbeid in het algemene dagelijkse leven (ADL) en andere activiteiten ligt immers meer op het vakgebied van de arbeidsdeskundige. In de tweede plaats werd in de vorige versie geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen de subjectieve, door de betrokkene zelf aangegeven beperkingen en de door de deskundige, op grond van zijn bevindingen, aanwezig geachte beperkingen. Hierdoor ontstond het gevaar dat de deskundige bij de beantwoording van deze vraag volstond met een verwijzing naar de door de betrokkene zelf in de anamnese genoemde beperkingen. Die zijn bovendien doorgaans vrij specifiek

omschreven, terwijl de deskundige zich in het kader van deze vraag juist zou moeten beperken tot het aangeven van functiebeperkingen in algemene zin.

In de nieuwe versie is getracht beide problemen te ondervangen. Er wordt niet langer gevraagd naar de beperkingen op specifieke terreinen als ADL, loonvormende en huishoudelijke arbeid en de vrijetijdsbesteding; aan de deskundige wordt uitsluitend gevraagd de beperkingen op zijn vakgebied aan te geven. Om te voorkomen dat de deskundige volstaat met een verwijzing naar de anamnese, wordt in de nieuwe versie aan de deskundige gevraagd de door hem op zijn vakgebied geconstateerde beperkingen op semikwantitatieve wijze weer te geven in een afzonderlijk beperkingenformulier. Daarmee wordt tevens aangesloten bij aanbeveling 2.2.18 van de RMSR. Deze luidt als volgt:

‘2.2.18 De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semikwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).’

Het is de bedoeling dat voor ieder vakgebied een apart beperkingenformulier wordt opgesteld, waarop uitsluitend de voor dat vakgebied relevante beperkingen zijn opgenomen. Aldus wordt de deskundige gestimuleerd de op zijn vakgebied liggende beperkingen zo volledig mogelijk weer te geven. Tegelijkertijd wordt tegengegaan dat hij zich uitlaat over beperkingen die buiten zijn vakgebied liggen. Deze beperkingenformulieren zijn op dit moment nog in ontwikkeling. Knelpunt is vooral de afweging tussen het wenselijke en het haalbare. Ook wordt onderzocht of het een goed idee is om, voorafgaand aan de expertise, de benadeelde zelf een opgave te laten doen van de door hem onderzochte beperkingen, al of niet door middel van een onlinevragenlijst.¹² Zodra ze beschikbaar zijn, zullen de beperkingenformulieren op de website van de Projectgroep worden toegevoegd aan de laatste versie van de IWMD-vraagstelling. Tot die tijd zullen gebruikers van de nieuwe versie in vraag 1g de woorden ‘in het bijgesloten formulier’ moeten weglaten.

Om duidelijker tot uiting te brengen dat het bij de beperkingenvraag niet gaat om de door de betrokkene zelf aangegeven beperkingen, maar om de beperkingen die de deskundige vast kan stellen, wordt in de nieuwe versie niet langer gevraagd welke beperkingen de betrokkene ‘ondervindt’, maar welke beperkingen naar het oordeel van de deskundige bij de betrokkene ‘bestaan’. Daarbij wordt verwezen naar aanbeveling 2.2.17 van de RMSR. Deze luidt:

‘2.2.17 Uit het rapport blijkt dat de expert de beperkingen van de onderzochte baseert op zijn eigen professionele oordeel en dat hij niet klakkeloos de door de onderzochte genoemde beperkingen heeft overgenomen.’

12 Gedacht wordt aan de door TNO ontwikkelde IMPACT-vragenlijst, zie <www.tno.nl > markten > Preventie en zorg > Cases > IMPACT vragenlijst: zicht op beperkingen>.

Op basis hiervan is de beperkingenvraag in de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling als volgt geformuleerd:

1. De situatie met ongeval
(...)

Beperkingen (aanbevelingen 2.2.17 en 2.2.18 RMSR)

g. Welke beperkingen op uw vakgebied bestaan naar uw oordeel bij de onderzochte in zijn huidige toestand, ongeacht of de beperkingen voortvloeien uit het ongeval? Wilt u deze beperkingen zo uitgebreid mogelijk beschrijven, op semi-kwantitatieve wijze weergeven in het bijgesloten beperkingenformulier en zo nodig toelichten ten behoeve van een eventueel in te schakelen arbeidsdeskundige?

Om te bewerkstelligen dat ook de door de onderzochte zelf aangegeven beperkingen op een adequate wijze in het rapport worden weergegeven, is in vraag 1a (anamnese) van de nieuwe versie een subvraag opgenomen (zie hiervoor) waarin de deskundige wordt verzocht te vermelden welke beperkingen op zijn vakgebied de onderzochte zelf aangeeft. Om daarvan een zo volledig mogelijk beeld te verkrijgen is hier wél de uitsplitsing gehanteerd naar activiteiten van het algemene dagelijkse leven (ADL), huishoudelijke werkzaamheden, loonvormende arbeid en het uitoefenen van hobby's, en bezigheden in recreatieve sfeer.

6. Medische eindsituatie

De vragen die zien op het al dan niet bestaan van een medische eindsituatie, zijn in de nieuwe versie van de vraagstelling vrijwel ongewijzigd overgenomen. Wel wordt in de nieuwe vraag verwezen naar aanbeveling 2.2.14 van de RMSR. Deze luidt:

'2.2.14 Als de expert om een inschatting wordt gevraagd en hij zich competent acht deze inschatting te maken, dan zorgt hij ervoor dat duidelijk wordt op welke wijze deze inschatting tot stand is gekomen. Hij geeft aan wat daarbij heeft meegewogen en wat van doorslaggevende betekenis is geweest.'

Verder wordt in vraag 1k niet langer verwezen naar de consequenties voor de mate van functiestoornis, nu de vraag daarnaar in de nieuwe versie optioneel is geworden (zie hiervoor). De vragen naar de medische eindsituatie zijn in de nieuwe versie als volgt geformuleerd:

1. De situatie met ongeval
(...)

Medische eindsituatie (aanbeveling 2.2.14 RMSR)

h. Acht u de huidige toestand van de onderzochte zodanig dat een beoordeling van de blijvende gevolgen van het ongeval mogelijk is, of verwacht u in de toekomst nog een belangrijke verbetering of ver-

slechtering van het op uw vakgebied geconstateerde letsel?

- i. Zo ja, welke verbetering of verslechtering verwacht u?
- j. Kunt u aangeven op welke termijn en in welke mate u die verbetering dan wel verslechtering verwacht?
- k. Kunt u aangeven welke gevolgen deze verbetering dan wel verslechtering zal hebben voor de beperkingen (als bedoeld in vraag 1g)?

7. De hypothetische situatie zonder ongeval

Zoals reeds aangestipt in paragraaf 2 van deze bijdrage, kwam uit ervaringen met de vorige versie van de IWMD-vraagstelling naar voren dat deskundigen de vraag naar de hypothetische situatie zonder ongeval niet altijd juist opvatten. Dat deed zich met name voor wanneer voorafgaand aan het ongeval bij de betrokkene al klachten en afwijkingen bestonden. Bij de beantwoording van de vraag of er zonder ongeval ook klachten en afwijkingen zouden zijn geweest, kwam het wel voor dat de deskundigen deze pre-existente klachten en afwijkingen niet in aanmerking namen. Om dat te voorkomen is dit onderdeel van de vraagstelling uitgebreid met een tweetal vragen (2.a en 2.b), die specifiek zijn gericht op het vaststellen van klachten, afwijkingen en beperkingen die vóór het ongeval reeds bij de onderzochte aanwezig waren. Verder is in de toelichting bij dit onderdeel een verwijzing opgenomen naar aanbeveling 2.2.16 van de RMSR. Deze luidt als volgt:

'2.2.16 Een eventuele causaliteitsvraag wordt uitsluitend beantwoord vanuit de medische causaliteitsgedachte, dat wil zeggen op grond van datgene wat bekend en herkenbaar is met betrekking tot het ontstaan en het beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. Deze vraagstelling geschiedt in overeenstemming met de gangbare inzichten dan wel richtlijnen van de desbetreffende wetenschappelijke vereniging. De expert zal nimmer klachten aan een ongeval "toerekenen" of de causaliteit ervan louter baseren op het feit dat ze pas na het ongeval debuteerden.'

Tot slot wordt in de vragen 2b en 2e niet (langer) verwezen naar de consequenties voor de mate van functiestoornis, nu de vraag daarnaar in de nieuwe versie optioneel is geworden (zie paragraaf 4). In de nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling luidt onderdeel 2 dan als volgt:

2. De situatie zonder ongeval

Meestal zal het niet mogelijk zijn om onderstaande vragen (met name de vragen 2c-2e) met zekerheid te beantwoorden. Van u wordt ook niet gevraagd zekerheid te bieden. Wel wordt gevraagd of u vanuit uw kennis en ervaring op uw vakgebied uw mening wilt geven over kansen en waarschijnlijkheden. Het is dus de bedoeling dat u aangeeft wat u op grond van uw deskundigheid op uw vakgebied op deze

vragen kunt antwoorden (aanbevelingen 2.2.14 en 2.2.16 RMSR).

Klachten, afwijkingen en beperkingen voor ongeval

- a. Bestonden voor het ongeval bij de onderzochte reeds klachten en afwijkingen op uw vakgebied die de onderzochte thans nog steeds heeft?
- b. Zo ja, kunt u dan aangeven welke beperkingen (zie aanbevelingen 2.2.17 en 2.2.18 RMSR) uit deze klachten en afwijkingen voortvloeien?

Klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval

- c. Zijn er op uw vakgebied klachten en afwijkingen die er ook zouden zijn geweest of op enig moment ook hadden kunnen ontstaan, als het ongeval de onderzochte niet was overkomen?
- d. Zo ja (dus zonder ongeval ook klachten), kunt u dan een indicatie geven met welke mate van waarschijnlijkheid, op welke termijn en in welke omvang de klachten en afwijkingen dan hadden kunnen ontstaan?
- e. Kunt u aangeven welke beperkingen (aanbevelingen 2.2.17 en 2.2.18 RMSR) uit deze klachten en afwijkingen zouden zijn voortgevloeid?

8. Slotvraag

Een van de meest gehoorde opmerkingen over de vorige versie van de vraagstelling causaal verband bij ongeval was dat daarin geen slotvraag was opgenomen. Bij gebreke van een ‘bezemvraag’ wordt aan de deskundige niet expliciet de ruimte geboden om buiten de vraagstelling om punten naar voren te brengen die in zijn ogen relevant waren voor de beoordeling van de zaak. In de nieuwe versie van de vraagstelling is hierin wel expliciet voorzien. Daarmee wordt tevens aangesloten bij aanbeveling 2.2.11 van de RMSR. Deze luidt:

‘2.2.11 Indien de expert bevindingen doet waar niet naar wordt gevraagd maar die hij terzake relevant vindt, dan vermeldt hij deze in het rapport.’

Op dit punt is overigens wel enige voorzichtigheid geboden. De eveneens in de RMSR opgenomen eis van relevantie en zuinigheid brengt namelijk mee dat een deskundige in zijn rapport alleen aangeeft wat relevant is voor het goed beantwoorden van de vragen. Hij mag geen overbodige beschouwingen geven:

‘2.1.4 De eis van relevantie en zuinigheid: De expert geeft in zijn rapport alleen aan wat relevant is voor het goed beantwoorden van de vragen. Hij geeft geen overbodige beschouwingen (het zogeheten “obiter dictum”).’

Verder moet de deskundige natuurlijk de grenzen van zijn vakgebied en de aan hem verstrekte opdracht in het oog houden. Op basis daarvan is in de nieuwe versie van de vraagstelling de slotvraag als volgt geformuleerd:

3. Slotvraag (aanbeveling 2.2.11 RMSR)

Zijn er nog andere relevante, binnen uw vakgebied en het kader van de aan u verstrekte opdracht liggende punten die u naar voren wilt brengen?

9. Overige aspecten van de hypothetische situatie zonder ongeval

In de periode waarin de vorige versie van de IWMD-vraagstelling tot stand kwam, was in de lagere rechtspraak veel te doen over de vraag in hoeverre de benadeelde in het kader van een medische expertise aan de wederpartij inzage moest verstrekken in haar medisch dossier. Uitgangspunt van de vorige versie was dat de medisch adviseurs van beide partijen over een compleet medisch dossier (inclusief huisartsenjournal of patiëntenkaart) konden beschikken. In de toenmalige praktijk kwam echter regelmatig voor dat de medisch adviseurs (of althans de medisch adviseur van de verzekeraar) geen inzage hadden in het volledige medisch dossier van de benadeelde, maar de expertiserende arts wel. Met het oog op die situatie was in de vorige versie een optioneel onderdeel opgenomen (3. Overige aspecten van de hypothetische situatie zonder ongeval). Hierin werd aan de deskundige gevraagd een inventarisatie te maken van – ook buiten zijn eigen vakgebied gelegen – feiten en omstandigheden in de medische voorgeschiedenis van de benadeelde die aanleiding zouden kunnen geven te veronderstellen dat ook zonder ongeval op enig moment beperkingen zouden zijn opgetreden. De constructie waar deze vraag van uitgaat, is dat de deskundige die klachten en beperkingen niet hoeft te *beoordelen* (daarmee zou hij buiten zijn boekje treden), maar slechts hoeft te *signaleren* (daarmee zou hij niet buiten zijn boekje treden). Maar ongelukkig is deze constructie ondertussen natuurlijk wel. In de toelichting werd de hele vraag ook nadrukkelijk als ‘second best’ geïntroduceerd.

Deze optionele vraag maakt in de nieuwe versie niet langer standaard deel uit van de vraagstelling causaal verband bij ongeval. Daaraan hebben verschillende overwegingen ten grondslag gelegen. De voornaamste reden om dit onderdeel uit de standaardvraagstelling te verwijderen, is dat ondanks het feit dat hij uitdrukkelijk was bedoeld als optioneel, deze vraag in de praktijk nogal eens aan deskundigen werd voorgelegd zonder dat daar in casu ook werkelijk aanleiding voor was. Om het optionele karakter te benadrukken is ervoor gekozen de vraag in een afzonderlijk document te plaatsen, los van de ‘standaardonderdelen’ van de nieuwe versie van de vraagstelling causaal verband bij ongeval.

Deze kwestie is ook nog eens op scherp gezet door een van de twee beschikkingen van de Hoge Raad van 22 februari 2008.¹³ De aanleiding tot die beschikking was een aanrijding die bij de getroffen had geleid tot hoofdpijn en pijnklachten aan de nek, schouders en armen. De WAM-verzekeraar van het voertuig dat de aanrijding had veroorzaakt, had verzocht om een deskundi-

¹³ HR 22 februari 2008, LJN BB3676, RvdW 2008, 256.

genbericht op het vakgebied van de neurologie. In het verzoekschrift was voorgesteld de te benoemen neuroloog ook de optionele vraag 3 van de IWMD-vraagstelling voor te leggen. De rechtbank en het hof hadden dit voorstel niet overgenomen. Ten aanzien van de daarover ingediende grief overwoog de Hoge Raad:

‘Hetgeen het hof overweegt moet aldus worden verstaan dat naar het oordeel van het hof de rechtbank terecht de onderhavige vraag 3 niet aan de deskundige heeft gesteld omdat die vraag niet valt te verenigen met de taak van de door de rechter benoemde deskundige. Deze taak bestaat hierin dat de deskundige op het terrein dat wordt ontsloten door de hem door de rechter gestelde vragen, een onderzoek verricht en op basis daarvan een oordeel geeft. De deskundige doet een en ander ingevolge art. 198 lid 1 Rv. naar beste weten, hetgeen impliceert dat hij op grond van zijn bijzondere kennis en ervaring met het betrokken onderzoeksgebied bij uitstek gekwalificeerd is voor het verrichten van dat onderzoek en het geven van dat oordeel. De rechter is dan ook bevoegd een of meer vragen aan de deskundige niet toe te laten indien deze ertoe zouden leiden dat de deskundige onderzoek zou dienen te verrichten en een oordeel zou moeten geven waartoe hij niet bij uitstek gekwalificeerd is in de voornoemde zin.’

Het oordeel van de Hoge Raad is aldus te verstaan, dat het de rechter vrijstaat om een vraag niet op te nemen als daarin van de deskundige een oordeel wordt gevraagd over aspecten die buiten zijn eigen vakgebied liggen. Strikt genomen is die bevoegdheid van de feitenrechter niet iets nieuws. Maar samen genomen met de kernbeslissing in beide beschikkingen – het is aan de deskundige om te beoordelen welke informatie hij nodig heeft – noopt een en ander wel tot nadere bezinning over deze vraag. Zoals gezegd wordt hij sowieso ‘losgeknipt’ van de vragen 1 en 2. Er wordt nog nagedacht over een nieuwe toelichting bij deze vraag. Onderdeel daarvan zouden bijvoorbeeld kunnen zijn de opmerkingen dat tussen partijen een debat kan ontstaan over de vraag of de deskundigheid van de deskundige wel insluit dat hij de gevraagde inventarisatie kan maken, dat er deskundigen zijn die hier sowieso niet toe bereid zijn, enzovoort.

10. Het genezingsproces en de opstelling van de betrokkene daarin

Vraag 4 van de ‘oude’ versie van de IWMD-vraagstelling had betrekking op mogelijke schending door de benadeelde van zijn schadebeperkingsplicht. Ook deze vraag maakt in de nieuwe versie niet langer standaard deel uit van de vraagstelling causaal verband bij ongeval. Net als bij de zojuist besproken vraag 3 is de reden daarvoor dat deze vraag, ondanks het feit dat hij uitdrukkelijk was bedoeld als optioneel, in de praktijk nogal eens aan deskundigen werd voorgelegd zonder dat daar in casu ook werkelijk aanleiding voor was. De vraag wordt – net als vraag 3 van de ‘oude’ versie – gehandhaafd in een afzonderlijk document.

11. Tot besluit

De nieuwe versie van de IWMD-vraagstelling komt tegemoet aan een aantal tekortkomingen dat bij het gebruik in de praktijk aan het licht was gekomen. Verder hebben nieuwe ontwikkelingen binnen het vakgebied er hun weerslag in gekregen. Evenals de vorige versie is ook de nieuwe uitdrukkelijk niet bedoeld als een laatste woord. Projectgroep en IWMD houden zich aanbevolen voor suggesties van professionals tot verdere verbetering. U kunt uw reactie geven door middel van een contactformulier op de website van de Projectgroep (<www.rechten.vu.nl/iwmd>).