

WMSR



RICHTLIJN

**MEDISCH SPECIALISTISCHE
RAPPORTAGE**

IN BESTUURS- EN CIVIELRECHTELIJK VERBAND

Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR), in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

UTRECHT, 31 JANUARI 2008

Inhoud		p. 2
De WMSR		p. 3
Hoofdstuk 1	Inleiding	p. 4
Hoofdstuk 2	Het rapport	p. 9
Hoofdstuk 3	De opbouw van het rapport	p. 13
Hoofdstuk 4	De persoon van de expert	p. 15
Hoofdstuk 5	De attitude van de expert en de bejegening van de onderzochte	p. 16
Hoofdstuk 6	De onderzoekssetting	p. 17
Hoofdstuk 7	De procedure	p. 18
Hoofdstuk 8	Specifieke aspecten bij beroepsaansprakelijkheid	p. 21
Hoofdstuk 9	Specifieke aspecten bij expertises in het kader van het bestuursrecht	p. 24

De WMSR

Deze richtlijn is opgesteld door de WMSR, de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage, in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

De WMSR is een werkgroep, die tot doel heeft de kwaliteit van medisch-specialistische rapportages te verhogen door middel van richtlijnvorming, opleiding en bij- en nascholing, intervisie, visitatie en certificatie. De werkgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen van die specialismen die kwantitatief het meest bij rapportages betrokken zijn, te weten de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). Daarnaast maken vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in Particuliere Verzekeringszaken (GAV) deel uit van de werkgroep. In de voorliggende richtlijnen zijn commentaren verwerkt, die vanuit bovengenoemde verenigingen zijn gegeven op een eerder concept. Ook is rekening gehouden met reacties op het concept, die zijn verkregen op een 'invitational conference', die de WMSR begin 2007 samen met de KNMG heeft gehouden. Aan deze conferentie is deelgenomen door vertegenwoordigers van verschillende medisch-specialistische wetenschappelijke verenigingen en vertegenwoordigers uit het veld, zoals de rechterlijke macht (bestuurs- en civielrechtelijk), advocatuur, verzekeraars en dergelijke.

De WMSR bestaat uit de volgende leden:

Drs. F. Bijl (GAV)
Dr. E. M. H. Van den Doel (NVN)
Dr. Ph. J. Edixhoven (NOV)
Dr. M. Heeg (NOV)
Prof. Dr. P.P.G. Hodiamont (NVvP)
Dr. G. de Keizer (NVvH)
Prof. Dr. G.F. Koerselman (NVvP), voorzitter
Dr. J.B. van Mourik (NVvH)
Drs. W. Schuwirth (GAV), secretaris
Dr. G.K. Van Wijngaarden (NVN)

Op 31 januari 2008 heeft het Federatiebestuur van de KNMG met de richtlijn ingestemd.

Hoofdstuk 1

INLEIDING

Kwaliteit van de medisch deskundige

Kwaliteitsbeleid heeft tegenwoordig terecht prioriteit in tal van sectoren van de samenleving. Vooral in situaties waarin mensen afhankelijk kunnen zijn van het werk van professionals, worden in toenemende mate eisen gesteld aan dat werk. De kwaliteit ervan moet expliciteerbaar, controleerbaar en afdwingbaar zijn. De curatieve gezondheidszorg kent daarom een uitgebreid systeem van kwaliteitsbewaking- en bevordering en –handhaving. Medisch specialisten zijn niet alleen curatief werkzaam. Sommigen van hen treden op als deskundige in een juridische context. Ook dan geldt dat hun werk grote consequenties kan hebben voor de betrokken partijen. De kwaliteitseisen gelden voor deskundigenrapportages dan ook onverkort.

De context van medisch-specialistische rapportages

Veel publiciteit krijgt vaak het optreden van deskundigen in strafrechtelijke procedures. Op dat onderwerp heeft de voorliggende richtlijn echter geen betrekking. De context van het strafrecht kent zoveel specifieke aspecten, dat het kwaliteitsbeleid op dat gebied aparte trajecten kent. De voorliggende richtlijn gaat over het rapporteren door medisch specialisten in bestuursrechtelijk en civielrechtelijk verband. Hoewel het werk van de medisch specialist op dit terrein enige overlap heeft met dat van verzekeringsartsen, is deze richtlijn uitdrukkelijk niet voor hen bestemd. Ook bindt deze richtlijn aanvragers niet ten aanzien van de vragen die zij aan de medisch specialist als expert zouden willen stellen. Wel maakt de richtlijn duidelijk, dat de expert zelf de grenzen van zijn deskundigheid zal moeten erkennen, en dat hij dus mogelijk anderszins aan de aanvrager zal moeten berichten dat een bepaalde vraag daarom voor hem niet te beantwoorden is.

Het deskundig oordeel van de medische specialist kan in verschillende stadia van procedures worden gevraagd door verschillende partijen. Om een indruk te geven noemen we een aantal mogelijkheden, zonder daarbij naar volledigheid te streven:

- Bestuursrecht:
 - Uitvoering WAO/WIA
 - Aanvragers van medisch-specialistische rapportages zijn bijvoorbeeld de verzekeringsarts of bezwaarverzekeringsarts van het UWV, de Sector Bestuursrecht van een Rechtbank of de Centrale Raad van Beroep. In alle fasen kan een rapportage ook worden aangevraagd door de (belangenbehartiger van) de verzekerde bij wijze van 'contra-expertise'.
 - Uitvoering Ambtenarenrecht
 - De vraag kan aan de orde zijn in hoeverre lichamelijke of psychische aandoeningen een rol spelen bij veronderstelde onbekwaamheid van een ambtenaar. Rapportages kunnen worden aangevraagd door een overheidsinstantie of door de (advocaat van) de ambtenaar.
- Civiel Recht:
 - Uitvoering Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen
 - Wanneer een beroep wordt gedaan op een particuliere AO-verzekering kan de medisch adviseur van de verzekeraar een

- specialistische rapportage vragen ter vaststelling van ziekte en de daaruit voortvloeiende beperkingen. Bij een conflict tussen een verzekerde en de verzekeraar kan de verzekerde ook zelf het initiatief nemen tot een medische rapportage. Sommige polissen kennen de mogelijkheid van arbitrage. De medisch specialist kan in dat verband als ‘arbiter’ worden aangesteld.
- Andere vormen van verzekeringen, zoals ongevallenverzekeringen.
 - Wettelijke aansprakelijkheid
 - Medisch specialisten spelen op dit gebied een rol, als schade is toegebracht in de vorm van letsel of ziekte.
In situaties van medische aansprakelijkheid gaat het vaak om de vraag of een eventuele ziekte of letsel het gevolg is van onzorgvuldig handelen van een arts of een ziekenhuis. De medisch-specialistische rapportage is dan in eerste instantie nodig voor het vaststellen van de aansprakelijkheid. Omdat daarvoor specifieke kennis nodig is op diagnostisch en therapeutisch gebied, wordt in de richtlijn aparte aandacht gegeven aan de eisen die op dit gebied aan de expert¹ moeten worden gesteld. In tweede instantie is bij medische aansprakelijkheid de vraag aan de orde, welke beperkingen daardoor bij het slachtoffer zijn ontstaan.
In het geval van bijvoorbeeld bedrijfs- of verkeersongevallen of van agressieve handelingen wordt de medisch deskundige niet geraadpleegd in verband met de aansprakelijkheidsvraag. Diens taak is wel om aan te geven of er een medisch-causaal verband is tussen de lichamelijke of psychische klachten en een bepaalde gebeurtenis. Bij positief antwoord wordt ook gevraagd naar de daaruit eventueel voortvloeiende beperkingen.
Medisch-specialistische rapportages in verband met wettelijke aansprakelijkheid kunnen op verschillende manieren tot stand komen. ‘Buiten rechte’ kan zowel de benadeelde als de aansprakelijke partij daartoe het initiatief nemen, al of niet in afstemming met de wederpartij. Partijen kunnen de rechter ook om een ‘voorlopig deskundigenbericht’ vragen om na te gaan of ze een ‘zaak’ hebben. Tenslotte kan ook de rechter een medische deskundige inschakelen, zowel in eerste aanleg als in hoger beroep.
 - Bijzondere situaties
 - Uitvoering Wegenverkeerswet
 - Om te beoordelen of iemand op medische gronden al of niet geschikt is een motorrijtuig te besturen, kan het CBR opdracht geven tot een medisch-specialistische rapportage

Eisen waaraan een medisch-specialistische rapportage moet voldoen

¹ Voor ‘expert’ kan ook worden gelezen: rapporteur, deskundige of medisch specialist. Waar in de tekst naar de expert wordt verwezen met manlijke voornaamwoorden, zijn ook vrouwelijke bedoeld.

De deskundigheid van een arts heeft in de kern betrekking op het stellen van een diagnose en het instellen van een behandeling. De medisch specialist concentreert zich daarbij op het gebied van zijn specialisme. Ook als 'expert' wordt de medisch specialist op die bekwaamheid aangesproken. In zaken over medische aansprakelijkheid gaat het bijvoorbeeld om de kwaliteit van de diagnostiek of van de indicatiestelling en uitvoering van een behandeling. Dat stelt bijzondere eisen aan de persoon van de expert.

In andere zaken kunnen echter andere accenten liggen. Zo gaat het soms niet zozeer om de specifieke diagnose, maar om de ruimere vraag of er al of niet sprake is van ziekte. Het kan erom gaan of het ontstaan van ziekte of letsel wel of niet afhankelijk is van een bepaalde gebeurtenis. In de meeste gevallen is het de vraag of ziekte of letsel tot beperkingen van lichamelijke of psychische functies leiden, met eventuele consequenties voor dagelijks leven, werk of vrije tijd. Soms is aan de orde wat het beloop van een ziekte is geweest, omdat de consequenties ervan in de tijd moeten worden vastgesteld. Kortom, in verschillende verbanden worden verschillende accenten gelegd op het deskundigheidsgebied van de medisch-specialistische rapporteur. Daarbij komt dat verschillen in juridische context kunnen leiden tot verschillende eisen met betrekking tot formele procedures. Een 'goede' medisch-specialistische rapportage stelt aan de deskundige dan ook specifieke eisen, die niet vanzelfsprekend samenvallen met diens 'gewone' bekwaamheid als behandelaar.

In de loop van de tijd zijn er naar aanleiding van medische rapportages klachten ingediend bij Tuchtcolleges. Dit heeft geleid tot jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege, waarin basale kwaliteitseisen aan medische rapportages zijn geformuleerd. In deze richtlijn is daarmee expliciet rekening gehouden. In toenemende mate is duidelijk geworden, dat een medisch specialist weliswaar bevoegd maar niet automatisch ook bekwaam is tot het uitbrengen van een deskundigen-rapportage die aan de te stellen eisen voldoet. Dit betekent dat er behoefte is aan meer specifieke normering, aan postspecialistische opleiding en bij- en nascholing, aan visitatie en certificatie, kortom aan een kwaliteits-'traject' zoals dat op allerlei terreinen van de gezondheidszorg gemeengoed is geworden. Deze richtlijn beoogt daaraan een bijdrage te leveren.

De eigen verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Er zijn vele instanties betrokken bij het vaststellen en handhaven van de kwaliteit van het medisch handelen. Voor het vaststellen en handhaven van de kwaliteit van medisch-specialistische rapportages als 'product' van medisch handelen is dat in feite niet anders. Primair heeft de beroepsgroep zelf de verantwoordelijkheid richtlijnen te formuleren en zorg te dragen voor opleiding en toetsing van bekwaamheid. Dat kan echter niet zonder de betrokkenheid van vele andere 'actoren', zoals de overheid, de rechtelijke macht, verzekeringsartsen en medisch adviseurs, verzekeraars op het gebied van arbeidsongeschiktheid, wettelijke aansprakelijkheid of rechtsbijstand, en, last but not least, de 'onderzochten' zelf. Deze laatsten zijn niet eenvoudig als groep aanspreekbaar. Weliswaar hebben patiënten-organisaties die op basis van bepaalde ziektebeelden zijn georganiseerd, in het verleden een rol gespeeld bij discussies over de 'erkenning' van dat

ziektebeeld, maar de situatie is toch verschillend van die in de curatieve gezondheidszorg.

Op het moment van verschijnen van deze richtlijn wordt op verschillende niveaus onderzocht, hoe de registratie zou moeten plaatsvinden van deskundigen die rapporteren in een juridische context. Dat geldt ook voor medisch specialisten in hun rol van expert. Daarop kan hier niet vooruit worden gelopen. Toekomstige ontwikkelingen zullen hun weerslag vinden in latere, aangepaste versies van deze richtlijn.

Hoewel de medisch specialist als rapporteur wel degelijk een relatie volgens de wet BIG heeft met degene die hij onderzoekt, is deze laatste toch geen 'patiënt' zoals bij een behandelingsovereenkomst volgens de WGBO. Er bestaat tussen de expert en degene over wie wordt gerapporteerd namelijk geen therapeutische of hulpverleningsrelatie. Dat heeft ook consequenties voor de gebruikte terminologie. De begrippen 'patiënt' of 'cliënt' kunnen door de expert beter niet worden gebruikt, omdat die hulpverlening of belangenbehartiging impliceren. Datzelfde geldt voor een term als 'belanghebbende'. De voorkeur verdienen neutrale termen als 'betrokkene' of 'onderzochte'. Ook in deze richtlijn zal degene over wie wordt gerapporteerd met deze termen worden aangeduid.

Het WMSR-traject

Vertegenwoordigers van de medische specialismen neurologie, orthopedie, psychiatrie en heelkunde (waarvan de meeste rapportages worden gevraagd) hebben namens hun wetenschappelijke verenigingen, tezamen met de vereniging van geneeskundig adviseurs, de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR) gevormd om een kwaliteits-'traject' voor medisch-specialistische rapportages op te zetten. De eerste stap betreft het opstellen van een richtlijn, waarin wordt geformuleerd aan welke eisen de rapporteur en diens rapportage moeten voldoen. Een concept daarvan is in samenwerking met de KNMG voorgelegd aan vertegenwoordigers van andere medische specialismen en van overige betrokken partijen. Hieruit is de nu voorliggende richtlijn-tekst voortgekomen, die is goedgekeurd door het federatiebestuur van de KNMG. De richtlijn zal ten grondslag liggen aan een verder te ontwikkelen traject van opleiding en nascholing, en van visitatie en certificatie.

De 'status' van een richtlijn

Een richtlijn is een hulpmiddel voor het uitvoeren van professionele werkzaamheden op een overeengekomen niveau. Een richtlijn maakt het voor de professional mogelijk zijn werkzaamheden aan dat niveau aan te passen en geeft anderen de mogelijkheid om de kwaliteit van dat werk te toetsen. Richtlijnen zijn geen wetten. Ze geven globaal aan wat binnen de beroepsgroep als 'state of the art' mag gelden. Het is voor een professional altijd mogelijk om gemotiveerd van een richtlijn af te wijken. Een transparante motivatie is daarbij echter wel essentieel.

Anders dan bij richtlijnen voor curatieve gezondheidszorg meestal het geval is, kan een richtlijn voor medisch-specialistische rapportages niet worden gebaseerd op uitkomsten van experimenteel wetenschappelijk onderzoek. De voorliggende richtlijn vindt zijn bestaansgrond in een redelijke consensus van 'experts' en overige

betrokken partijen. Het spreekt vanzelf dat een richtlijn van tijd tot tijd moet worden geactualiseerd en bijgesteld. Voor de voorliggende richtlijn zal dat niet anders zijn. Van belang is hoe de richtlijn de confrontatie met de praktijk zal doorstaan. Nog belangrijker is evenwel, dat die praktijk zal verbeteren door de formulering van wat breed wordt aanvaard als criteria voor een 'goede' rapportage en een 'goede' rapporteur.

De WMSR zag zich bij het opstellen van deze richtlijn geconfronteerd met verschillen in historie en ontwikkeling tussen de wetenschappelijke verenigingen, die bemoeienis hebben met het terrein van de medisch-specialistische rapportage. Sommige verenigingen zijn in de normering van handelen op dat gebied verder dan andere. De in deze richtlijn opgenomen normen moeten om die reden worden gezien als 'minimumregels'. Wetenschappelijke verenigingen hebben de ruimte om te besluiten dat zij ten aanzien van specifieke onderdelen van deze richtlijn strengere normen stellen. Naar verwachting zullen in de loop van de tijd de thans bestaande verschillen tussen de wetenschappelijke verenigingen afnemen.

HET RAPPORT

2.1 Eisen

Een medisch-specialistisch deskundigenrapport beantwoordt tenminste aan de volgende *eisen*²

2.1.1 De eis van DESKUNDIGHEID

Deze eis houdt onder meer in dat de expert zijn uitspraken doet op grond van zijn kennis van de actuele dan wel ten tijde van het incident vigerende stand van de medische wetenschap en op grond van de in zijn vakgebied algemeen aanvaarde inzichten en opvattingen, die relevant zijn in de context van de te beantwoorden vraagstelling. Eveneens houdt deze eis in dat hij geen uitspraken doet, die buiten zijn vakgebied of anderszins buiten zijn competentie vallen.

2.1.2 De eis van ZORGVULDIGHEID

Deze eis houdt in dat de expert rekening houdt met de positie van de onderzochte – die gewoonlijk niet uit eigen beweging komt -, dat hij eventueel relevant geachte behandeladviezen slechts met toestemming van de onderzochte aan behandelaren doet toekomen, en dat hij informatie van derden niet zonder medeweten van de onderzochte in zijn beschouwingen betreft.

2.1.3 De eis van INTERSUBJECTIEVE TOETSBAARHEID

Deze eis houdt in dat constatering en aantoonbaar op feiten berusten, zodat een ander op basis daarvan tot dezelfde constatering kan komen ('repliceerbaarheid') dan wel die constatering kan verwerpen ('falsificeerbaarheid').

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").

2.1.5 De eis van CONSISTENTIE

De gerapporteerde feiten, constatering en overwegingen moeten op een logische en inzichtelijke wijze voeren tot de conclusies, waarop de antwoorden gebaseerd zijn. Dit betekent onder meer dat de expert geen relevante zaken weglaat of zijn conclusies op onvolledige gegevens of onjuiste feiten of op veronderstellingen baseert. (Het verkeerd vermelden van data, links-rechtsverwisselingen, etc, kunnen daarvan blijk geven. Hetzelfde

² Bij de formulering van deze eisen is rekening gehouden met jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

geldt voor het niet verrichten van relevant lichamelijk onderzoek of ondersteunend/aanvullend onderzoek).

2.1.6 De eis van BEGRIJPelijkheid

Onnodig medisch jargon en ingewikkeld taalgebruik moeten zoveel mogelijk worden vermeden, in het bijzonder bij het formuleren van de conclusies en het beantwoorden van de vragen.

2.1.7 De eis van HET HANTEREN VAN EEN ALGEMEEN AANVAARDE ONDERZOEKSMETHODE.

Hiermee wordt het veld van de toepasbare onderzoeksmethoden afgebakend tot dat van de actuele reguliere geneeskunde.

2.1.8 De eis van ONBEVOORDEELDHEID.

Deze eis houdt in dat de expert een open en onbevooroordeelde attitude heeft ten opzichte van verbale en non-verbale uitingen van de onderzochte over diens gezondheidstoestand, en ten opzichte van medisch-wetenschappelijke gegevens over de aard en het beloop van ziektebeelden of syndromen. De expert onderbouwt zijn bevindingen met toetsbare redeneringen en verwijzingen

2.2 Aanbevelingen

Op grond van de bovenstaande uitgangspunten kunnen de volgende *aanbevelingen* worden geformuleerd:

2.2.1 Er wordt de nodige zorg besteed aan een overzichtelijke opbouw en indeling van het rapport. Het rapport ziet er verzorgd en professioneel uit. Er wordt zorg besteed aan een correct en zakelijk taalgebruik. Populair taalgebruik wordt vermeden, tenzij de woorden van de onderzochte, zoals blijkt uit aanhalingstekens, letterlijk worden geciteerd.

2.2.2 De expert zorgt dat het rapport voldoende is toegesneden op de individuele casus en geen “sjabloonmatige” indruk wekt (behoudens de standaard-indeling van het rapport).

2.2.3 Uit het rapport blijkt hoe de onderzochte zich heeft gelegitimeerd, en dat hem³ is gewezen op een eventueel van toepassing zijnd blokkeringsrecht. Het blokkeringsrecht geeft aan de onderzochte het recht om als eerste kennis te nemen van de rapportage over het deskundigenonderzoek om op grond daarvan te kunnen beslissen of deze al of niet aan derden ter beschikking mag worden gesteld. Het blokkeringsrecht is gericht op bescherming van de privacy van de onderzochte. Het is onder meer van toepassing bij expertises in het kader van letselschade (ook buitenrechtelijk), bij aanstellingskeuringen en bij keuringen voor nieuwe verzekeringen.

³ Waar de onderzochte wordt aangeduid met mannelijke voornaamwoorden, zijn ook vrouwelijke bedoeld

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.

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.

2.2.6 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.

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 expertiserapport gevoegd te worden.

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.

2.2.9 De samenvatting is beknopt en kernachtig. Hierin behoren anamnestiche gedane mededelingen niet zonder meer de status te krijgen van feiten.

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 gezien. De conclusies zijn altijd uit deze beschouwing af te leiden. Een argumentatie is ondubbelzinnig en volgt op logische wijze uit het voorafgaande.

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.

2.2.13 De vragen worden volledig, begrijpelijk en vooral eenduidig beantwoord. Bij de beantwoording van de vragen komen niet plotseling aspecten naar voren, die in de voorafgaande tekst niet terug te vinden zijn. Als een expert een vraag niet gefundeerd kan beantwoorden, dan ziet hij van beantwoording af en vermeldt hij de reden daarvoor.

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.

2.2.15 Waar nodig wordt een differentiaaldiagnostische overweging gegeven.

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 vaststelling 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.

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.

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

2.2.19 In zijn algemeenheid zullen er geen percentages worden toegekend of andersoortige kwantitatieve uitspraken worden gedaan, die niet op aantoonbare feiten berusten en reproduceerbaar zijn.

Hoofdstuk 3

DE OPBOUW VAN HET RAPPORT

Het staat de expert vrij zijn rapport naar eigen inzicht in te delen en op te bouwen. De hieronder genoemde opbouw kan daarbij dienen als leidraad.

- De aanhef
 - a) Inleidende tekst
 - b) Vermelding van de opdrachtgever(s)
 - c) Datum onderzoek
 - d) Legitimatie van de onderzochte
 - e) Het kader waarbinnen het onderzoek wordt verricht
 - f) De gang van zaken betreffende het blokkeringsrecht
 - g) Vermelding van de letterlijke tekst van de vraagstelling
 - h) Opsomming van de vindplaats of referentie van de door de opdrachtgever(s) aangeleverde medische gegevens inclusief het beeldvormend materiaal (bijvoorbeeld: *brief van [auteur] aan [geadresseerde] d.d. [datum]*)
 - i) Opsomming van de vindplaats of referentie van eventuele aanvullende gegevens, die door de onderzochte worden aangeleverd.
 - j) Opsomming van de vindplaats of referentie van de met toestemming van de onderzochte opgevraagde informatie van derden

- Anamnese
 - a) Algemene anamnese
 - b) Ongevalsanamnese (indien van toepassing)
 - c) Speciële anamnese
 - De 'speciële' anamnese is gericht op de klachten en op feiten en omstandigheden die daarmee verband houden.
 - d) Sociale anamnese
 - e) Arbeids- en beroepsanamnese
 - f) Hetero-anamnese

- Lichamelijk onderzoek
 - a) Algemeen
 - b) Status localis
 - c) Aanvullend onderzoek

- Psychiatrisch onderzoek
 - a) Status mentalis
 - b) Aanvullend onderzoek

- Bespreking medische gegevens

- Samenvatting

- Beschouwing
- Conclusie
- Beantwoording van de vragen

Hoofdstuk 4

DE PERSOON VAN DE EXPERT

- 4.1 De expert is als arts ingeschreven in het BIG-register.
- 4.2 De expert is als medisch specialist ingeschreven of ingeschreven geweest in het desbetreffende register van de MSRC. Binnen zijn vakgebied is hij bekwaam ten aanzien van het terrein waarop de vraagstelling betrekking heeft.
- 4.3 De expert is niet als arts geschorst als gevolg van een tuchtrechtelijke maatregel. Evenmin is hem zijn bevoegdheid ontzegd door de strafrechter.
- 4.4 De expert is niet de behandelend arts van de onderzochte. Op geen enkele wijze neemt de expert de rol van hulpverlener aan of suggereert hij die rol in de toekomst te gaan vervullen.
- 4.5 De expert staat niet in een zakelijke of persoonlijke relatie tot de onderzochte.
- 4.6 De expert staat niet in een zakelijke of persoonlijke relatie tot één van beide of beide opdrachtgevers of de aansprakelijk gestelde(n) (afgezien van de overeenkomst tot rapportage zelf).
- 4.7 Er is geen sprake van een andere vorm van belangenverstrengeling.
- 4.8 Indien het de expert niet vrijstaat de opdracht voor de expertise te aanvaarden op grond van de bovengenoemde criteria 4 t/m 7, of als hij niet in staat is om de opdracht binnen de gewenste termijn te voltooien, kan hij het onderzoek alleen door een ander laten verrichten met toestemming van alle betrokken partijen.
- 4.9 De expert kan (een deel van) het expertise-onderzoek onder zijn directe supervisie laten verrichten, door een arts in opleiding tot specialist (aios), op wie dan de hierbovengenoemde bepalingen 1 en 3 t/m 7 eveneens van toepassing zijn. De expert meldt zijn voornemen daartoe vooraf aan de opdrachtgevers ten einde hun toestemming te verkrijgen. Indien het rapport onder zijn supervisie tot stand komt, dan moet dit blijken uit mede-ondertekening door de expert. Hierbij gelden de voorwaarden dat de expert de anamnese mede moet hebben afgenomen, de onderzochte mede moet hebben onderzocht en kennis moet hebben genomen van de meegestuurde gegevens en van de resultaten en de interpretatie van eventueel aanvullend onderzoek. Het rapport wordt uitgebracht onder de primaire verantwoordelijkheid van de expertiserend medisch specialist.

Hoofdstuk 5

DE ATTITUDE VAN DE EXPERT EN DE BEJEGENING VAN DE ONDERZOCHE

5.1 De expert is in zijn relatie tot de onderzochte gehouden aan zijn verplichtingen als arts, zoals die zijn neergelegd in wet- en regelgeving.

5.2 Bij de bejegening van de onderzochte worden de gebruikelijke, maatschappelijk aanvaarde omgangsvormen gehanteerd. De bejegening is vriendelijk en beleefd, tegelijk ook zakelijk en wordt gekenmerkt door professionele distantie.

5.3 De expert verduidelijkt aan de onderzochte zijn positie van onafhankelijk deskundige. Om onterechte verwachtingen te voorkomen legt hij uit, dat er tussen hem en de onderzochte geen therapeutische of hulpverleningsrelatie kan bestaan.

5.4 Indien de expert een stoornis of aandoening constateert die directe behandeling noodzakelijk maakt, stelt hij onverwijld de onderzochte en, met diens toestemming, zijn huisarts en/of behandelend specialist(en) hiervan in kennis. Van het vereiste van toestemming kan worden afgeweken, als de onderzochte niet wilsbekwaam is en er een onmiddellijk dreigend gevaar bestaat.

5.5 De expert onthoudt zich tegenover de onderzochte van waarde-oordelen over diens behandelaar(s). Als naar zijn mening de behandeling onjuist of ontoereikend is of is geweest, dan zal hij daar tegenover de onderzochte geen blijk van geven. Evenmin spreekt hij een waarde-oordeel uit over de belangenbehartiger, de verzekeraar of de uitkeringsinstantie, of hun werkwijze.

5.6 De expert doet geen uitspraken over de hoogte en de haalbaarheid van een eventuele claim, noch over zijn vermoedens ten aanzien van de afloop ervan.

5.7 De expert dient in de anamnese uitsluitend te vragen naar feiten of omstandigheden, die terzake relevant zijn.

5.8 Bij het verrichten van noodzakelijk lichamelijk of psychiatrisch onderzoek onthoudt de expert zich van niet relevant commentaar.

Hoofdstuk 6

DE ONDERZOEKSSETTING

6.1 Het onderzoek wordt uitgevoerd in een herkenbaar professionele omgeving en niet in privé-vertrekken van de expert.

6.2 Onder bijzondere omstandigheden kan het gewenst of noodzakelijk zijn om de onderzochte elders, bijvoorbeeld in diens woning, te onderzoeken.

6.3 De expert is goed verzorgd en correct gekleed.

6.4 Het onderzoek wordt verricht op neutraal terrein, dat wil zeggen niet ten kantore van (een van) de opdrachtgever(s), tenzij anders is overeengekomen.

6.5 De expert is punctueel ten aanzien van de afspraken.

6.6 Er dient geen sprake te zijn van een “gehaaste” entourage. Indien het onderzoek op de polikliniek wordt uitgevoerd, dan mag het niet door reguliere polikliniek-activiteiten worden verstoord en dient er voldoende tijd voor genomen te worden.

6.7 Tijdens het gesprek en het onderzoek is er geen sprake van onnodige telefonische onderbrekingen of van het binnenlopen van andere personen. Ook andere factoren die de aandacht sterk afleiden worden vermeden.

6.8 Er dient een adequate ruimte te zijn voor lichamelijk onderzoek met professionele voorzieningen en voldoende privacy tijdens het aan- en uitkleden en voor persoonlijke verzorging.

6.9 De expert maakt *tijdens het afnemen van de anamnese* geen gebruik van een dicteerapparaat of van een tekstverwerker. Video- of geluidsbandopnamen zijn alleen toegestaan met toestemming van de onderzochte. Daarbij dient vermeld te worden voor welk doel de opnamen gemaakt worden.

Hoofdstuk 7

DE PROCEDURE

7.1 Als de expert de aanvraagbrief voor de expertise ontvangt, vergewist hij zich ervan dat hij in staat is het onderzoek te verrichten en de gestelde vragen naar behoren te beantwoorden. Dit vloeit voort uit de in hoofdstuk 1 punt 1 geformuleerde eis van deskundigheid.

7.2 De expert retourneert de aanvraag indien blijkt dat niet voldaan is aan de criteria, zoals omschreven in de punten 4 t/m 7 van Hoofdstuk 4.

7.3 De expert aanvaardt geen opdracht als hij tevoren in dezelfde casus voor een van de partijen als consulent is opgetreden of indien een van beide partijen hem tevoren heeft gevraagd hoe hij in casu zou oordelen.

7.4 De expert vergewist zich ervan dat hij in staat is het rapport uit te brengen binnen de termijn die in de aanvraagbrief wordt genoemd. Als geen termijn wordt genoemd, dan zal hij het rapport binnen een redelijke termijn uitbrengen, die gesteld kan worden op drie maanden gerekend vanaf de datum van de aanvraag. Als dit niet mogelijk is, dan dient er dienaangaande overleg te worden gepleegd met de opdrachtgever(s), zo nodig ook tussentijds.

7.5 Voor het uitbrengen van een expertiserapport is het noodzakelijk dat de betrokkene door de expert persoonlijk wordt gehoord en onderzocht. Hierop kunnen uitzonderingen bestaan. Indien bijvoorbeeld een expert bij medische beroepsaansprakelijkheden een oordeel moet geven over het medisch handelen van een arts, dan kan het voorkomen dat het zelf horen en onderzoeken van de betrokkene geen toegevoegde waarde heeft. Dan dienen de aanvragende partijen daarover tevoren afspraken te maken en deze in de aanvraagbrief te vermelden.

7.6 In zaken waarin sprake is van twee partijen, houdt de expert rekening met het principe van "equality of arms".

7.6.1 Indien de expert na het ontvangen van de aanbiedingsbrief nadere correspondentie ontvangt van één van beide partijen waarin hem nieuwe feitelijkheden worden aangedragen of vragen worden gesteld, dan vergewist hij zich ervan dat de andere partij hiervan op de hoogte is en daarmee akkoord gaat.

7.6.2 Van alle correspondentie met een van beide partijen wordt een afschrift naar de andere partij gestuurd.

7.6.3. De expert pleegt niet eenzijdig met een van beide partijen schriftelijk dan wel mondeling overleg over de medisch inhoudelijke aspecten van zijn onderzoek of over de resultaten daarvan, tenzij uitdrukkelijk blijkt dat de andere partij daarmee akkoord is gegaan.

7.7 De expert informeert de onderzochte voorafgaand aan het onderzoek over het doel, de werkwijze en de consequenties.

7.9 De expert stelt de onderzochte in de gelegenheid gebruik te maken van het blokkeringsrecht, als dit in casu van toepassing is⁴. Na het opstellen van het concept-rapport zendt hij dit uitsluitend aan de onderzochte, bij voorkeur via de belangenbehartiger. Daarbij noemt hij een termijn waarbinnen de onderzochte dient aan te geven of hij al dan niet gebruik maakt van het blokkeringsrecht. Een termijn van drie weken is redelijk, maar er kunnen redenen zijn om van deze termijn af te wijken. Aan de onderzochte wordt de concept-tekst van het gehele rapport toegezonden en niet slechts een gedeelte daarvan. Indien gebruik gemaakt wordt van het blokkeringsrecht, dan mag het rapport aan niemand anders worden toegezonden.

7.10 Indien de onderzochte geen gebruik maakt van het blokkeringsrecht, dan stuurt de expert het concept-rapport tegelijkertijd naar de beide partijen om hen in het kader van hoor- en wederhoor gelegenheid te geven om opmerkingen te maken of nadere vragen te stellen. Het inlassen van een dergelijke “conceptfase” geschiedt echter uitsluitend als de aanvragende partijen dan wel de rechter hiertoe een verzoek doen. Dit verzoek moet in de aanvraagbrief worden vermeld. De expert kan de door partijen geplaatste opmerkingen in zijn rapport verwerken dan wel op grond daarvan zijn rapport wijzigen, voorzover dit niet strijdig is met zijn onafhankelijke professionele oordeel. De expert vermeldt in het rapport, welke wijzigingen zijn aangebracht.

7.11 Zowel in de blokkerings- als in de conceptfase ziet de expert erop toe dat de termijnen waarbinnen gereageerd moet worden, duidelijk worden gesteld en niet worden overschreden. Bij overschrijding zonder verzoek tot uitstel is de expert gerechtigd het rapport in definitieve vorm uit te brengen.

7.12 Indien de onderzochte gebruik maakt van de geboden mogelijkheid tot correctie van de weergave van feiten, dan wordt die weergave dienovereenkomstig aangepast. In het rapport wordt aangegeven, dat deze correcties hebben plaatsgevonden. De onderzochte heeft geen correctierecht op het professionele oordeel en de conclusies.

7.13 De expert handelt in civielrechtelijke procedures op de wijze zoals die is vastgelegd in de “Leidraad deskundigen in civiele zaken” uitgebracht door de Raad voor de Rechtspraak, dan wel conform de aanwijzingen van de rechter voorzover deze niet in strijd zijn met de algemene of medische wet- en regelgeving. Het zelfde geldt in bestuursrechtelijke zaken voor de aanwijzingen, die op dat terrein door de Raad voor de Rechtspraak zijn geformuleerd.

7.14 Indien aan de expert na het uitbrengen van het definitieve rapport aanvullende vragen worden gesteld, dan beantwoordt hij deze alleen als blijkt dat dit in onderling overleg en op gemeenschappelijk verzoek van partijen gebeurt, dan wel in opdracht van de rechter. De antwoorden op de aanvullend gestelde vragen worden aan beide partijen ter beschikking gesteld.

7.15 De expert is zich ervan bewust dat er bij expertises bij kinderen en wilsonbekwamen sprake kan zijn van andere aan de procedure te stellen eisen.

⁴ Zie www.vu.rechten.nl/iwmd

SPECIFIEKE ASPECTEN BIJ MEDISCHE BEROEPSAANSPRAKELIJKHEID

Indien een patiënt van mening is dat zijn behandelend arts⁵ medisch onzorgvuldig heeft gehandeld, dan kan hij deze aansprakelijk stellen. In beginsel rusten de stelplicht en de bewijslast op de patiënt, niet alleen ten aanzien van eventuele onzorgvuldigheid maar ook ten aanzien van schade. In het kader van deze bewijslast zal veelal een onafhankelijke medische expertise noodzakelijk zijn. Dit kan geschieden op verzoek van de patiënt zelf, in onderling overleg tussen beide partijen dan wel op bevel van de rechter. Voor expertises in het kader van medische beroepsaansprakelijkheid gelden dezelfde aanbevelingen als genoemd in de hoofdstukken hierboven. Kenmerkend in deze context is echter, dat primair het medisch handelen van een arts moet worden beoordeeld. Dat stelt speciale eisen aan de expert op dit gebied. Daarnaast moet, net zoals bij andere letselschadeprocedures, worden vastgesteld of er afwijkingen zijn in de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de onderzochte, en of zulke afwijkingen causaal samenhangen met onjuist of onzorgvuldig medisch handelen. Om die causaliteitsvraag te kunnen beantwoorden, moet de expert kunnen aangeven hoe de gezondheidstoestand van de betrokkene waarschijnlijk zou zijn geweest, als het medisch handelen wel juist was geweest.

Soms hebben de medische handeling die ter discussie staat en de eventuele schade die daardoor is veroorzaakt, betrekking op verschillende medische specialismen. In dat geval zullen het medisch handelen en de eventuele schade door experts van verschillende specialismen beoordeeld moeten worden. Echter, ook als beide aspecten op het terrein van één specialisme liggen, kunnen partijen kiezen of ze de rapportage opdragen aan één of aan verschillende medisch specialisten. De expert vergewist zich daarom goed van de reikwijdte van zijn opdracht, zoals deze in de aanvraagbrief of in de gerechtelijke uitspraak is geformuleerd.

De persoon van de expert

Omdat de expert en de arts wiens handelen ter discussie staat beiden arts zijn, moeten de onafhankelijkheid en objectiviteit van de expert duidelijk vaststaan. Dit betekent onder meer dat de expert op generlei wijze in een persoonlijke dan wel zakelijke relatie mag staan tot de aansprakelijk gestelde arts. Hij mag bijvoorbeeld geen vriend, goede kennis, opleider of ex-assistent van de aansprakelijk gestelde arts zijn, of met hem samenwerken of hebben samengewerkt in enig beroepsmatig of persoonlijk verband.

De expert beschikt aantoonbaar over actuele kennis en vaardigheden om te kunnen beoordelen of het medisch handelen van de aansprakelijk gestelde arts al of niet adequaat is geweest, en om te kunnen vaststellen hoe de gezondheidstoestand van de betrokkene zou zijn geweest, als wel adequaat was gehandeld. Of het daarvoor noodzakelijk is dat de expert (nog) feitelijk praktiseert op het desbetreffende vakgebied, is niet voor alle situaties eenduidig aan te geven. Op de expert rust de plicht desgevraagd aan te tonen, dat hij voldoende bekwaam is om het handelen van

⁵De aansprakelijkstelling kan ook betrekking hebben op verpleegkundigen of paramedici, of op een instelling voor gezondheidszorg.

de aansprakelijk gestelde arts te kunnen beoordelen. Daarbij dient hij zich bewust rekenschap te geven van de opvattingen, die er op dit punt binnen de eigen wetenschappelijke vereniging bestaan.

De expert moet beschikken over kennis die het mogelijk maakt te beoordelen of het handelen van de aansprakelijk gestelde arts in overeenstemming is geweest met de normen, die daarvoor golden ten tijde van dat handelen. De expert moet kunnen voorkomen dat hij zijn oordeel baseert op kennis die de aansprakelijk gestelde arts op het moment van diens handelen niet kon hebben.

Het kan desondanks voorkomen dat de expert zich op één of meer onderdelen wenst te laten bijstaan door een consulent. In dat geval zal hij daartoe de toestemming van de beide aanvragende partijen moeten vragen. Voor de consulent gelden uiteraard dezelfde criteria en gedragsregels. Als de bijdrage van de consulent maar beperkt is, geeft de expert in zijn rapport aan op welk aspect daarvan diens advies betrekking heeft en voegt hij het ontvangen advies in bijlage toe. Is de bijdrage van de consulent omvangrijk of doorslaggevend, dan valt het medische oordeel onder de verantwoordelijkheid van zowel de expert als de consulent, zoals blijkt uit hun gezamenlijke ondertekening van het rapport. De redactie van het rapport en het bewaken van de procedure geschiedt door de primaire expert. Deze beslist ook welke van beide bovengenoemde opties aan de orde is.

De werkwijze

In zaken van medische aansprakelijkheid kan de expert geconfronteerd worden met vragen van de volgende strekking:

- Is er medisch onzorgvuldig gehandeld? Zo ja, waarin is de medische onzorgvuldigheid gelegen?
- Is er schade voorzover die op het vakgebied van de expert ligt?
- Is er een medisch causaal verband tussen de schade en het medisch onzorgvuldig handelen?
- Hoe zou de medische situatie van de onderzochte zijn geweest, wanneer er wèl medisch zorgvuldig was gehandeld?

De expert dient zich ervan te vergewissen, dat hem voldoende gegevens ter beschikking zijn gesteld om dergelijke vragen op verantwoorde wijze in zijn rapport te beantwoorden. Als dit niet geval is, zal de expert al het mogelijke doen om de noodzakelijke gegevens alsnog ter beschikking te krijgen, hetzij via een verzoek aan de opdrachtgevers, hetzij door deze gegevens met machtiging van de onderzochte zelf op te vragen.

De procedure

Voor wat betreft het beoordelen van bepaald medisch handelen geldt, dat de expert alleen dan geen relatie volgens de wet BIG heeft met de patiënt die dat medisch handelen heeft ondergaan, als hij zich in geen enkel opzicht uitlaat over diens gezondheidstoestand. Alleen dan heeft de patiënt ook geen blokkeringsrecht. Dikwijls echter valt er niet aan te ontkomen in de beoordeling ook de medische gegevens van de patiënt te betrekken. In die situatie moet wel degelijk rekening worden gehouden met toepasselijkheid van het inzage- en blokkeringsrecht. In alle gevallen moet de expert ook voor dit onderdeel aan partijen de gelegenheid geven tot hoor en wederhoor. Dit betekent dat de expert in ieder geval zijn rapport in concept naar beide aanvragende partijen stuurt om hen in de gelegenheid te stellen opmerkingen te maken en/of aanvullende vragen te stellen. Het is ook mogelijk dat de expert partijen tijdens de fase van onderzoek in de gelegenheid stelt hun visie toe te lichten. Wanneer dat mondeling gebeurt, neemt de expert daarvan een verslag op in zijn rapport, dat door partijen op eventuele feitelijke onjuistheden is gecontroleerd.

Voor de vaststelling van eventuele gezondheidsschade bij de betrokkene geldt al hetgeen daarover is gesteld in de hoofdstukken 2-7.

Het rapport

Naast de algemene criteria voor expertiserapporten geldt voor rapporten in het kader van medische beroepsaansprakelijkheid, dat de beoordeling van het medisch handelen van de aansprakelijk gestelde arts inhoudelijk wordt onderbouwd met verwijzing naar actuele of destijds vigerende richtlijnen en protocollen of wetenschappelijk en professioneel inzicht. Daarbij geeft de expert antwoord op de vaak zeer specifieke vragen die uit het overleg tussen partijen kunnen zijn voortgevloeid, voorzover hij dat kan verantwoorden. In overeenstemming met de criteria van 'evidence based medicine' geeft de expert daarbij aan wat de bewijskracht is van de criteria voor zijn oordeel.

Hoofdstuk 9

SPECIFIEKE ASPECTEN BIJ EXPERTISES IN BESTUURSRECHTELIJKE KADER

In civielrechtelijke zaken dient de deskundige een primair oordeel uit te spreken over zaken die hem ter beoordeling worden voorgelegd, zoals bijvoorbeeld de aard en de ernst van de ziekte of het letsel of het causale verband met bijvoorbeeld een intoxicatie of een ongeval. In bestuursrechtelijke zaken daarentegen zal hij op grond van zijn professionele kennis een toetsing moeten verrichten van een reeds bestaand oordeel van de instantie die is belast met de uitvoering van sociale wetgeving, het UWV. De bestuursrechter zal het bestaande en ter discussie staande oordeel vervolgens slechts bevestigen dan wel vernietigen. Dit vergt van de medisch deskundige kennis van de sociale verzekeringswetten (met name ten aanzien van het schattingsbesluit en de daarin vervatte omschrijvingen van ziekte of gebrek, en het objectiveringsprincipe) en relevante verzekeringsgeneeskundige richtlijnen (betreffende ondermeer de standaard urenbeperking en het medisch arbeidsongeschiktheids criterium).

In verband met eventueel recht op een uitkering krachtens de Ziektewet of de WAO/WIA moet vaststaan, dat er sprake is van ziekte of gebrek. Volgens jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep moet de beoordelend arts ervan overtuigd zijn dat er sprake is van ziekte. Het is daarvoor niet altijd noodzakelijk dat ook een eenduidige diagnose kan worden gesteld. Wel moet de expert onderbouwen, dat hij het klachtverhaal voldoende plausibel en consistent acht. Het begrip consistentie verwijst naar innerlijke samenhang van het klachtverhaal en de gepresenteerde symptomen, en naar overeenstemming met externe gegevens en met kennis uit de ziekteleer. De expert moet van deze achtergronden op de hoogte zijn, zodat onnodige semantische discussies over diagnoses worden voorkomen.

De bestuursrechter vraagt aan de expert onder meer een oordeel te geven over de door de (bezwaar)verzekeringsarts geduide beperkingen. Deze hanteert daarbij criteria, die door en voor verzekeringsgeneeskundigen zijn ontwikkeld. De vigerende versie is de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). De expert dient op de hoogte te zijn van de aard en de achtergronden van dit instrument. Bij de beoordeling van de toepassing ervan door de (bezwaar)verzekeringsarts dient hij zich echter van de grenzen van zijn deskundigheid bewust te zijn, en zich te beperken tot uitspraken die hij op grond van zijn medisch-specialistische kennis kan onderbouwen. Ook als de bestuursrechter aan de expert vraagt om een oordeel te geven over concrete functies die door de arbeidsdeskundige voor de onderzochte geschikt zijn geacht, zal de expert de grenzen van zijn deskundigheid nauwlettend bewaken. Dit houdt in dat hij geen eigen oordeel kan uitspreken over de belasting die concrete functies met zich meebrengen. Hij kan slechts aangeven of het gespecificeerde belastingsprofiel van een bepaalde functie wel of niet in overeenstemming is met de mogelijkheden en beperkingen van de onderzochte, zoals hij die aannemelijk heeft geoordeeld.