

Whiplash: het bewijs van de beperkingen en de beperkingen van het bewijs

Mr. H. Vorsselman

1. Inleiding

Het vierde Gronings Letselschadecongres ‘Whiplash: juristen aan het woord’ doorbrak de inmiddels jaarlijkse gewoonte om één congres op het gebied van letselschade te organiseren door de Rijksuniversiteit in Groningen. Naar aanleiding van de bijdrage van zowel mr. Kolder (als spreker) als ondergetekende (als dagvoorzitter) aan een met name medisch getinte studiemiddag over whiplash in Maarsbergen ontstond de gedachte een congres te organiseren waarbij de whiplashproblematiek vanuit louter juridisch perspectief zou worden gezien.¹ Dagvoorzitter, prof. Oldenhuis sprak op 22 maart 2011 over een *ingelast* congres.² Deze door de media ingeval van bijzondere nieuwsberichten vaak gehanteerde term doet vermoeden dat er ook met het onderwerp van de congresdag iets bijzonders aan de hand was. In zekere zin was dat ook wel het geval. In de letselschadepraktijk – hetgeen ook in Maarsbergen duidelijk naar voren kwam – tekende zich een situatie af waarin verzekeraars en belangenbehartigers zoekende waren (en nog altijd zijn) naar een *modus operandi* in het behandelen van de schadegevallen waarin bij de gelaedeerden sprake is van een whiplash associated disorder (WAD) I/II.³ Er heerste een toenemende mate van onzekerheid over de wijze waarop deze zaken beoordeeld moeten worden. Een twijfel die werd versterkt doordat de Nederlandse vereniging voor neurologie (NVN) in november 2007 haar richtlijnen aanpaste, waardoor neurologen aan substraatloos letsel zoals WAD I/II geen functieverlies en beperkingen meer toekennen. Aan het van oudsher al gepolariseerde debat over whiplash werd een aantal nieuwe discussies toegevoegd. Dat terwijl er in de letselschadebranche de laatste jaren verschillende initiatieven zijn ontplooid om letselschadezaken uit het traditionele toernooimodel te halen.⁴ Een model dat, gelet op de complexiteit van dit onderwerp, voorlopig ten aanzien van de whiplashproblematiek nog niet lijkt uitgespeeld.

Waar verzekeraars en belangenbehartigers over vele whiplashgerelateerde onderwerpen voortdurend met elkaar van mening verschillen, bestond er voor het congres (en helaas ook nog daarna) eensgezindheid over het feit dat de uitkomst van een letselschadezaak waarin sprake is van whiplashgerelateerde problematiek (van enige omvang) veelal niet bij benadering te voorspellen is. Niet in de laatste plaats als gevolg van de verschillende wijze van rapporteren door medische deskundigen.

¹ Praktijkmiddag “De toekomst van whiplashzaken” georganiseerd door studiecentrum Kerckebosch op 25 november 2010 te Maarsbergen.

² Het reguliere in 2011 gehouden congres “Werkgeversaansprakelijkheid: een grensverleggend debat” stond reeds gepland op 7 oktober 2011.

³ De auteur van deze bijdrage is zich bewust van de verschillende discussies over terminologie, maar gebruikt voor de leesbaarheid van dit artikel de (verzamel)term ‘whiplash’. In dit artikel wordt daarmee bedoeld op WAD I/II. Zie voor het onderscheid WAD I/II en WAD III/IV A. Kolder *TVP* 2011, nr. 1, pag 2, noot 13.

⁴ Bijvoorbeeld het project Pandora, beschreven door H.M. Storm, Pandora geëvalueerd. Een interview met Francie Peters, directeur van CED Mens over het Pandora-project, *TVP* 2011, nr. 3, p. 87-88.

Hoewel het oordeel van medici onmiskenbaar inhoudelijk het bespreken waard is en gevolg heeft voor iedere letselschadezaak, stond tijdens het congres louter de *juridische* beoordeling van whiplashzaken centraal. Het is immers de jurist die, nadat de medicus zijn of haar oordeel heeft gegeven, uiteindelijk de zaak op haar juridische merites dient te beoordelen.

Bij de juridische beoordeling van whiplashzaken gaat het onder meer om een beoordeling van medische stukken, interpretatie van onderzoeksmateriaal, causaliteit, toerekening, schade en niet in de laatste plaats over (de waardering van) het bewijs. Over al deze facetten bestaat vaak discussie. Zulks is enerzijds ingegeven door het feit dat er over het überhaupt bestaan en ontstaan van whiplash discussie bestaat (bijvoorbeeld tussen medici onderling) en anderzijds door de enorme financiële belangen die zich afspelen rondom dit onderwerp.⁵ Niet alleen onder medici, maar derhalve ook onder juristen is veel discussie over de vraag hoe ingeval van WAD I/II moet worden gehandeld. Zoveel juristen zoveel meningen. Deze 'open deur' gevoegd bij de constatering dat de beoordeling van een whiplashzaak zich afspeelt op het veld van het 'redelijkheidsrecht', maakt het ontwikkelen van een (zoveel mogelijke) consistente juridische lijn in de beoordeling van whiplashzaken uitermate lastig. Redelijkheid immers is bij uitstek een dynamisch begrip.

Uit de bijdragen van de sprekers op het congres komt het diffuse karakter van de problematiek naar voren. En hoewel ook uit de referaten blijkt hoe verschillend hier tegenaan wordt gekeken, zijn de schrijvers het er over eens dat de afwikkeling van 'whiplashzaken' anders moet, beter. Deze constatering is overigens niet nieuw. Al uit de 'whiplashspecial' van het blad *Verkeersrecht* uit 1998 steeg de wens naar meer duidelijkheid in de afwikkeling van whiplashzaken op.⁶ In het algemeen is het afwikkelingstraject voor gelaedeerden sinds 1998 sterk verbeterd. Of dat in geval van whiplashzaken van enige omvang (in gelijke mate) ook zo is, durf ik niet te zeggen. Anno 2012 bestaat helaas voor zowel de gelaedeerde als verzekeraar veel onzekerheid. Zolang ingeval van whiplash in vrijwel alle gevallen sprake blijft van niet medisch objectiveerbaar letsel⁷ zal het vinden van een voor alle partijen acceptabele wijze van afwikkeling geen sinecure zijn. De vraag is of uit de bijdragen van de auteurs de hoop op een betere schaderegeling kan worden afgeleid.

1.1 *Divers geluid*

Mr. Kolder beet op het congres het spits af met een welhaast uitputtend exposé over de voornamelijk sedert 2008 verschenen jurisprudentie op het gebied van whiplash. Volgens Kolder draait het in whiplashzaken grosso modo om een drietal deelvragen. De vraag naar het realiteitsgehalte van de geuite klachten (1), de vraag naar het causaal verband tussen die klachten en het ongeval (2) en de vraag naar de uit de ongevalgerelateerde klachten voortvloeiende beperkingen (3). Kolder signaleerde tijdens het congres een tweedeling in de behandeling door (met name) de Gerechtshoven. De 'evidence

⁵ Het jaarverslag 2012 van de Stichting Personenschade Instituut van Verzekeraars (PIV) vermeldt dat bij personenschadeverzekering in 37% van de gevallen sprake is van whiplash/nekklachten.

⁶ *Verkeersrecht* 1998, nr. 6/7.

⁷ Hoewel sommige medici (vgl. neuroloog Vos in *TVP* 2011, nr. 1, p. 33-36) van mening zijn dat middels speciaal onderzoek *wel* afwijkingen zijn te detecteren is zulks heden ten dage bepaald nog geen communis opinio onder medici. Zie ook de reactie van neuroloog Van den Doel op de visie van neuroloog Vos in *TVP* 2011, nr. 2, p.57-59.

based medicine' benadering die het Amsterdamse Hof voorstond⁸ en de 'Zwolsche Algemeene/De Greef' benadering die gevolgd wordt door de Gerechtshoven 's-Hertogenbosch⁹ en Leeuwarden¹⁰. In zijn bijdrage in deze bundel bespreekt Kolder naast een uitspraak van het Hof Den Haag uit 2008 (de lijn Zwolsche Algemeene avant la lettre volgens Kolder), ook de (gepubliceerde) jurisprudentie van na 22 maart 2011, waaruit volgens hem blijkt dat het Hof Arnhem aansluiting heeft gezocht bij de benaderingswijze van de Gerechtshoven Den Bosch en Leeuwarden. Daarnaast vraagt Kolder zich aan de hand van een inmiddels drietal verschenen Amsterdamse zaken af of ook het Hof Amsterdam inmiddels de weg naar Zwolsche Algemeene/De Greef heeft gevonden. Ten aanzien van deelvragen (1) en (2) lijkt inmiddels een duidelijke koers – door Kolder geherformuleerd als een plausibiliteitstoets ten aanzien van de klachten en het causaal verband – te zijn ingezet in de jurisprudentie, terwijl omtrent de beoordeling van de beperkingen (3) nog veel onzekerheid bestaat. Kolder meent dat ook die beoordeling in de sleutel van de 'plausibiliteit' zal moeten staan.

De titel van de bijdrage van mr. Knijp laat niets aan duidelijkheid te wensen over: 'De onjuiste lijn van het arrest " Zwolsche Algemeene/De Greef"'. De opvatting van Knijp lijkt helder. Het biomedische model, waarbij evidence based medicine het uitgangspunt is, moet leidend zijn. Worden door de neuroloog geen afwijkingen gevonden op zijn vakgebied, dan is er – vanwege de richtlijnen van de NVN – geen sprake van beperkingen en dus geen (relevante) schade. Mogelijk kan volgens Knijp naast een neuroloog nog een psychiater worden geadieerd: indien sprake is van een in de psychiatrie erkende stoornis zou nog sprake kunnen zijn van ongevalgerelateerde schade.¹¹ Zijn visie verwerkt Knijp in het volgende model. 1. Het slachtoffer uit klachten 2. Het slachtoffer ondergaat een neurologische expertise 3. Het slachtoffer ondergaat een psychiatrische expertise 4. Indien sprake is van een psychiatrisch erkend ziektebeeld volgt een beperkingenprofiel 5. Aan de hand van het beperkingenprofiel volgt een beoordeling door de arbeidsdeskundige 6. Na de beoordeling door de arbeidsdeskundige volgt een rekenrapport. Volgens Knijp is zijn letselschadeafwikkelingsmodel evenwichtiger en wetenschappelijker dan de benaderingswijze via het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef.¹²

Dat mr. De Hek – zij het op persoonlijke titel en niet in zijn hoedanigheid als senior raadsheer bij het Gerechtshof in Leeuwarden – op het congres sprak over zijn observaties over een beladen onderwerp als whiplash, gaf de aanwezigen een interessante inkijk in de gedachtegang van iemand die uiteindelijk het beslissend oordeel geeft aan het (feitelijke) eind van (een klein deel van) de whiplashzaken. Hoewel zijn bijdrage van overwegend levensbeschouwelijke aard was, deed De Hek een aantal uitspraken waarnaar in de letselschadepraktijk ongetwijfeld verwezen wordt en zal worden. De door De Hek in zijn

⁸ Hof Amsterdam 5 juli 2007, *rolnr.* 05/1225 (*PIV-site*), Hof Amsterdam 29 april 2008, *zaaknr.* 104.004.098 (*PIV-site*), Hof Amsterdam 26 mei, *zaaknr.* 106.007.417/01 en 106.007.419/01.

⁹ Hof Den Bosch 2 februari 2010, *LJN* BN1779, Hof Den Bosch 29 juni 2010, *LJN* BN0292, Hof Den Bosch 13 juli 2010, *LJN* BN1786.

¹⁰ Hof Leeuwarden 22 juni 2010, *LJN* BN0730, Hof Leeuwarden 10 augustus 2010, *LJN* BN3975.

¹¹ Een voorbeeld in dat geval zou kunnen zijn het arrest van Gerechtshof 's-Hertogenbosch 15 mei 2012, *LJN* BW 5818, waarin door de psychiater wordt geoordeeld dat sprake was van een langdurig bestaande ernstige depressieve stoornis als reactie op een auto-ongeval.

¹² HR 8 juni 2001, *NJ* 2001, 433

bijdrage gekozen benadering gaat uit van twee lijnen. Daarbij geïnspireerd door een uitspraak van de Deense filosoof Kierkegaard:

“De meeste mensen zijn subjectief tegenover zichzelf en objectief tegenover anderen, ontzettend objectief soms – ach de opgave is juist: objectief tegenover zichzelf te zijn en subjectief tegenover alle anderen”¹³

De eerste (meer subjectieve ‘slachtoffergerichte’ lijn) betreft de lijn Zwolsche Algemeene/De Greef, daar waar het (met name) de door Kolder onderscheiden drie deelvragen betreft. De Hek noemt dat *subjectief kijken naar de benadeelde*. De tweede (meer objectieve ‘verzekeraarsgerichte’) lijn betreft het nader inzoomen op de rol die andere factoren dan het ongeval spelen bij de vraag naar de omvang van de schade. Als voorbeeld noemt De Hek de ‘plicht’ van de benadeelde om zijn of haar schade te beperken, de invloed van de wat De Hek noemt ‘veeleisende samenleving’ en de invloed die een predispositie bij de benadeelde kan hebben op de looptijd van de schade. De Hek noemt deze lijn *objectief kijken naar de benadeelde*. De tweede lijn wordt door De Hek uitgewerkt in de mogelijke gevolgen die het objectieve kijken heeft voor de omvang van de schade van de benadeelde.

De Hek is al met al van opvatting dat de verzekeraars in whiplashzaken het slachtoffer met meer empathie tegemoet moeten treden, terwijl van (de belangenbehartiger van) het slachtoffer mag worden verwacht dat hij met een meer objectieve blik kijkt naar de mogelijkheden die het slachtoffer zou hebben gehad indien hem het ongeval niet zou zijn overkomen. De poort van de schadevergoeding staat voor het slachtoffer al snel open, maar achter de poort zijn de mogelijkheden niet onbegrensd, zo lijkt De Hek te stellen.

Na het Gronings Letselschadecongres werd De Hek uitgenodigd om op het jaarlijkse PIV-congres over moeilijk objectiveerbaar letsel te spreken.¹⁴ De uitwerking van de voordracht van De Hek: *‘Duel of Duet’*, is eveneens in deze bundel opgenomen. In dit artikel haalt mr. De Hek een tweetal praktijkvoorbeelden aan van afwikkeling van letselschadepartijen. De één wordt naar tevredenheid afgewikkeld en de ander ontaardt in een 33 (!) jaar lange juridische strijd dat eindigt in een arrest van het Hof Leeuwarden.¹⁵ Aan de hand van deze twee voorbeelden geeft De Hek een voorzet voor een betere schaderegeling, waarbij hij de twee lijnen uit zijn voordracht op het whiplashcongres in Groningen nader uitdiept. De Hek geeft partijen – slachtoffer, diens belangenbehartiger en de aansprakelijke partij en diens verzekeraar – een ‘handleiding’ mee. In het kader van de eerste lijn (subjectief kijken naar het slachtoffer) geeft De Hek *de aansprakelijke partij* het volgende mee: 1. Toon respect voor het slachtoffer 2. Mijd zo mogelijk het gevecht over medische causaliteit en 3. Schep ruimte voor herstel. Voor *het slachtoffer* heeft De Hek ook een boodschap in het kader van de tweede lijn (objectief kijken naar het slachtoffer): hypothetische realiteit is geen virtuele realiteit. Anders gezegd: voor de beoordeling van de omvang van de schade aan de hand van de vergelijkingshypothese tussen de situatie met en zonder ongeval mag van het slachtoffer volgens De Hek verwacht worden dat hij of zij (meer?) realistisch naar de eigen hypothetische (on)mogelijkheden kijkt.

¹³ Mr. B. de Hek, Whiplash –observaties van een rechter, *TVP* 2011, nr 2, pag. 8

¹⁴ De lezing: *Duel of Duet*, werd uitgesproken op de 12e Jaarconferentie van het PIV op 30 maart 2012; ‘Een andere toon in de letselschaderegeling’.

¹⁵ Hof Leeuwarden 22 november 2011, *LJN* BU 5282.

Mr. Van sprak op het congres over de rol die de IWMD speelt en zou kunnen spelen bij de vraagstelling die in letselschadezaken aan de medische deskundigen wordt voorgelegd. In het kader van zijn bijdrage aan deze bundel vraagt Van zich af of aanscherping of wijziging van de vraagstelling specifiek in whiplashzaken tot verbetering in het schaderegelingsklimaat zal leiden. Van benadrukt dat bij de totstandkoming van de vraagstelling het juridisch causaliteitsbegrip tot uitgangspunt is genomen. Er is aldus Van geen ruimte voor de benadering van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie uit 2007 binnen de IWMD-vraagstelling. Het enkele feit dat de neuroloog geen functieverlies kan toekennen indien geen sprake is van medisch objectiveerbaar letsel is niet richtinggevend voor de uitkomst van de zaak. Van volgt op dit punt de lijn van Knijp duidelijk niet. Aanpassing van de vraagstelling van de IWMD (als onderdeel van een juridische benadering van het whiplashletsel) zal volgens Van de oplossing van juridische problemen die samenhangen met het beoordeling van whiplashletsel niet wezenlijk dichterbij brengen. Van werpt de suggestie op dat indien het biopsychosociale model klopt, louter de vraag *of* sprake is van beperkingen de benadeelde zal sterken in de gedachte *dat* ook daadwerkelijk sprake is van beperkingen. Het (willen) vaststellen van beperkingen dient dan ook om die reden zoveel mogelijk te worden vermeden. Voor het oplossen van het ‘whiplashprobleem’ is een andere benadering nodig volgens Van. Hij verwacht meer van een (preventieve) behandeling waarbij wordt ingezet op de behandeling en het wegnemen van factoren die de klachten in stand houden. Een onderzoek naar de beperkingen zou slechts dan moeten plaatsvinden als er geen mogelijkheden bestaan het geschil op andere wijze op te lossen.¹⁶

Duidelijk is dat alle sprekers de ‘whiplashproblematiek’ vanuit een andere juridische invalshoek benaderen. Met Van ben ik het eens dat projecten die toezien op het voorkomen van langdurige klachten en beperkingen en een daaraan soms inherente juridische strijd dienen te worden ondersteund. Daar lijken zowel benadeelden (en een groot deel van de belangenbehartigers) als het merendeel van de verzekeraars het over eens te zijn. Helaas resteert er een categorie zaken – al is dat, gelet op de incidentie van whiplash, vermoedelijk slechts een beperkt aantal – waarin de juridische messen geslepen worden. Uit de bijdragen van met name Kolder, Knijp en De Hek blijkt wel dat over het beoordelen van die zaken zeer verschillend wordt gedacht. Ten aanzien van met name de beoordeling van de klachten en het causaal verband lijken Kolder en De Hek lijnrecht tegenover Knijp te staan.

Ten aanzien van de beoordeling van de beperkingen zijn de schrijvers wat terughoudender. Knijp is in dat opzicht wel helder. Indien niet (medisch wetenschappelijk) is aangetoond dat er afwijkingen zijn, dan geldt dat er ook geen beperkingen zijn.¹⁷ Indien wel afwijkingen zijn aangetoond, dan dienen – aan de hand van een beperkingenprofiel - de beperkingen in kaart te worden gebracht. De Hek en Kolder geven aan dat de beperkingen, nadat de deelvragen één en twee (zoals door Kolder onderscheiden) zijn beantwoord, door een verzekeringsgeneeskundige dienen te worden beoordeeld, en wel middels onderzoek met het karakter van plausibiliteit.

¹⁶ Zie ook *L&S 2012-1*, p. 36-37, waarin Van aangeeft dat de benadeelde zo min mogelijk moet worden belast met medische expertises. De vraag naar de beperkingen moet alleen dan worden gesteld indien er geen andere mogelijkheid meer rest om het geschil te beslechten.

¹⁷ Knijp wordt hierin gevolgd door Haase. N. Haase, *PIV-bulletin* 2012, nr. 4, pag. 1 t/m 3: “Klachten aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend, niet overdreven, en dan? WAD I of II. N. Haase,

Omdat de schrijvers in deze bundel slechts beperkt ingaan op de wijze waarop de schade (aan de hand van de *beperkingen*) dient te worden bepaald, wordt daarop in het navolgende nader ingezoomd. Daartoe zal ik allereerst enige inleidende opmerkingen maken over de bewijs(on)mogelijkheden ingeval van substraatloos letsel als WAD I/II. Vervolgens ga ik (nader) in op de beperkingenvraag (deelvraag 3) in dergelijke gevallen.

2. Beperkingen van het bewijs

Ingeval van WAD graad I/II is in natuurwetenschappelijke zin vooralsnog geen algemeen geaccepteerd bewijs voorhanden, in die zin dat onderliggende anatomische afwijkingen of beschadigingen niet aantoonbaar zijn. Indien natuurwetenschappelijk bewijs de juridische standaard zou zijn, is men ingeval van WAD I/II snel klaar. Wat niet wordt ‘gezien’, is er niet.¹⁸ Daar waar medici nogal eens teruggrijpen op dit evidence based medicine georiënteerde bewijsmechanisme, spreekt de jurist echter andere taal.

Bij de vorming van zijn overtuiging dient de rechter een redelijke mate van zekerheid te verkrijgen dat een te bewijzen feit waar is. Als een gelaedeerde stelt schade te hebben geleden dan zal hij of zij –in het kader van hetgeen bewezen moet worden- de schade *aannemelijk moeten maken*.¹⁹ Enige mate van onzekerheid blijft altijd aanwezig. In de rechtspraak gaat het niet om logisch en strikt sluitend bewijs, maar om juridisch gekwalificeerd bewijs.²⁰ De rechter is vrij in de waardering van het bewijs, dat bovendien kan worden geleverd door *alle* middelen rechtens.²¹

De gelaedeerde zal, indien de aansprakelijkheid vaststaat, hetgeen bij whiplash dikwijls (vooral ingeval van de zgn. kop-staart aanrijdingen) het geval is, aannemelijk moeten maken dat hij of zij schade heeft geleden. Daarbij is het uitgangspunt dat de gelaedeerde aanspraak kan maken op een volledige schadevergoeding van zo concreet mogelijk bepaalde schade, dat in causaal verband staat met de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis. De gelaedeerde dient zoveel mogelijk te worden teruggebracht in de positie waarin hij of zij zou hebben verkeerd als het ongeval hem of haar niet was overkomen.²²

Over de mate van bewijs dat door gelaedeerden dient te worden voortgebracht bestaan verschillende opvattingen. Met andere woorden; wanneer heeft een gelaedeerde (voldoende) aannemelijk gemaakt dat hij (gezondheids)schade heeft geleden? Kolder verwoordt de verschillen treffend in de titel van zijn bijdrage ‘whiplash, evidence-based of plausibiliteit?’

¹⁸ De Hek verwijst daarbij naar de multidisciplinaire richtlijn over Somatisch Onvoldoende Verklaarbare Lichamelijke Klachten (richtlijn SOLK) waarin dit wordt omschreven als een ‘*eenzijdige reductionistische (patho)fysiologische benadering*’. ‘Duel of Duet’, pag. 3.

¹⁹ Art. 150 Rv. Zie ook recentelijk R. Meelker, *PIV-bulletin*, 2012, nr. 4: “Bewijzen in het recht komt in feite neer op het overtuigen van de rechter. De rechter moet het gestelde aannemelijk vinden.”

²⁰ T. R. Hidma en G. R. Rutgers, *Pitlo* deel 7, Bewijs, achtste druk pag. 8.

²¹ Art. 152 lid 1 en 2 R.v.

²² G. M. van Wassenauer, *Monografieën BW B37*, pag 41 en 42.

Knijp legt voor de gelaedeerde de zwaarste bewijstoets aan. Zijn visie op het *aannemelijk maken* van ongevalgerelateerde schade door de gelaedeerde komt het meest in de buurt van bewijs in (natuur) wetenschappelijke zin. Omdat dát bewijs op dit moment (vrijwel) niet te leveren is, komt hij feitelijk tot de conclusie – al stelt hij dat niet expliciet – dat een gelaedeerde met whiplashklachten (WAD I en II) vrijwel geen (relevante) schade kan hebben. Knijp verklaart zulks door aan te geven dat de wetenschappelijke inzichten van de NVN ten aanzien van whiplash zijn veranderd in de loop der jaren. Met de in november 2007 gewijzigde NVN-richtlijnen is besloten om conform de principes van ‘evidence based medicine’ alleen nog die pijnsyndromen te kwantificeren waarvoor een neurologisch substraat valt aan te wijzen. Indien de neuroloog geen beperkingen duidt, zal de gelaedeerde zijn gestelde schade niet aannemelijk kunnen maken. Knijp wordt daarin (althans daar waar het de beperkingen betreft) gevolgd door bijvoorbeeld Haase.²³ Beiden verwijzen ter onderbouwing van hun standpunten veelal naar uitspraken van de Rechtbank en het Hof Amsterdam.

Kolder, Van en De Hek gaan ervan uit dat de bewijsmaatstaf in whiplashzaken is geschoeid op de leest van het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef. Hiermee leggen zij ten aanzien van het bestaan van in ieder geval de klachten en het causaal verband een duidelijk minder strenge bewijstoets aan. De schrijvers weten zich daarbij gesteund door uitspraken van de Hoven Arnhem, ‘s –Hertogenbosch en Leeuwarden.²⁴

Knijp levert voor wat betreft de letterlijke bewoordingen in de kernoverweging van het arrest begrijpelijke kritiek op Zwolsche Algemeene/De Greef. Hij doelt daarmee op de kernoverweging van het Hof:

“ Het hof had niet enkel het oog op stoornissen in de zin van medisch waarneembare beschadigingen, afwijkingen of gebreken (...) doch ook op het bestaan van klachten die weliswaar naar hun aard subjectief van aard zijn doch waarvan niettemin objectief vastgesteld kan worden dat zij aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend , en niet overdreven zijn.”

Knijp meent dat niet is vast te stellen of een klacht is ingebeeld, voorgewend of overdreven is. Slechts dat de klacht aanwezig is. Strikt genomen heeft Knijp *daar* gelijk in. Met Akkermans²⁵, Elemans²⁶ en Kolder ben ik het echter eens dat het niet gaat om de letterlijke bewoordingen van deze overwegingen maar om het achterliggende gedachtegoed dat uit het arrest naar voren komt: is er sprake van simulatie (Akkermans en Elemans) of is er sprake van plausibiliteit (Kolder). Ik deel de opvatting van Knijp dan ook niet dat het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef niet bruikbaar is. Dat het arrest vooralsnog niet *dé* oplossing biedt voor de behandeling van alle whiplashzaken moge –in het licht van de complexiteit van het probleem- zo zijn, een beter alternatief is (vooralsnog) mijns inziens niet voorhanden. Gelet op de door mr. Kolder behandelde arresten van de verschillende gerechtshoven mag – zeker indien het Hof Amsterdam zich in de toekomst op dit punt nog wat duidelijker achter de Hoven Arnhem, ‘s-

²³ N. Haase, *PIV-bulletin* 2012, nr. 4, pag. 1 t/m 3: “Klachten aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend, niet overdreven, en dan? WAD I of II. Reactie Kolder in *PIV* 2012, nr. 5.

²⁴ Waarbij Kolder betoogt dat ook het Hof Amsterdam inmiddels deze koers lijkt te varen. Voorts wijst hij op een arrest uit 2008, waarin volgens hem ook het Hof Den Haag deze lijn lijkt te volgen.

²⁵ *TVP* 2005 nr 3, p. 72

²⁶ Elemans, *VR* 2008, blz 265 e.v.

Hertogenbosch en Leeuwarden schaar- worden aangenomen dat de lijn die is uitgezet in Zwolsche Algemeene/De Greef, leidend is bij de beoordeling van whiplashzaken. Dat geldt wat mij betreft in ieder geval voor de door Kolder onderscheiden deelvragen 1 en 2. De vraag is dan vervolgens hoe de zaak dient te worden beoordeeld nadat de gelaedeerde de drempel van bewijstoets 1 (het realiteitsgehalte van de klachten) en 2 (het causaal verband tussen de klachten en het ongeval) heeft geslecht.

3. Het bewijs van de beperkingen

De beantwoording van de vraag naar het realiteitsgehalte van de klachten en het causaal verband tussen de klachten en het ongeval is van groot belang en zullen moeten worden beantwoord, alvorens de omvang van de schade van het slachtoffer aan de orde komt. In de praktijk leveren juist de door het slachtoffer gestelde *beperkingen* doorgaans de meeste problemen op. En nu juist (ook) op dat punt bestaat na Zwolsche Algemeene/De Greef nog veel discussie zowel in de rechtspraak als in de literatuur.

De juridische (deel)vraag naar de beperkingen is een vraag naar de onderbouwing van het (in juridische termen gekwalificeerd) begrip schade. De begrippen *beperking* en *schade* zijn in dat opzicht veelal –doch zeker niet altijd- communicerende vaten in letselschadezaken.

De Hek en Kolder pleiten voor het inschakelen van een verzekeringsgeneeskundige voor het in kaart brengen van de beperkingen, waarbij Kolder suggereert dat de beoordeling van de beperkingen ook (evenals in deelvraag 1 en 2) in de sleutel van de plausibiliteit staat.²⁷ Kolder verwijst daarbij naar de wijze waarop de verzekeringsgeneeskundige in het sociale zekerheidsrecht beperkingen duidt. De verzekeringsgeneeskundige zal in dat geval overigens wel de ‘slag moeten maken’ van het sociaal zekerheidsrecht naar het aansprakelijkheidsrecht. Het sociaal zekerheidsrecht immers gaat uit van een maatman, daar waar in het aansprakelijkheidsrecht (ten aanzien van de omvang van de schade) uit moet worden gegaan van een vergelijking tussen de situatie van de gelaedeerde na ongeval en de situatie zonder ongeval, zodat de (mogelijkheden en onmogelijkheden van de) gelaedeerde zélf daarin centraal staat.

Van constateert óók dat de discussie over whiplash zich vooral doet voelen waar het gaat om de vaststelling van de beperkingen. De IWMD is bezig met het ontwikkelen van een verbeterde vraagstelling en heeft daar waar het de vraag naar de beperkingen betreft de hulp ingeroepen van de medisch adviseurs, blijkens de oproep in het verenigingsblad van de medisch adviseurs.²⁸ Welke vragen aan een deskundige moeten worden gesteld indien deze deskundige beperkingen moet duiden, is zelfs voor de werkgroep die zich daar nadrukkelijk mee bezig houdt en waarin zowel (medisch adviseurs van) belangenbehartigers, (medisch adviseurs van) verzekeraars en rechters zitting nemen, nog niet duidelijk. De twijfels die er bij de werkgroep bestaan verwoordde Van begin dit jaar in het juridisch tijdschrift

²⁷ Ik laat hierbij de suggestie van Kolder dat de verzekeringsdeskundige ook deelvraag 1 zou kunnen beantwoorden rusten.

²⁸ *GAV-scoop* jaargang 15, april 2011, p. 5 e.v.

Letsel & Schade.²⁹ Het feit dat de IWMD meerdere jaren nodig heeft om een vraagstelling te formuleren op het punt van de beperkingen geeft (een deel van) de complexiteit van het probleem weer.³⁰

In zijn bijdrage geeft Knijp een stappenplan³¹ weer, zoals dat veel wordt gevolgd in letselschadezaken in algemene zin. Na het uiten van klachten door het slachtoffer (1) volgt een medische expertise (2), waarna aan de hand van die medische expertise een beperkingenprofiel wordt opgesteld. Daarna vindt een arbeidsdeskundige expertise plaats (4) en tenslotte wordt een rekenrapport opgesteld (5). Ten aanzien van de beperkingen legt Knijp de lat voor de gelaedeerden beduidend hoger dan bijvoorbeeld Kolder. Knijp, daarin gevolgd door Haase, geeft aan dat indien een medisch specialist geen beperkingen duidt, ook al is geoordeeld dat de klachten aanwezig, reëel, niet voorgewend, niet ingebeeld en niet overdreven zijn, het doek *daarmee* voor het slachtoffer valt. Aan een beperkingenprofiel wordt in dat geval niet toegekomen. Knijp en Haase concluderen dat het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef gaat over de op het slachtoffer rustende bewijslast dat zijn klachten daadwerkelijk bestaan en in causaal verband staan met het ongeval en niets zegt over de vraag of de ongevalgerelateerde (subjectieve) klachten in beperkingen kunnen resulteren. Haase voegt daar aan toe dat de vraag of de ongevalgerelateerde klachten resulteren in beperkingen steeds een vraag is die door een medisch specialist (tot wiens vakgebied de geuite klachten kunnen worden gerekend) beantwoord moet worden. Haase volgt hiermee, althans voor wat betreft de beoordeling van de beperkingen de lijn van Knijp. Knijp en Haase achten deze zienswijze ondersteund door uitspraken van de rechtbank Amsterdam en het Hof Amsterdam. De zienswijze van Haase op dat punt wordt sterk bekritiseerd door Kolder.³² De uitspraken waarnaar Haase verwijst worden, blijktens ook de bijdrage van Kolder in deze bundel door hem op geheel andere wijze uitgelegd.

De visie van Knijp en Haase wordt door mij niet gedeeld. Het enkele feit dat een medisch specialist (zoals een neuroloog of psychiater) geen beperkingen duidt (althans volgens de richtlijnen van de beroepsgroep kán duiden) maakt nog niet dat er aan de zijde van het slachtoffer geen sprake kan zijn van (uit beperkingen voortvloeiende) schade. De rechtbank Utrecht verwoordde dat reeds in 2006 aldus.³³

'Bij dat oordeel zijn de deskundigen er kennelijk van uitgegaan dat de beperkingen terug te voeren moeten zijn tot objectieveerbare afwijkingen. Dat uitgangspunt getuigt van een te beperkte benadering van wat bij klachten als de onderhavige als relevante beperkingen kunnen worden geduid. Immers, relevante beperkingen zijn ook beperkingen ten gevolge van klachten die subjectief van aard zijn, maar die objectief aan de hand van feiten wel vast te stellen zijn. Ten aanzien van de neklachten van [eiseres] acht de rechtbank dat het geval.'

²⁹ A.J. Van, L&S 2012-1, p. 30-37

³⁰ Waarbij de complexiteit nog eens wordt verduidelijkt door het feit dat de nieuw te ontwikkelen vraag over de beperkingen niet ziet op enkel moeilijk objectiveerbaar letsel. Kennelijk is de IWMD er ook wat betreft de vraagstelling in zaken waarbij wel sprake is van medisch te objectiveren letsel niet uit.

³¹ P.C. Knijp, De onjuiste lijn van het arrest 'Zwolsche Algemeene/De Greef' p. 2

³² Ondergetekende verkreeg van mr. Kolder inzage in de reactie die hij naar aanleiding van het artikel van Haase heeft geschreven in het PIV-bulletin. De reactie zal verschijnen in PIV-bulletin nr. 5 dat ten tijde van het schrijven van dit stuk nog niet was verschenen.

³³ Rb. Utrecht 15 maart 2006, L/JN AV6453

In deze opvatting wordt ik gesteund door Kolder en De Hek. Ik roep hier in herinnering dat de rechter niet alleen vrij is in de bewijswaardering maar ook dat bewijs kan worden geleverd door *alle* middelen rechtens. Zo baseerde het gerechtshof in Zwolsche/Algemeene zijn oordeel nadrukkelijk niet op een of meerdere rapporten van medisch deskundigen alleen.

Kolder oppert dat de beoordeling van de beperkingen gelijk deelvraag (1) in de sleutel van plausibiliteit dient te staan. Dat lijkt een interessante gedachte. De vraag die daarbij opkomt is of de maatstaf of de beperkingen ‘aanwezig, reëel, niet voorgewend en niet overdreven zijn’ al dan niet op dezelfde wijze als bij deelvraag (1) inderdaad kan worden gehanteerd bij de vraag naar de beperkingen.

Vooropgesteld moet worden dat de door Kolder onderscheiden deelvragen – geënt op Zwolsche Algemeene/De Greef - *juridische* kwalificaties betreffen. Het gaat om de vraag of de jurist overtuigd kan worden van het realiteitsgehalte van de klachten, het causaal verband, maar *ook* van de beperkingen. Het lijkt op het eerste gezicht niet logisch om deze plausibiliteitstoets inzake de beperkingen op exact dezelfde wijze aan te leggen als bij deelvraag (1), het realiteitsgehalte van de klachten.

A prima vista leent de beoordeling van de beperkingen zich namelijk meer voor (verdergaande) objectivering dan het geval is bij deelvraag (1).³⁴ De vraag of klachten aanwezig zijn is in dat opzicht een andere dan de vraag of beperkingen aanwezig zijn. Het lijkt immers logisch dat een medicus door middel van onderzoek zou moeten kunnen uitwijzen *of en in welke mate* iemand beperkt is ten opzichte van zijn functioneren van vóór het ongeval c.q. zonder ongeval.

Indien echter nader wordt stilgestaan bij de *soort* klachten en beperkingen die door gelaedeerden worden aangegeven, lijkt de ‘plausibiliteitstoets’ toch niet zo onlogisch als dat op het eerste gezicht lijkt. Ik licht dat later, mede aan de hand van een voorbeeld, toe. Daaraan voorafgaand wijs ik op het feit dat medici een aantal kernbegrippen op geheel eigen wijze definiëren. Elemans heeft in 2009 uitvoerig beschreven hoe vanuit medisch opzicht een aantal van deze termen worden gedefinieerd.³⁵

Ingeval van WAD I/II, wordt door gelaedeerden doorgaans (een deel van) het volgend klachtenpatroon gerapporteerd. Nekklachten, hoofdpijnlachten, schouderklachten, duizeligheidsklachten, tintelingen in armen en handen, evenwichtsstoornissen, vermoeidheidsklachten, cognitieve klachten en vegetatieve verschijnselen.³⁶ De (gestelde) beperkingen die daaruit voortvloeien zijn diffuus van aard. De ene gelaedeerde rapporteert bijvoorbeeld het niet boven ooghoogte te kunnen werken en moeite te hebben met zwaardere werkzaamheden zoals tillen, terwijl de andere gelaedeerde kan aangeven dat sprake is

³⁴ Zie ook verzekeringsarts J. Bronsema in *PIV-bulletin* 2008, nr. 7, september 2008, pag. 15: ‘Beperkingen (in de zin van limieten) zijn *in de ideale situatie* objectief kwalificeerbaar en kwantificeerbaar.

³⁵ A.W.A. Elemans, Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen, *PIV-bulletin* nr. 2, februari 2009. Zo wijst Elemans er op dat in medische kringen *klachten* worden gezien als verbale uitingen van beleving van stoornissen. Een *stoornis* wordt opgevat als een vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie.³⁵ *Ziekte* is elk proces in het organisme dat ten gevolge van schadelijke invloeden, veranderingen teweegbrengt in de kwantitatieve en kwalitatieve werking van cellen of weefsels en een *beperking* is tenslotte een vermindering of verlies van gedragingen en activiteiten als gevolg van een stoornis.

³⁶ Met deze opsomming beoog ik geenszins volledig te zijn.

van zich niet kunnen concentreren en vergeetachtig zijn, waardoor bijvoorbeeld het lezen van inhoudelijke stukken problemen oplevert. Veelal echter komt het neer op een disbalans tussen belasting en (ervaren) belastbaarheid. De vraag is: hoe is de disbalans in belasting en belastbaarheid op zodanige wijze te meten dat duidelijk is of en zo ja in welke mate aan de zijde van de gelaedeerde sprake is van beperkingen? Zeker in de context van de specifieke persoon van de gelaedeerde.

Dat laatste is niet onbelangrijk, omdat niet uit het oog mag worden verloren dat één van de uitgangspunten van het schadevergoedingsrecht is dat de gelaedeerde zoveel mogelijk in de (financiële) positie moet worden gebracht waarin hij zou hebben verkeerd, indien hem of haar het schadevoortbrengende feit niet was overkomen. In het beoordelen van de schade dient de gelaedeerde daarin centraal te staan.

Bij het bepalen van de (medische) beperkingen wordt mitsdien tegen verschillende problemen aangelopen. Zo is het klachten –en beperkingenpatroon dikwijls wisselend van aard. ‘De ene dag is vaak de andere niet’ is een in de praktijk veelgehoorde uitspraak. Dat maakt al dat het objectiveren van beperkingen in een eenmalige ‘sprekkamersetting’ zelden op adequate wijze zal kunnen worden beoordeeld. Er is –om met Bronsema te spreken– per definitie een statische waarde, ofwel een momentopname, daar waar beperkingen in aansprakelijkheidrechtelijke zin vragen om een vertaalslag in dynamische zin. Het kader waarin de beperkingen juridisch worden geduid wordt bepaald door de (al dan niet gepredisponerde) gelaedeerde in diens sociale, maatschappelijke en arbeidssituatieve context.³⁷

Waar het bij het bepalen van de beperkingen derhalve uiteindelijk ook op neerkomt is de vraag of de aangegeven beperkingen in de gehele context, waaronder bijvoorbeeld duurbelasting, plausibel is.³⁸ Daarnaast moet niet uit het oog worden verloren dat ook ingeval van *wel* medisch objectiveerbaar letsel de beoordeling van de arts vaak ook neer zal komen op de vraag of de gestelde beperkingen plausibel zijn. Terecht geeft bijvoorbeeld Elemans aan dat dezelfde klacht of ziekte niet bij iedereen tot dezelfde beperkingen leidt.³⁹ De beoordeling van de vraag hoelang iemand met blijvend beenletsel kan blijven staan zal immers ook in de kern een plausibiliteitsbeoordeling inhouden.⁴⁰

Indien bij het beoordeling van de klachten primair moet worden uitgegaan van de vraag of de gestelde beperkingen plausibel zijn, resteert daarbij de vraag hoe deze vraag –meer in algemene lijnen– dient te worden ingevuld.

Vertrekpunt bij de beoordeling van de beperkingen (deelvraag 3) is de aanname dat de klachten aanwezig, reëel, niet voorgewend en niet overdreven zijn en dat deze bovendien in causaal verband staan met het schadeveroorzakende feit. Veelal zal, na deze constatering in juridische zin al voldoende

³⁷ Zie vanuit het perspectief van de verzekeringsarts Bronsema, *PIV-bulletin* 2008, nr. 7, p. 15.

³⁸ Om goed onderzoek te kunnen doen zou bij voorkeur sprake moeten zijn van een duurbelastbaarheidsonderzoek waarbij de deskundige de gelaedeerde gecontroleerd, gekwantificeerd en herhaald belast en observeert. Vgl. Rb. Leeuwarden 3 maart 2010, *HA ZA 04-318* (ongepubliceerd)

³⁹ A.W.A. Elemans: ‘Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen, *PIV-bulletin* 2009, nr. 2, p. 17

⁴⁰ Zie ook Bronsema *PIV-bulletin* 2008, nr. 7, p.15

duidelijk zijn dat daarmee sprake is van ongevalgerelateerde schade, bij welke constatering nader medisch onderzoek naar de beperkingen an sich niet noodzakelijk is. Het lijkt steeds logisch dat voor het aannemelijk maken van schade na deelvraag (1) en (2) een tussenstap wordt gemaakt naar het door een expertiserend medicus vaststellen van beperkingen. Hoewel dat in veel gevallen inderdaad noodzakelijk zal zijn, zal dat niet in alle gevallen gelden. Denkbaar immers is dat iemand reeds als gevolg van het (enkele) uiten van de klachten (tijdelijk) arbeidsongeschikt wordt geacht door (de arbodienst van) zijn werkgever, omdat bijvoorbeeld de aard van de werkzaamheden alleen al het risico niet kan dragen dat de gelaedeerde die de klachten uit, ook daadwerkelijk (medisch, dat wil zeggen fysiek of psychisch) beperkt zou kunnen zijn. Mocht later komen vast te staan dat deze gelaedeerde (technisch, althans vanuit medisch wetenschappelijk oogpunt) wel had kunnen werken met zijn klachten, wil dat niet zeggen dat hij geen schade heeft geleden als gevolg van het uiten van de klachten, waarvan – nogmaals – is vastgesteld is dat deze aanwezig, reëel, niet ingebeeld niet voorgewend en niet overdreven zijn en in verband met het ongeval staan. Een illustratief voorbeeld vormen beroepen waarbij verantwoordelijkheid wordt gedragen voor de veiligheid (van anderen), zoals een piloot, een chirurg of iemand die met gevaarlijke machines werkt.⁴¹

Uit dit voorbeeld blijkt mijns inziens ook dat een arts een andere taal spreekt dan de jurist. Zou een arts in bovengenoemd geval immers geoordeeld hebben dat sprake is van beperkingen? Indien in het klassieke model van Knijp een expertise wordt geëntameerd en op basis van evidence based medicine door een arts een beperkingenprofiel wordt opgesteld, is het heelwel voorstelbaar dat daaruit dan geen beperkingen zouden zijn voortgevloeid. Zo beschouwd leidt dat in de opstelling van Knijp niet tot schade. Mocht de arbeidsongeschiktheid in bovengenoemd voorbeeld leiden tot verminderd inkomen, dan dient de *jurist* naar mijn idee toch tot het oordeel te moeten komen dat sprake is van ongevalgerelateerde schade. Gesteld zou kunnen worden dat in dat geval de gelaedeerde weliswaar in strikt medische zin wellicht *niet*, maar naar juridische maatstaven *wel* beperkt is. Indien duidelijk is dat de klachten aanwezig, reëel, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven zijn en bovendien in causaal verband gebracht kunnen worden met het ongeval, kan de jurist dus al direct na deelvraag (1) en (2) een eerste ‘plausibiliteitsbeoordeling’ maken inzake de beperkingen. Het komt er in dat geval op neer dat reeds dan getoetst kan worden of de gestelde beperkingen feitelijk al plausibel voorkomen aan de hand van alle omstandigheden en aanwezig bewijs van het specifieke geval.

In het merendeel van de gevallen echter zal voor het bepalen van de omvang van de (toekomst)schade alsnog voorlichting van een medisch deskundige nodig zijn. Vooral om in kaart te brengen wat het slachtoffer als gevolg van het ongeval (in de toekomst) niet meer kan en in het kader van bijvoorbeeld zijn schadebeperkingsplicht nog wel kan.⁴² Om verlies van zelfwerkzaamheid en schade ten titel van

⁴¹ In dat verband zij ook verwezen naar HR 8 juni 2001, *NJ* 2001, 433 (Zwolsche Algemeene/De Greef) waarin het Hof Den Bosch expliciet een link legt tussen de aard van de werkzaamheden (buschauffeur) en de klachten die door De Greef worden geuit.

⁴² Ik laat even rusten dat de bewijslast ten aanzien van datgene wat het slachtoffer niet meer kan in beginsel ingevolge art. 150 Rv op het slachtoffer lijkt te rusten. Indien de beoordeling van hetgeen op medisch vlak nog mogelijk is in de sleutel staat van de schadebeperkingsplicht van het slachtoffer zal –voor het bewijs van het schenden van de schadebeperkingsplicht- de bewijslast (via een beroep op art. 6:101 BW) op de aansprakelijke partij rusten.

huishoudelijke hulp aan te kunnen nemen bijvoorbeeld, zal inzicht moeten worden verkregen in de beperkingen die verhinderen dat de gelaedeerde de werkzaamheden zelf uitvoert.

Bij het beoordelen van de plausibiliteit van de beperkingen biedt goed medisch onderzoek een handvat en vertrekpunt, waarmee meer (of zelfs zo volledig mogelijk) inzicht kan worden gekregen in de plausibiliteit van de (gestelde) beperkingen.

Zoals gezegd wordt dikwijls in letselschadezaken door medisch adviseurs op basis van een medische expertise (waarin op semi-kwantitatieve wijze beperkingen worden beschreven) een beperkingenformulier vervaardigd, waarop op wordt weergegeven in welke mate een gelaedeerde beperkt wordt geacht. In de literatuur is kritiek op het op deze wijze in kaart brengen van de beperkingen en mijns inziens terecht.⁴³ Juist in geval van whiplash voldoet (enkel) een dergelijk formulier niet. Indien sprake is van bijvoorbeeld nekpijn, hoofdpijn, vermoeidheidsklachten en cognitieve klachten is meestal sprake van een diffuus en wisselend klachtenpatroon, dat zich moeilijk laat vangen in een statische tabel zonder nadere onderbouwing.

Binnen de vraag of de gestelde beperkingen plausibel (en ongevalgerelateerd) zijn zal de inhoud van een rapport van de door de rechter (of door partijengezamenlijk) ingeschakelde deskundigen veelal leidend zijn. Naast (en wellicht zelfs als onderdeel van⁴⁴) deskundigenonderzoek (waarvan de inhoud eveneens zwaar weegt omdat een rechter weliswaar af kan wijken van de inhoud van het rapport, maar zulks zal moeten motiveren⁴⁵), kan in dat geval aanvullend bewijs worden aangedragen door bijvoorbeeld verklaringen van derden, vrienden, werkgever, sportclub etc. Zij kunnen immers met name verklaren omtrent de sociaalmaatschappelijke situatie van zowel voor als na het ongeval. Ook zal informatie uit het medisch dossier van bijvoorbeeld de huisarts en/of een arbo-arts kunnen worden gebruikt.

3.1 *De verzekeringsgeneeskundige*

Met Kolder en De Hek ben ik van mening dat het op dit moment voor de hand ligt dat –ter voorlichting omtrent de vraag of de gelaedeerde beperkt is te achten –een verzekeringsgeneeskundige wordt ingeschakeld, waarbij aanvullend onderzoek in voorkomende gevallen dienstbaar kan zijn.⁴⁶ De ervaringen die verzekeringsartsen al hebben met het MAOC in het sociaal zekerheidsrecht kan daarbij worden ingezet, zij het dat het de verzekeringsarts voldoende duidelijk moet zijn dat een medische beoordeling in een bestuursrechtelijke casus (aan de hand van de maatman) een wezenlijk andere is dan in een civiele aansprakelijkheidsprocedure, waarin de gelaedeerde zelf centraal staat.

Indien het instrumentarium dat de verzekeringsgeneeskundige ten dienste staat bij de beoordeling van whiplash in een ‘sociaal zekerheidsrecht setting’ nader wordt beschouwd lijkt de conclusie

⁴³ Zie het artikel in *GAV-scoop* aflevering 15, april 2011.

⁴⁴ Hof 's-Hertogenbosch 15 mei 2012, *LJN* BW5818, waar door de deskundige een ‘milieu-onderzoek’ werd verricht en diverse personen uit de omgeving van de gelaedeerden werden geïnterviewd.

⁴⁵ G. de Groot, *Het deskundigenadvies in de civiele procedure*, pag 396.

⁴⁶ Waarbij ik aanteken dat de gestelde klachten uiteraard ook tot de conclusie kunnen leiden dat (eveneens) onderzoek door een andere deskundige aangewezen is, zoals bijvoorbeeld onderzoek door een neuroloog en neuropsycholoog en/of een psychiater.

gerechtvaardigd dat daaruit het fundament kan worden gelegd voor een betere beoordeling van whiplashzaken in de ‘aansprakelijkheidsrecht setting’. Zulks is overigens al betoogd door een aantal verzekeringsgeneeskundigen zelf, waaronder Elemans en Bronsema.⁴⁷

In het verzekeringsgeneeskundig protocol ‘Whiplash associated disorder I/II’ van de Gezondheidsraad, dat is opgesteld op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid ter ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, wordt ten aanzien van het beoordelen van de functionele mogelijkheden aangegeven:

“De verzekeringsarts verricht een multifactoriële analyse van de actuele problematiek en beoordeelt op grond hiervan of en in hoeverre bij de werknemer sprake is van beperkingen en participatieproblemen. Hij realiseert zich dat er veel patiënten met WAD I/II een achteruitgang in kwaliteit van leven ervaren in de vergelijking met de tijd voor het ongeval, dat zij vele jaren na de whiplash nog fysieke en cognitieve beperkingen kunnen ondervinden en dat ze last kunnen hebben van meer of minder uitgesproken psychische comorbiditeit. Hij is zich er bovendien van bewust dat langdurige WAD I/II weliswaar algemene kenmerken heeft, maar dat op individueel niveau sprake is van grote verschillen in aard en ernst van de stoornissen en beperkingen.”

Uit het verzekeringsgeneeskundig protocol valt op te maken dat de verzekeringsarts ingeval van een WIA-beoordeling een viertal beoordelingstaken heeft, te weten de beoordeling van de sociaal-maatschappelijke voorgeschiedenis, de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden, de beoordeling van het te verwachten beloop en de beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding. De (gemotiveerde) beoordeling van de verzekeringsgeneeskundige –met in achtneming van de specifieke context van het aansprakelijkheidsrecht- van deze onderwerpen kan mijns inziens dienstbaar zijn aan de uiteindelijke juridische beoordeling in letselschadezaken. Bronsema geeft daarbij aan dat er sprake is van een beoordeling dat is gebaseerd op het geoperationaliseerde begrip objectiviteit op grond van de klachtenbeleving van de verzekerde.

Dit betekent dat de verzekeringsgeneeskundige niet mag afgaan op het verhaal van de gelaedeerde alleen. De term objectiviteit is in de richtlijn MAOC is geoperationaliseerd in controleerbaarheid, reproduceerbaarheid en constentie.⁴⁸ Bronsema formuleert dat als volgt:

“De kern van de verzekeringsgeneeskundige omvat daarbij, binnen de argumentatieve beoordeling, in essentie het toetsen op in –en externe consistentie en plausibiliteit. De waarnemingen uit de buitenwereld behoren overeen te komen met wat een patient vertelt: externe consistentie. De ervaren beperkingen (bijvoorbeeld ten aanzien van werk) dienen overeen te komen met beperkingen in andere rollen: interne consistentie. De ervaren beperkingen moeten redelijkerwijs passen bij het medisch beeld: plausibiliteit”

Van belang bij de vraag of en zo ja welke beperkingen het gevolg zijn van het ongeval is de vraagstelling aan de deskundige van groot belang. Gelet op de tijd die het IWMD nodig heeft voor en de twijfel die zij reeds heeft geuit over het verbeteren van de vraagstelling op met name het gebied van de beperkingen, is een goede vraagstelling op dit punt niet gemakkelijk. Het lijkt er op dat de praktijk het vooralsnog zal

⁴⁷ A.W.A. Elemans: ‘Het vaststellen van beperkingen in het kader van de berekening van schade door verlies van arbeidsvermogen, PIV-bulletin 2009, nr. 2 en J. Bronsema PIV-bulletin 2008, nr. 7

⁴⁸ Zie ook A.Kolder, De juridische beoordeling van het postwhiplashsyndroom: stand van zaken”, pag. 23 noot 79.

moeten doen met de meest recente IWMD-vraagstelling, welke in een individuele zaak zal kunnen (of zelfs moeten) worden aangepast daar waar het gaat om de vraag naar de beperkingen. Uit de oproep van de IWMD in GAV-scoop aan de medisch adviseurs om mee te denken over de vraagstelling naar de beperkingen, blijkt de twijfel die ook bij het IWMD blijft bestaan. Een goede suggestie – die in de hierboven genoemde plausibiliteitstoets van pas komt en mijns inziens ook past bij de toetsing door de verzekeringsgeneeskundige zoals hierboven verwoord – acht ik het voorstel om de gelaedeerde voorafgaand aan het onderzoek zelf diens beperkingen in kaart te brengen. Temeer omdat de gelaedeerde de beperkingen die hij of zij ervaart, plaatst binnen de context van hetgeen waartoe hij of zij voor het ongeval in staat was. Van belang daarbij acht ik dat in de beoordeling van de beperkingen (ook) de sociale context waarbinnen de klachten tot (gestelde) beperkingen leiden daarbij goed in beeld worden gebracht. Toetsing van de gestelde beperkingen binnen de leefomgeving van de gelaedeerde geeft bovendien mogelijk ook een beter inzicht in de wijze waarop eventuele toekomstschade (of het voorkomen daarvan) kan worden beoordeeld.⁴⁹ Ook geeft het mogelijk handvatten bij de hypothesevergelijking ten aanzien van de omvang van de schade. De vergelijking tussen wat is, en wat had kunnen zijn.

Naast een goede vraagstelling is ook van belang binnen welk referentiekader de deskundige zijn onderzoek dient uit te voeren. Indien immers voorafgaand aan deelvraag (3) reeds *in juridische zin* is geoordeeld over deelvragen (1) en (2) –bijvoorbeeld na voorlichting door een andere deskundige- dan wordt een andere beoordeling van de verzekeringsgeneeskundige gevraagd dan de situatie waarin de verzekeringsgeneeskundige ook ter voorlichting omtrent deelvragen (1) en (2) wordt geadieerd.

Al met al lijkt het dat de verzekeringsgeneeskundige de beste papieren heeft om ingeschakeld te worden ter voorlichting omtrent deelvraag (3), de vraag naar de beperkingen. Gelet op het feit dat de verzekeringsgeneeskundige reeds geëquipeerd is om vanuit een plausibiliteitsgedachte tot een gefundeerd oordeel te komen –zij het veelal in het kader van het sociaal zekerheidsrecht, zodat in het kader van een toetsing in een civiele aansprakelijkheidskwestie mogelijk een aantal aanpassingen in de wijze van beoordeling zullen moeten worden doorgevoerd- is aannemelijk dat het oordeel van de verzekeringsgeneeskundige de juridische beoordeling van de vraag of de schade aannemelijk is gemaakt (en mitsdien het oordeel dat de beperkingen plausibel zijn) zal vereenvoudigen.

4. Juridische plausibiliteit

Nadat de verzekeringsgeneeskundige zijn onderzoek heeft afgerond en een oordeel heeft gegeven over de vraag of er sprake is van beperkingen aan de zijde van de gelaedeerde- in de zin dat deze aanwezig, reëel, niet voorgewend en niet overdreven zijn- zal uiteindelijk nog met de juridische bril naar de plausibiliteit moeten worden gekeken. Ook in het arrest Zwolsche Algemeene/De Greef wordt mijns inziens ten aanzien van de vraag naar de beperkingen duidelijk een plausibiliteitsmaatstaf gehanteerd,

⁴⁹ Wellicht illustratief in dat kader is Hof 's-Hertogenbosch 15 mei 2012 en het 'milieu-onderzoek' dat werd uitgevoerd in het kader van een psychiatrisch onderzoek. Dit onderzoek, waarbij interviews werden gehouden met personen uit de (nabije) omgeving van de gelaedeerde, gaf meer inzicht in de persoonlijke geschiedenis van de gelaedeerde. De mogelijke consequenties voor de gelaedeerde uit privacy-oogpunt zijn door mij in dit artikel niet uitgewerkt, maar behoeft wellicht ook nadere toelichting.

waarbij alle omstandigheden van het geval worden gewogen. Zulks kan worden opgemaakt uit onderstaande overweging uit het arrest van het Hof 's-Hertogenbosch, welk oordeel door de Hoge Raad in stand werd gelaten:

“ Volgens de Zwolsche zouden de deskundigen tot de conclusie zijn gekomen dat het ongeval geen medische vaststelbare gevolgen zou hebben gehad. Ofschoon dit standpunt van de Zwolsche, naar de letter genomen, niet onjuist is, doet dit niet geheel recht aan de strekking van de rapportage, welke immers erop neerkomt dat het ongeval wel degelijk –reële- klachten ten gevolge heeft gehad, zij het dat voor die klachten geen medisch vaststelbare oorzaken vallen aan te wijzen. De rapporten in hun onderlinge samenhang beziend, doch tevens in aanmerking genomen de eigen bevindingen van de betrokkene De Greef, waarvan –het wordt herhaald- niet is gebleken dat hij zou simuleren of overdrijven, kan (in weerwil van de visie van Berendes dat De Greef door de beperkingen niet gehinderd zou mogen worden in de uitoefening van de functie van buschauffeur) de conclusie redelijkerwijze geen andere zijn dan dat De Greef als gevolg van het ongeval gedeeltelijk arbeidsongeschikt is geworden in de zin dat hij niet meer dan halve dagen als buschauffeur kan werken. Hierin staan niet in de weg dat de totale invaliditeit (slechts) 2 of 8% zou bedragen. Dergelijke schattingen zijn relevant in het kader van vragen betreffende de sociale verzekeringswetten of betreffende sommenverzekering. Een geringe mate van totale invaliditeit kan de betrokkene echter ongeschikt maken voor juist dat beroep dat hij uitoefent. De aard van het werk brengt met zich mede, dat als de betrokkene –buschauffeur- zich (weliswaar subjectief, doch overigens naar eer en geweten) niet in staat voelt zijn werk op veilige wijze uit te oefenen, hij in objectieve zin daartoe veelal ook niet in staat moet worden geacht, gelet op de potentiële gevaren die daarmee gepaard kunnen gaan en gelet op de veiligheid van de passagiers die voorop dient te staan. Overeenkomstig het vorenoverwogene ervan uitgaande dat De Greef niet meer dan halve dagen als buschauffeur kan werken, komt vervolgens aan de orde of hij dan de resterende tijd ander werk zou kunnen verrichten. In de stellingen van De Greef ligt besloten, dat hij, na halve dagen gewerkt te hebben, niet alleen niet meer in staat is als buschauffeur te werken, maar ook tot andere arbeid niet in staat is. Ook hiervoor geldt, dat van simulering of overdrijving niet is gebleken. Door de Zwolsche is ook niet gemotiveerd aangevoerd welk werk De Greef dan wel (aanvullend) zou kunnen uitoefenen. Overigens lijken de mogelijkheden om ander werk te vinden gelet op de leeftijd van De Greef toen de situatie zich voldoende had gestabiliseerd -1995 of daaromtrent, toen hij 42 jaar was vrij beperkt. Zulks geldt te meer gelet op de beperkte schoolopleiding van De Greef, welke met zich brengt dat hij voor een belangrijk deel aangewezen zou zijn op ‘ongeschoold’ werk, en juist daarbij kunnen de lichamelijke klachten een rol spelen. Die omstandigheid komt echter mede voor risico van de schadeveroorzaker”.

Uit bovenvermeld citaat wordt duidelijk dat na de voorlichting van de medicus, de jurist op basis van juridische argumentatie tot een ander oordeel kan komen dan de medicus. Dat zal ook ingeval van een beoordeling door een verzekeringsgeneeskundige kunnen gebeuren. Mogelijk is immers dat andere bewijsmiddelen (dan het rapport van de deskundige) nog een ander – juridisch – licht werpt op de plausibiliteit. Dat geldt niet alleen ten aanzien van de door de gelaedeerde aan te dragen bewijsmiddelen, maar ook voor die aan de zijde van de aansprakelijke partij.⁵⁰ Daarnaast ligt nog altijd de verwarring omtrent het gebruik van verschillende terminologie door artsen en juristen op de loer. Het is

⁵⁰ Te denken valt bijvoorbeeld in extremis aan de situatie waarin na het onderzoek van de medicus blijkt van fraude. Zie bijvoorbeeld Rechtbank Almelo 21 december 2011, L/JN BV0428

dan ook zaak dat voorafgaand aan de toetsing door een deskundige aan deze goed duidelijk wordt gemaakt binnen welk (referentie)kader om diens oordeel wordt gevraagd.

De opvatting van Van, dat indien het psychosociaal model klopt, het vaststellen van beperkingen de gelaedeerde zal sterken in de gedachte dat sprake is van beperkingen en om die reden zoveel mogelijk moet worden vermeden, zou een contra-indicatie kunnen zijn voor het inschakelen van de verzekeringsgeneeskundige. Wordt de opvatting van Van echter gevolgd dan geldt zulks voor iedere deskundige.

De vraag is of de constatering van Van – nog afgezien van de vraag of het biopsychosociale model klopt – ons wel verder helpt. Feit is immers dat er een categorie gelaedeerden is waarbij sprake is van behoorlijke ontwrichting van het sociale en maatschappelijke leven als gevolg van WAD I/II. Het uitgangspunt in het aansprakelijkheidsrecht is daarbij dat de gelaedeerde een volledige schadevergoeding toekomt. Om daaraan recht te doen, zal van de gelaedeerde mogen worden verlangd dat hij diens schade aannemelijk maakt. Onderzoek naar de beperkingen door een medicus is daarbij (vooralnog) in vele zaken noodzakelijk. Goede initiatieven zoals het project Pandora (helaas en wellicht vooralnog) ten spijt. Tevens vraag ik mij af of het bezwaar van Van (althans de IWMD), dat de vraag naar de beperkingen er mogelijk toe zal leiden dat de gelaedeerde daadwerkelijk gaat geloven dat hij beperkt is, vanuit het oogpunt van het aansprakelijkheidsrecht wel doorslaggevend moet zijn. Komt een dergelijke reactie van het slachtoffer in het kader van de ruime toerekening niet ‘gewoon’ voor rekening van de aansprakelijke partij? Bovendien zou onderzoek naar de beperkingenvraag – bijvoorbeeld nadat een deëscalerende aanpak⁵¹ niet tot gewenst resultaat heeft geleid- aanvullend inzicht kunnen geven in de vraag wat de gelaedeerde nog wél kan (in de nabije en verre toekomst) en daarnaast mogelijk waardevolle therapeutische suggesties kunnen opleveren. Dergelijk onderzoek kan zo beschouwd wel degelijk van waarde zijn voor beide partijen en zelfs een oplossing dichterbij brengen.

Gelet op de subjectieve aard van het letsel is het bewijs blijkens het vorenstaande dus beperkt, ook van de beperkingen. Geen evidence-based benadering (een substraat ontbreekt immers), maar een beoordeling met het karakter van plausibiliteit. Zodoende is het bewijs ‘beperkt’.

Ook vanuit de hiernavolgende benadering kan worden betoogd dat aan het juridisch bewijs van (ook) de beperkingen niet al te hoge eisen mogen worden gesteld. Gesteld dat de gelaedeerde aannemelijk dient te maken dat er sprake is van ongevalgerelateerde beperkingen en de daaruit voortvloeiende schade, komt de vraag op wat in dat kader van de gelaedeerde mag worden verwacht.

Vanuit de algemene gedachte van slachtofferbescherming, voortvloeiend uit de schending van een verkeers –of veiligheidsnorm enerzijds en anderzijds de aard van de schade (letselschade), wordt de gelaedeerde op meerdere momenten in de bewijspositie tegemoet gekomen.⁵² Dit geldt niet alleen ten aanzien van causaal verband (zoals bijvoorbeeld in Zwolsche Algemeene/De Greef), maar bijvoorbeeld

⁵¹ zoals bijvoorbeeld het project Pandora

⁵² S.D. Lindenbergh, *Schadevergoeding: algemeen, deel 1. Monografieën BW*, B34 derde druk, pag. 20. Zie ook A. Akkermans in: T. Hartlief en S. D. Lindenbergh ‘Tien pennenstreken over personenschade’ pag. 99.

ook ten aanzien van het bewijs van de schade (de omvangsfase).⁵³ Zo overwoog de Hoge Raad in Vehof/Helvetia dat:

“aan een benadeelde die blijvende letselschade heeft opgelopen, geen strenge eisen mogen worden gesteld met betrekking tot het leveren bewijs van (schade wegens derven van) de arbeidsinkomsten die de benadeelde zou hebben genoten in de hypothetische situatie dat het ongeval niet zou hebben plaatsgehad; het is immers de aansprakelijke veroorzaker van het ongeval die aan de benadeelde de mogelijkheid heeft ontnomen om zekerheid te verschaffen omtrent hetgeen in die hypothetische situatie zou zijn geschied”⁵⁴

Het betreft een situatie waarin het bewijs niet licht te leveren valt omdat het gaat om een hypothetische situatie, die zich immers door ongeval nooit heeft voorgedaan en zal voordoen. Door de aard van de schade is het bewijs moeilijk te leveren. Daarmee wordt rechtens rekening gehouden. In lijn hiermee komt het mijns inziens niet logisch voor dat de gelaedeerde ten aanzien van het bestaan van de klachten, het causaal verband en bewijs van de arbeidsvermogensschade (omvang) tegemoet wordt gekomen om dan vervolgens (enkel) ten aanzien van het bewijs van de *beperkingen* een zware of zwaardere maatstaf aan te leggen. Bij de beoordeling van de beperkingen immers is –geredeneerd vanuit de plausibiliteitsgedachte- vanuit juridisch oogpunt ook de hypothetische (gezondheids)situatie van de gelaedeerde van belang. Tevens is het bewijs van de beperkingen in geval sprake is WAD I/II naar zijn aard ook op andere wijze – lees: vanwege het ontbreken van een medisch substraat - voor de gelaedeerde niet eenvoudig te leveren.

Vanuit bovenstaande gedachte komt de vraag op of de gelaedeerde –al dan niet gelijk aan het bewijs van het realiteitsgehalte van de klachten en het bewijs van het causaal verband, in zoverre tegemoet moet wordt gekomen dat –mede in het licht van de aard van de schade -aan het bewijs geen al te hoge eisen mogen worden gesteld.⁵⁵ Daarbij zou kunnen worden aangesloten bij de hierboven geciteerde tekst uit Vehof/Helvetia.

4.1 *Samenvattend*

Ook de vraag naar de beperkingen (deelvraag (3)) kan mijns inziens in de sleutel te worden gezet van de plausibiliteit. De juridische beoordeling van de vraag of de (gestelde) beperkingen plausibel zijn is soms al te beantwoorden nadat geoordeeld is dat de klachten aanwezig, reëel, niet voorgewend, niet overdreven zijn en in causaal verband staan met de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis. Voor het geval nadere voorlichting van een medicus nodig is zal in het algemeen inschakeling van een verzekeringsgeneeskundige in de rede liggen ter nadere voorlichting omtrent de plausibiliteit van de beperkingen. Van belang is nog wel dat kritisch dient te worden gekeken naar de vraagstelling die aan de deskundige dient te worden voorgelegd en de wijze waarop de deskundige in het kader van het

⁵³ de beschermingsgedachte komt bijvoorbeeld ook tot uiting in de zgn. ruime toerekening (zoals bijvoorbeeld blijkt uit de predispositieleer van de Hoge Raad).

⁵⁴ HR 15 mei 1998, NJ 1998, 624

⁵⁵ Zie bijvoorbeeld ook prof. A. Akkermans: Wedden op een uit de race genomen paard; naar een bijzondere bewijsregel voor bewijs van schade en causaliteit, in: Tien pennenstreken over personenschade, onder redactie van T. Hartlief en S. D. Lindenbergh, Sdu Uitgevers, Den Haag 2009, pag 87 e.v.

onderzoek wordt geïnformeerd over de reikwijdte van diens opdracht en het kader waarbinnen de opdracht dient te worden vervuld.

Nadat een (of meer) deskundige(n) heeft/hebben geoordeeld, zal ten slotte een juridisch oordeel de doorslag geven bij de vraag of de gelaedeerde 'voor de plausibiliteitstoets is geslaagd'. Daarbij mogen aan de gelaedeerde met betrekking tot het bewijs geen al te hoge eisen worden gesteld.

5. Afronding

Het debat op 22 maart 2011 tijdens het Gronings Letselschadecongres heeft niet tot concrete oplossingen geleid, al is merkbaar dat het debat sedertdien in verschillende gremia is voortgezet. Meer dan ooit zijn partijen in meer of mindere mate in afwachting van de volgende stap in rechtsvormende taak die de gerechtshoven zich in dit dossier hebben aangemeten. In die zin lijkt 15 jaar na de oproep van mr. Kremer in de whiplashspecial uit 1997, een ontwikkeling op gang te zijn gekomen. Kremer opperde destijds:

“Uiteindelijk zal de Hoge Raad de lijnen moeten bepalen waarbinnen whiplashclaims behandeld moeten worden.”

Omdat de aanpak van whiplashzaken gebaat is bij een dossieroverstijgende aanpak en de rechter in de omvangsfase strikt genomen niet gebonden is aan de bewijsregels, geeft dat mogelijkheden aan de rechterlijke macht om –al is het via obiter dicta- belangrijke rechtsvormende taken op zich te nemen. Inzake deelvragen (1) en (2) namen de Hoven Leeuwarden en 's-Hertogenbosch in whiplashzaken reeds het voortouw.

Een ontwikkeling die, naast andere goede dejuridiserende alternatieven, toe te juichen is. Hoe meer handvatten partijen in de schaderegelingspraktijk –al dan niet van de rechterlijke macht- krijgen aangereikt, hoe minder zaken zullen ontaarden in een jarenlang juridische strijd.

Het voorkomen daarvan dient voor een ieder prioriteit te hebben. Daarom is het van groot belang dat partijen blijven zoeken naar nieuwe schaderegelingsinzichten die gericht zijn op deëscalatie en waarbij de gelaedeerde zo min mogelijk wordt belast. In die gevallen dat het lukt om factoren weg te nemen die de klachten in stand houden, zal (uiteeraard) sprake zijn van een win-win situatie. Daarmee wordt voorkomen dat de gelaedeerde gevrijwaard blijft van invaliderende gezondheidsklachten en wordt hem bovendien een moeizame en zware juridische procedure bespaard. Tegelijkertijd zal de schadelast voor de verzekeraars dalen.

Alle goede initiatieven ten spijt moet echter ook niet uit het oog worden verloren dat – in weerwil van al die goede initiatieven – voorsnog ook moet worden gestreefd naar een zo goed mogelijke afwikkeling van schadezaken waarbij *wel* sprake is van aanhoudende klachten, waardoor gelaedeerden zich beperkt achten. Voor die zaken is een zo helder mogelijk juridisch kader van groot belang. Met de voordrachten tijdens het congres en de referaten in deze bundel is in ieder geval gepoogd een bijdrage te leveren aan het nader invullen van het debat. Of daarmee een betere schadeafwikkeling dichterbij is gekomen is (helaas) de vraag.