

Tijdschrift voor
Vergoeding
Personenschade

VEERTIENDE JAARGANG • 2011 • NR. 4

Artikelen

MEVROUW MR. F.M. RUITENBEEK-BART

Regres in internationaal verband

Een bespreking van het leerstuk van regres in het internationale
privaatrecht

MEVROUW MR. S. COLSEN

Begroting van de kosten van de deelgeschilprocedure

R.J. ANDRIESSEN, RE

Eén medisch adviseur, een utopie?

MEVROUW MR. H.M. STORM

Interview Nieuwe Algemeen Secretaris bij De Letselschade Raad

Jurisprudentie

MR. E. PANS

Werkgeversaansprakelijkheid

Definitie van De Letselschade Raad

Verhoogde economische kwetsbaarheid

Eén medisch adviseur, een utopie?

*R. J. Andriessen, re**

Inleiding

Dit was de te beantwoorden vraag op het Nivre/Nis-symposium op 30 september 2011. Daar kwamen medisch adviseurs, (rechtsbijstand)verzekeraars, advocatuur, expertisebureaus en vakpers bijeen om van elkaars inzichten en meningen over dit onderwerp kennis te nemen. Aangezien dit thema voor de personenschade(regelings)wereld en de daarin werkende professionals een belangwekkend, maar ook lastig thema is, is aan mij verzocht daarover te rapporteren. Daarbij veroorloof ik mij de vrijheid om een aantal eigen meningen – op persoonlijke titel – in te brengen. Ten slotte loop ik al zo'n 35 jaar rond in het bewuste vakgebied en als je zo lang mee mag doen, dan ontwikkelen zich onontkoombaar ook standpunten.

Tot mijn grote genoegen constateer ik de laatste jaren dat de van oudsher gepolariseerde personenschadewereld, bestaande uit betalende en halende partijen 'vriendelijker' aan het worden is. De Letselschade Raad profileert zich steeds duidelijker en mag die ontwikkeling voor een belangrijk deel op zijn conto schrijven. Het is deze meer harmonieuze sfeer die een discussie over dit onderwerp vruchtbaar maakt. De enorme belangstelling (niet iedereen kon worden toegelaten) voor het symposium onderstreept dit nog eens.

Op de bewuste dag heb ik goed geluisterd naar de mensen die zich hebben uitgelaten over het onderwerp, onder wie een tweetal medisch adviseurs, een vijftal pilotpartijen en een vijftal panelliden, die gelden als erkende zwaargewichten op het gebied van de personenschade.

Een relativerende opmerking is op haar plaats: de rol van de medisch adviseur is in een kleine minderheid van het totaal aantal letselzaken erg prominent. Daarin is sprake van slachtoffers, die minimaal na een halfjaar nog klachten ondervinden. Uit recent onderzoek blijkt dat 10 procent van de verkeersletselschades na twee jaar nog niet (geheel) met het slachtoffer is afgewikkeld. Een groot deel daarvan valt binnen de >6-maandengroep. Grofweg geschat tussen de vijfduizend en zesduizend dossiers.

De functie van de medisch adviseur in de praktijk

De medisch adviseur beoordeelt de ingekomen medische informatie naar aanleiding van een ongeval of schadeveroorzakend evenement ten behoeve van de meestentijds juridisch geschoolde dossierbehandelaar en vertaalt deze in leken taal. Daarnaast laat hij zich uit over:

- de aard en omvang van het letsel (diagnose);
- de vermoedelijke duur van het genezingsproces;
- de juistheid van de ingestelde behandeling met de mogelijkheid van een advies voor een ander traject of een (super)gespecialiseerde medisch specialist;
- de kans en omvang van blijvende gevolgen, met aanduiding van de specifieke (voorlopige) beperkingen;
- de pre-existente medische bijzonderheden;
- de termijn van een volgende activiteit (vervolginformatie).

Deze gang van zaken geldt niet voor alle partijen die zich met de personenschaderegeling bezighouden.

Een eerste onderscheid bestaat uit het al dan niet betrekken van de medisch adviseur bij het schadewaarderingstraject: ofwel de medisch adviseur bemoeit zich enkel met de medische aspecten (hulpverzoeker), ofwel deze draagt ook kennis van de schadeposten en de relatie tot zijn adviezen. In het laatste geval zijn de vraagstelling en beantwoording veel uitgebreider (teambehandeling).

Een tweede onderscheid tekent zich af in de tweeledigheid van medische advisering/onderzoeken: organisch of psychosociaal, met andere woorden meer gericht op de fysieke problematiek dan op het totale welbevinden. Zelfs zijn er belangenbehartigers aan de slachtofferzijde, die op basis van een medische volmacht zelf de contacten met de medische wereld onderhouden en slechts 'op afroep' en met heel gerichte vragen de diensten van een medisch adviseur inroepen.

Zelf ben ik voorstander van de medisch adviseur als hulpverzoeker. Een ervaren en goed opgeleide personenschadespecialist onderhoudt de contacten met het slachtoffer en moet naast het begroten van de schade ook in staat geacht worden de psychosociale kant goed in kaart te brengen. Lukt dat niet, dan staat de weg naar een medisch deskundige altijd nog open. Vanuit die voorkeur verdient het mijns inziens ook aanbeveling om het medisch advies te laten verzorgen door specialisten. Wanneer een neuroloog, een orthopeed, een pijndeskundige en een traumatoloog beschikbaar zijn, kunnen vrijwel alle zaken 'binnen het vakgebied' hoogwaardig medisch gevolgd en becommentarieerd worden. Dit is overigens geen diskwalificatie van niet-specialisten; in Nederland bestaan uitstekende medisch adviseurs, die met behulp van een uitgebreid netwerk kwalitatief niet onderdoen voor hun gespecialiseerde collega's.

De verzekeringsarts, een functionaris die in de socialeverzekeringshoek een vertrouwd beeld is, komen we steeds vaker

* R.J. Andriessen, re, is directeur/eigenaar van de Andriessen Expertise Groep.

tegen als medisch adviseur. Diens werkterrein bestaat uit het vaststellen van de belastbaarheid en het bepalen van arbeids(on)geschiktheid. Hier lijken verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen elkaars complementen te zijn.

Tot slot en voor de volledigheid: medisch adviseurs worden ook ingeschakeld voor de beoordeling van medische aansprakelijkheid. Deze groep valt buiten dit opstel.

De problemen binnen het medisch traject

Het is gebruikelijk dat in een personenschadedossier twee medisch adviseurs 'dienst doen'. Die van de betaler (meestal de verzekeraar) en die van de belangenbehartiger van het slachtoffer. Als beide medisch adviseurs min of meer identiek denken over alle relevante letselgevolgen, dan is er met betrekking tot de medische uitgangspunten geen vuiltje aan de lucht. Helaas is de praktijk weerbarstiger. Die toont een beeld van medische adviezen die in meer of mindere mate zijn beïnvloed door de economische belangen van de betrokken partijen! Geheel onbegrijpelijk is dat niet, zeker in tijden van een gepolariseerd speelveld en het daarmee gepaard gaande wantrouwen jegens elkaar. Niettemin moeten artsen zich daar niet gemakkelijk bij voelen. Hun opleidingen zijn in grote lijnen identiek en hoewel variabiliteit in diagnostiek en professionele beleving altijd zal blijven bestaan, mag geen misbruik gemaakt worden van hun medische kennis, ook niet onder druk (vergeleijk de artseneed van de KNMG, de moderne uitvoering van de eed van Hippocrates).

De twee medisch adviseurs schrijven onafhankelijk van elkaar hun medisch adviezen, die flink kunnen divergeren. Hierin worden standpunten ingenomen die in het juridisch schaderegingsproces van grote invloed kunnen zijn. Het gaat vaak over de navolgende onderwerpen:

- de medische eindsituatie, hoegrootheid en zwaarte van de blijvende gevolgen;
- de toerekenbaarheid van het letsel op de medische eindsituatie;
- de aanpak van het herstel- en re-integratietraject;
- het al of niet beschikbaar stellen van informatie over pre-existentie;
- de psychosomatiek als bron van betrekkelijke medische onwetendheid.

Het laatste onderdeel is nauw verbonden met de zogenoemde niet-objectiveerbare letsels. Dat is een zo groot probleemgebied dat het symposium dit – terecht – uitsloot van de discussie. We betreden hier het 'oneindige' terrein van de psyche in relatie tot het 'tastbare' lichaam. Daarmee heb ik zoveel medici zien worstelen dat ik durf te stellen dat slachtoffers uit deze categorie uit het medische speelveld moeten. Niet alleen omdat het ontbreken van spelregels een wanorde tot gevolg heeft, maar – erger nog – alle ruimte verschaft aan bijna experimentele medische exercities, die een bron van onenigheid vormen. Juridisch zien we verschillende, soms tegengestelde uitspraken over de bewijsmogelijkheden bij niet-objectiveer-

baar letsel. Het is voor mij onaanvaardbaar dat het ontbreken van hard medisch bewijs per definitie leidt tot verlies van schadevergoeding. De praktijk toont aan dat ook slachtoffers met een schone medische voorgeschiedenis en een volwaardige plaats in de maatschappij toch geheel en soms langdurig de kluts kwijt kunnen zijn. Daar is dan veelal geen medische verklaring op te plakken, maar de 'ontregeling' is er wel; nog het meest tot grote ergernis en woede van henzelf. Deze groep hervindt zich overigens wel weer vaak in de buurt van hun situatie van voor het ongeval.

Terug bij de objectiveerbare letsels stel ik vast dat de medische (eind)rapportage waarop de schadevergoeding gestoeld moet worden (te) veel tijd en dus te veel geld kost. De polemiek in het eerste bedrijf is die tussen de beide medisch adviseurs, die het niet met elkaar eens zijn. Het tweede bedrijf behandelt de vraag wie er als (onafhankelijk) derde medisch deskundige, al dan niet door middel van bindend advies, moet worden benoemd. Bij gebreke van een erkend 'Register van echt onafhankelijke expertisespecialisten' kan er weer een discussie ontstaan over de te benoemen persoon. In het derde bedrijf ligt het rapport van de onafhankelijke expertisearts ter tafel en is dit niet op alle onderdelen even duidelijk voor de behandelend juristen. Er volgt dan weer discussie en daarna volgen 'enkele aanvullende vragen'. In het vierde bedrijf is een vorm van medische duidelijkheid verkregen, maar heeft het traject daarna toe in juridisch opzicht zoveel aanhaakpunten opgeleverd dat een vlotte schadewaardering daar niet bij gebaat is. De (onwenselijke) weg naar de rechter is dan al voor een deel geplaveid.

Hoopgevend in dat verband zijn de activiteiten van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR, opgericht in mei 2009), waarin vaardigheid op het gebied van rapporteren en het benoemen en handhaven van kwaliteitseisen hoofdonderwerpen zijn. De leden (thans twaalf personen) hebben er zelf alle baat bij volstrekt onafhankelijk en objectief te zijn.

Hoewel de praktijk al langere tijd heeft uitgevonden dat het heel nuttig is als beide medisch adviseurs elkaar bellen over hun uiteenlopende adviezen en het trachten eens te worden over een rapportage waar beider handtekening onder kan, is er een eenvoudiger oplossing, te weten 'één medisch adviseur' die beide partijen bedient.

Eén medisch adviseur

Is deze oplossing utopisch? Neen, zuiver procesmatig is dit eigenlijk het ei van Columbus (toevallig de naam van een project waarin één schade-expert optreedt en ook één medisch adviseur). De inhoud van de vier bedrijven, als boven genoemd, kunnen worden gebundeld in één bedrijf. We maken afspraken met de medisch adviseur over reactiesnelheid en de wijze van transparant zijn en er wordt een wereld aan tijd gewonnen. Voorschotten kunnen sneller worden verstrekt, arbeidsdeskundige ondersteuning tijdig(er) worden

ingezet, topspecialisten eerder worden aangezocht, en dit alles dient voor het slachtoffer respectievelijk zijn belangenbehartiger digitaal te volgen te zijn. Een dergelijke infrastructuur geeft op eenvoudige wijze de mogelijkheid om vast te stellen of de subjectieve beleving van het genezingsproces in lijn ligt met hetgeen daar door medische professionals over geschreven wordt. Een eventuele discrepantie leidt tot een alerte actie van één medisch adviseur, bijvoorbeeld om het slachtoffer (weer eens) te bezoeken of zich in verbinding te stellen met de behandelend sector. Als zo'n signaal van een slachtoffer snel wordt gevolgd door een passende reactie, dan ontstaat echt het beeld van 'centraal staan'. Bij een medische eindtoestand kan één medisch adviseur de eindsituatie bepalen. Mocht daar aanvullende expertise voor nodig zijn, dan dient hij de vrijheid te hebben die te consulteren. De tweehoofdige opdrachtgever zal daarvoor toestemming moeten geven. Omdat het gehele traject niet 'vijandig' verloopt, is de beslissing daarover ook veel gemakkelijker en sneller te verwachten.

Los van het proces liggen de inhoudelijke implicaties van het door twee partijen, met tegengestelde belangen, gebruiken van één medisch adviseur een stuk gecompliceerder. Niet alleen verdwijnt de gebruikelijke en vertrouwde eigenheid, maar ook is er een vorm van voorafgaande gemeenschappelijkheid vereist. Die kan bestaan uit het beiderzijds herkennen van de praktische voordelen, zoals hierboven omschreven, maar alleen daarop is geen kanteling van een al lang bestaande werkwijze te verwachten. En wat is er gemeenschappelijk bij partijen die vaak lijnrecht tegenover elkaar staan? Dat is de crux en daar is op het symposium voornamelijk over gesproken.

Welke geluiden zijn gehoord?

Er is vaak betoogd dat het slachtoffer centraal dient te staan. Dat is niets nieuws en geldt in het algemeen als breedgedragen. De percepties ten aanzien van de vraag wat daar precies onder moet worden verstaan, verschillen wel. De basisdoelstelling behoort te zijn 'het slachtoffer zo veel mogelijk terugbrengen in de situatie van vóór het schadeveroorzakend evenement'. De inspanningen van belangenbehartiger en verzekeraar dienen daarop gericht te zijn. De nadruk ligt daarbij op het in kaart brengen van de (overblijvende) mogelijkheden en vervolgens – daarmee rekening houdend – het bewerkstelligen van een zo volwaardig mogelijke plaats in de maatschappij. De rol van de medisch adviseur beperkt zich dan tot het opstellen van de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML), zodra de medische eindtoestand zich aandient. De arbeidsdeskundige, re-integratiedeskundige of andere deskundigen gaan vervolgens aan de slag.

Sommige belangenbehartigers menen voor het slachtoffer, als bovengenoemd, voornamelijk zijn of haar economisch belang centraal te mogen of moeten stellen. Op zichzelf is dat niet verboden.

Bij een dergelijke insteek is een eigen medisch adviseur noodzakelijk, omdat diens advies vooral een *worst case*-sfeer moet

ademen. Een slachtoffer kan kiezen voor de maximale vergoedingsmogelijkheden, waarvan op voorhand duidelijk is dat de weg daarnaartoe lang is.

Verreweg de grootste groep kiest niet voor maximaal en langdurig, maar voor optimaal en snel. 'Een vechtmiddel duurt veel te lang.' Eén medisch adviseur past daar goed bij.

Het gebruik van één medisch adviseur en vertrouwen kunnen niet zonder elkaar. Dat geldt in het bijzonder voor verzekeraars. In de hedendaagse praktijk zorgt de (medisch adviseur van de) belangenbehartiger voor de medische informatie die nodig is om de claim te onderbouwen. Als de verzekeraar vertrouwen heeft in een onafhankelijk en objectief advies van deze medisch adviseur, dan kan de schadeverzekering daarop geënt worden. Het is daarbij van groot belang dat alle medische informatie van derden benoemd wordt en dus zichtbaar is voor beide partijen. Randvoorwaarden zijn onder meer openheid over beschikbare informatie over en weer en het ontstaan van een 'drie-eenheid'. Dit consensusmodel heeft tijd nodig, al komt het op kleinere schaal al voor.

Medisch adviseurs adviseren vrijwel altijd vanaf papier, zonder de betrokkene zelf gezien te hebben. Ik heb dat altijd een beetje merkwaardig gevonden. Vaak is er sprake van aanzienlijke schadebedragen, gefundeerd op hun uitspraken, dus die dienen dan wel zo zuiver en betrouwbaar mogelijk te zijn. Ik maakte regelmatig mee dat een bezoek aan een slachtoffer een heel ander beeld gaf dan de opgedane indruk op grond van de stukken uit het shadedossier van de binnendienst. Indien één medisch adviseur gebruikt wordt, waardoor kosten bespaard worden, dan ontstaat er meer ruimte voor meer 'ontmoetingen' met het slachtoffer. Dat sluit mooi aan bij het onderzoeksresultaat van een verzekeraar, waaruit – verrassenderwijs – bleek dat een slachtoffer toch nog meer waarde hecht aan (medisch?) 'gehoord worden' dan aan snelheid van behandeling. Ook de KNMG verbiedt een diagnose zonder contact met de patiënt.

Medicaliseren (evenals juridiseren) dient zo veel mogelijk te worden voorkomen. Natuurlijk is de medische kant erg belangrijk, maar zodra deze deugdelijk in beeld is, moeten de behandeling en begeleiding daarvan losgekoppeld worden. Integere, oplossingsgerichte vakmensen hebben dan de opdracht op pragmatische wijze tot overeenstemming te komen. Eén medisch adviseur botst niet met dit plaatje.

Een belangenbehartiger verzuchtte dat één medisch adviseur 'de kans ontnemt om uit te weiden over subjectieve klachten'. Ik heb daar begrip voor. Slachtoffers hebben daar vaak behoefte aan. Eén medisch adviseur zal mogelijk wat zakelijker optreden dan een eigen medisch adviseur. Daarentegen bieden de verruimde mogelijkheden van een persoonlijk contact weer een betere kans op het aanklaarten van deze klachten en het aanhoren van de verklaringen hiervoor. Eén medisch adviseur hoeft dus per saldo geen nadeel te zijn.

Het slachtoffer zou recht hebben op de mening van twee medisch adviseurs. Als die dan weer niet met elkaar sporen, kunnen we weer in het eerder beschreven polemisch moeras raken. Dat is dus niet de oplossing. Daarentegen is het wel redelijk dat een slachtoffer na akkoordverklaring met één medisch adviseur – onder voorwaarden – een mogelijkheid krijgt voor een ‘second opinion’. Dat maakt die opzet ook sneller aanvaardbaar. Het middel is aan te wenden als sprake is van een onderbouwde vertrouwensbreuk of bewezen fouten.

Een gehoorde suggestie was om één medisch adviseur zowel het *worst* als *best* scenario te laten schrijven. Dat klinkt mooi, maar werkt slecht uit. Er ontstaan dan per definitie twee causaliteitsdiscussies (medisch en juridisch) en dat maakt het schaderegelingsproces alleen maar gecompliceerder. Bovendien is het al praktijk dat bij medische conclusies die met een zekere bandbreedte worden gepresenteerd of waar onzekerheid in het geding is, het slachtoffer het voordeel van de twijfel krijgt.

Ten slotte schrok ik van een gebezigde uitspraak dat sprake zou zijn van een ‘vergiftigde omgeving’. Niet geheel duidelijk werd of daarmee enkel het medisch traject bedoeld werd of het totale regelingstraject. In de beperkte zin is dat een niet mis te verstane oproep om te ontgiften. Eén medisch adviseur vermindert door zijn eenvoud de kans op genoemde vergiftiging.

Conclusie

Een levendige middag in een mooie congresomgeving leverde een heleboel gespreksstof op. Het onderwerp was niet nieuw, maar wel gerevitaliseerd. Het past erg mooi in de veranderende tijd te midden van meer moderniteiten (digitale gereedschappen), die een positieve impuls kunnen geven aan het personenschaderegelingsproces. De menselijke maat mag daarbij niet verbleken. Het moet sneller, transparanter, en vooral objectiever en onafhankelijker. De voordelen zijn – ook zonder de uitkomsten van de pilots nog te kennen – min of meer evident. De heilige huisjes gaan detoneren met het veranderende landschap. De behandelingskosten rijzen de pan uit, zonder noemenswaardig voordeel voor het slachtoffer. Slagvaardigheid, snelheid, respect en de helpende hand bieden waar dat geboden is, is van belang. In dit land kunnen we ons permitteren maatwerk te leveren als het om verwijtbaar ernstig letsel van mensen gaat. Dat is duur, maar ook een mooie uitdaging.

De ‘medische paragraaf’ anno 2011 is inmiddels – na heel veel jaren - op wetenschappelijke wijze in een rapport uitgewerkt. Hierin staan de mogelijkheden en onmogelijkheden van het verkrijgen en omgaan met medische informatie helder uitgewerkt. Dit manuscript is zeer recent aangeboden aan De Letselschade Raad. Waar ik na eerste lezing een beetje ongerust werd over het ‘meerwerk’ in praktisch uitvoerende zin, met bijbehorende extra kosten, kan na herlezing niet anders geconcludeerd worden dat sprake is van een prachtig, evenwichtig werkstuk. Het zal deel gaan uitmaken van de GBL2.0. De bij-

behorende werkdocumenten verdienen brede toepassing. Dat leidt tot meer eenvormigheid, compleet met alle efficiëntievoordelen.

Als de personenschadewereld bereid is om meer met dynamische modellen en richtlijnen te werken – en onze Code (GBL) nodigt daartoe uit – dan zal dat ongetwijfeld veel voordelen voor het slachtoffer bieden. Hierin wordt de medisch adviseur uitgenodigd (verplicht?) om naar een zo groot mogelijke objectiviteit en onafhankelijkheid te streven. Geen vooringenomen standpunten of eenzijdige rapportages. Past het gebruik van één medisch adviseur daar niet wonderwel bij?