

GAVscoop jaargang 9, nummer 1, april 2005

**Inhoudsopgave:**

**pag. 2 Van de redactie**

**pag. 2 Van het bestuur**

**pag. 4 Antiretrovirale therapie anno 2004**  
*mw. drs. C.E.A. Lindenburg en dr. J.M. Prins*

**pag. 8 Verzekeraarbaarheid hiv dichterbij, het rapport van de  
Verbondswerkgroep Aids 2005**  
*R.F.J.M. Kneepkens*

**pag. 11 Ingezonden:**  
*Aesculaapje onder het gras in het hiv rapport*

**pag. 14 Emerging viral infections in a rapidly changing world**  
*Thijs Kuiken, Ron Fouchieri, Guus Rimmelzwaanz and Albert Osterhaus*

**pag. 21 Inzage- en blokkeringsrecht bij medische expertises**  
*mw. mr. W.S. Kouwenhoven*

**pag. 24 Het begrip arbeidsongeschiktheid in particuliere  
arbeidsongeschiktheidsverzekeringen**  
*mr. E.J. Wervelman*

**pag. 28 Persbericht:**  
*Promotie "Beter worden is niet in ieders belang", over secundaire ziekte winst*

**pag. 31 Agenda**

**pag. 32 Colofon**

## Van de Redactie

De voorzitter van de GAV, collega Schuwirth, begint zijn bijdrage Van het Bestuur met de vaststelling dat de taak van de medisch adviseur wonderbaarlijk veelomvattend is. Hij licht dit toe onder meer met een verwijzing naar de maatschappelijke relevantie van die taak. En hij heeft gelijk.

Maar maatschappelijke relevantie is maar één aspect. Kijk eens naar het brede terrein, zowel in medisch als juridisch opzicht, waarin de medisch adviseur zich moet verdiepen en bekwaamen!

In dit nummer van GAVscoop komt dit brede terrein weer veelomvattend aan bod.

In de eerste plaats wordt uitgebreid stilgestaan bij de (veranderende) betekenis van de HIV-infectie, uiteraard naar aanleiding van het verschijnen van het rapport van de Verbondswerkgroep Aids 2005.

Dit rapport wordt als bijlage meegezonden.

De betekenis van het rapport en de consequenties daarvan voor de verzekeringswereld, moeten nog uitkristalliseren, tussen de coulissen wordt nog heel wat afgediscussieerd. Een van de medisch adviseurs uit de werkgroep heeft, overigens op persoonlijke titel, een opzetje gemaakt voor een in zijn visie verantwoord acceptatieadvies, dat hij bovendien nog eens met een ingezonden brief verduidelijkt. De achtergrond en de medische consequenties van de HIV-infectie worden toegelicht in een state-of-the-art verslag van de collegae Lindenburg en Prins.

Een ander “medisch” artikel waar ik graag uw bijzondere aandacht voor vraag, is de beschrijving van zich ontwikkelende virussen en virusinfecties door collega Osterhaus en diens medewerkers. Boeiend om te zien hoe interacties tussen verschillende diersoorten, waaronder de mens, aanleiding kunnen geven tot infecties met een zo verschillende expressie. Dit als gevolg van de zo verschillende fysiologie van de betreffende diersoorten.

Ook in verzekeringsopzicht, maar dan meer vanuit het grote geheel, in deze aflevering een boeiend artikel vanwege de belangrijke consequenties voortvloeiend uit de mogelijk desastreus snelle progressie en uitbreiding van dit soort infecties, met de recente SARS epidemie als prominent voorbeeld.

Ook het bekende grensgebied tussen het medische en juridische komt (uiteraard) weer aan de orde. Iedereen weet wanneer hij of zij zelf arbeidsongeschikt is, maar wat zegt de polis er van? Hoe concreet is het begrip arbeidsongeschiktheid eigenlijk wel, of juist, eigenlijk niet? En als er dan een discussie is ontstaan over dit begrip en een expertise is aan de orde, hoe staat het dan met het blokkeringsrecht?

Al deze zaken en dat allemaal in één GAVscoop.

Ik wens u veel leesplezier!

*K. de Wilde*

---

## Van het Bestuur

Wat een wonderbaarlijk veelomvattende taak hebben wij toch, wij medisch adviseurs! Met recht en reden zouden wij ons alle “sociaal geneeskundigen” mogen noemen, want ons werk heeft alles te maken met een diepgewortelde sociale behoefte van de mens: de behoefte aan financiële zekerheid. In elke cultuur is het begrip “zekerheid” van een andere orde. In het oude Sparta was de sociale zekerheid gewaarborgd als men een keihard soldaat was. Aan het hof van Lodewijk XIV bestond zekerheid uit de kunst om deze despotische en ijdele koning te vleien zonder zijn argwaan te wekken. Hele scheepsbemanningen zijn tijdens hun lange ontdekkings- en handelsreizen omgekomen door gebrek aan vitamine C, terwijl hun boten waren volgepropt met specerijen ter waarde van een koninkrijk. Voor de huidige bewoners van de noordpool is het vooral belangrijk dat men het ijzeren geduld heeft om robben te vangen. Elk systeem kent zijn rangorde van eisen en behoeften.

In onze huidige samenleving zijn de sociale behoeften

voor een groot deel gebaseerd op de vraag of men zich financieel staande kan houden. Daarbij gaat het niet om de vraag of men al dan niet zal omkomen van honger, maar om de vraag of ieder op zijn manier zijn sociale rol kan blijven vervullen zonder te worden geconfronteerd met de deurwaarder.

Wie een levensverzekering aanvraagt, vraagt daarmee een stuk zekerheid in ruil voor een premie. Wie zich wil verzekeren tegen arbeidsongeschiktheid vraagt om een stuk vastigheid in ruil voor een premie. Wie een geldbedrag wil ontvangen na een ongeval koopt die zekerheid in door daar een premie tegenover te stellen. Wie zich heeft verzekerd voor medische zorg wil ook graag weten of hij de medische zorg ontvangt waar hij recht op heeft. Wie door de onrechtmatige daad van een ander schade lijdt, dient daarvoor schadeloos te worden gesteld. Dat is een zekerheid die door de wetgever voor ons allen is ingebouwd en waarvoor wij allen de premie betalen.

Wij medisch adviseurs spelen in dit sociale spel een

cruciale rol. Wij geven aan waar de risico's liggen als iemand zijn leven wil verzekeren. Wij geven aan wie wél en wie niet zijn arbeidsongeschiktheid kan verzekeren. Wij beoordelen of iemand medische zorg claimt, waarvan niet vaststaat of die zorg ook de gezondheid dient. Wij beoordelen of de schade die iemand na een ongeval claimt al dan niet gebaseerd is op klachten en beperkingen die wij kunnen relateren aan het opgelopen letsel. In al deze gevallen geven wij, medisch adviseurs, aan waarom wél en waarom niet.

Onze rol is dus groot en maatschappelijk uitermate relevant. Zonder onze adviezen zijn zowel acceptatie als claimbehandeling een slag in de lucht, hoezeer de juristen ook mogen beweren dat het juridische gedachtegoed de weg wijst. Hoe men het ook wendt of keert: overlijdensrisico's, arbeidsongeschiktheidsrisico's, behoeften aan gezondheidszorg en post-traumatische schade aan de mens zijn medische aangelegenheden en zonder een goed medisch advies is de jurist een dirigent zonder orkest.

Als onze taak dan zo belangrijk is, waarom weet dan nog steeds niet iedereen wie wij zijn en wat wij doen? Waarom zijn er zoveel klinisch specialisten, die geen flauw idee hebben van wat een medisch adviseur in particuliere verzekeringszaken eigenlijk doet, terwijl dat omgekeerd wél het geval is? Wij medisch adviseurs weten precies wat een orthopeed doet, maar waarom weet de orthopeed niet wat wij doen? Waarom weten wij wél wat de NOV is, maar waarom kijkt een orthopeed mij meestal met glazige ogen aan als ik hem vraag of hij weet wat de GAV is? Als men aan honderd willekeurige artsen zou vragen wat een medisch adviseur precies doet, hoevelen van hen zou dan het juiste antwoord geven? Dat voert tot de conclusie dat vele artsen in de behandelende sector brieven krijgen, waarin vragen worden gesteld en die vervolgens worden beantwoord zonder dat men weet waarom deze vragen worden gesteld en wat er met de antwoorden wordt gedaan.

Maar dat is allemaal nog tot daaraan toe.

Ondergetekende komt gaandeweg tot de wrange conclusie dat ook die instanties die bij uitstek op de hoogte zouden moeten zijn van ons bestaan en de aard van ons werk dit in feite helemaal niet zijn. De onbekendheid met ons vak is allerwege. Dat maakt het ook zo moeilijk om zaken te bespreken binnen

sommige overlegorganen waarvan de gesprekspartners maar een uiterst rudimentair begrip hebben van het veld waarin wij werken en waarin wij deskundig zijn. Hoe is dit te verklaren en wiens schuld is dit? Een gedeelte van de schuld ligt binnen het Nederlands taalgebruik. Waarom hebben wij onze begrippen taalkundig niet beter afgebakend? Wat is een verzekeringsarts? Dat is kennelijk een arts die iets met verzekeringen te maken heeft, maar met welke verzekeringen? Kan men het de leek euvel duiden dat hij daarbij niet onmiddellijk denkt aan de sociale verzekeringswetten? Wat is een bezwaar-verzekeringsarts? Wat is een Arbo-arts? Wat is een forensisch geneeskundige? Het zijn allemaal begrippen die niet onmiddellijk inzichtelijk zijn. Alle grondbegrippen in de samenleving zouden een naam moeten dragen die voor iedereen begrijpelijk is zoals: bakker, slager, kapper, groenteboer. Maar wat is een after-sales-manager? Wat is een hairstylist? Wie is in een vliegtuig de "first officer"? Wat is een CEO? Iedereen weet wat een huisarts is, maar wat is een RGA of een MAS? Regelmatig krijg ik brieven waaruit blijkt dat men denkt dat RGA mijn voorletters zijn. Wij medisch adviseurs weten wel wat een RGA is, maar weet de ander het ook? Waarom spreken we niet meer onze moerstaal?

Wie gaan we de schuld geven van deze spraakverwarring? Die vraag is zinloos. Belangrijker is de vraag: hoe gaan we het verbeteren? Hoe zorgen we dat de professor het weet, aan wie we een expertise opdragen en hoe zorgen we dat de "gelaedeerde" het weet, die straks door de professor wordt onderzocht? Beiden hebben in ieder geval één ding gemeen: ze weten niet precies wat een medisch adviseur is noch wat hij doet. Hoe gaan we het iedereen, van hoog tot laag, duidelijk maken?

Dat is een van onze taken. Het is een van de taken van het GAV-bestuur. We moeten meer aan PR doen. Het toverwoord is PR, maar dat is maar één van de vele nietszeggende toverwoorden waarmee wij onszelf een rad voor de ogen draaien. Reclame voor ons vak is een taak van iedere medisch adviseur afzonderlijk. Zonder die individuele inbreng kan het GAV-bestuur zijn matje wel oprollen. Hoort, zegt het voort!!

*W. Schuwirth*  
Voorzitter GAV



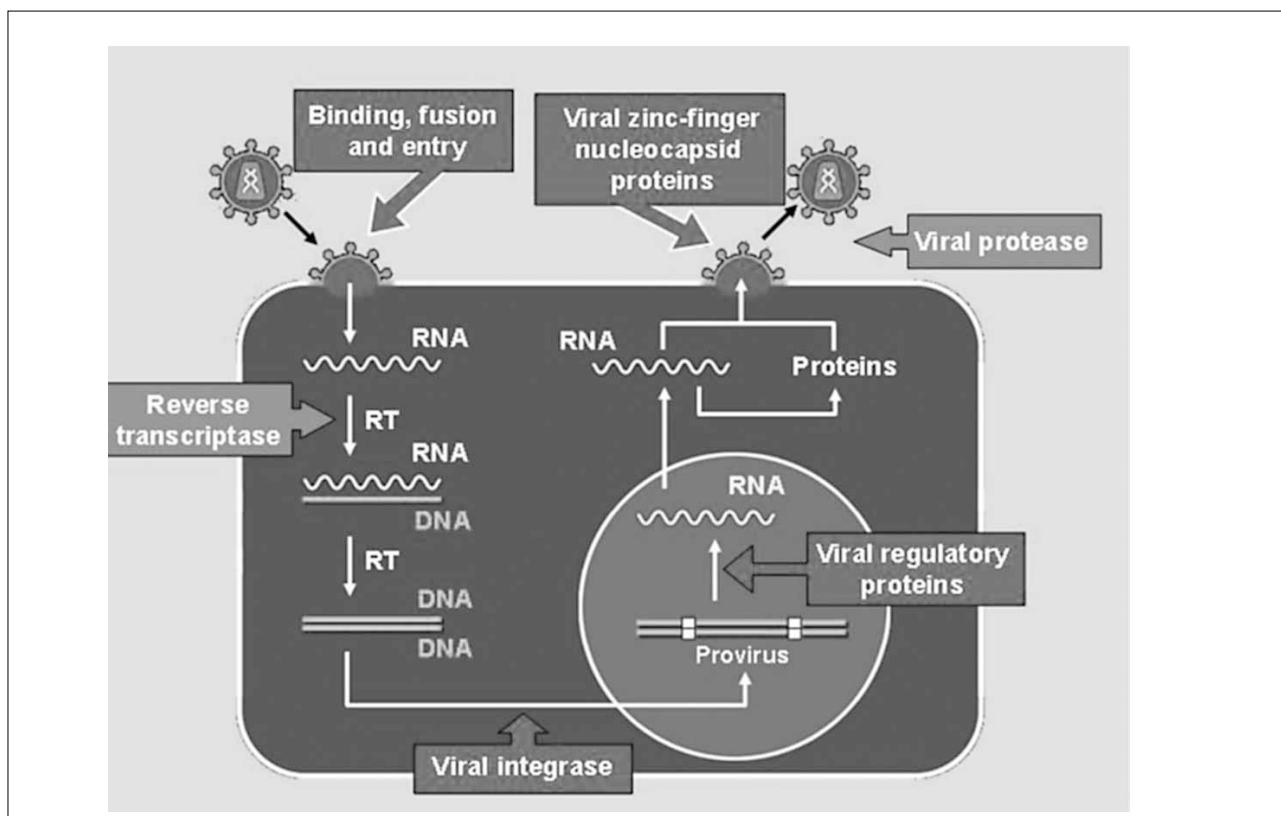
Naar aanleiding van de lezing van dr. J.M. Prins  
op de GAV ledenvergadering d.d. 28 oktober 2004 te Arnhem.

## Antiretrovirale therapie anno 2004

Mevrouw drs C.E.A. Lindenburg en dr. J.M. Prins<sup>1</sup>

### Werkingsmechanisme antiretrovirale middelen

In de levenscyclus van HIV zijn verschillende fasen te onderscheiden. Deze fasen vormen tevens de aangrijpingspunten voor antiretrovirale therapie (ART).



Na hechting van HIV aan de CD4<sup>+</sup> T-cel volgt intrede van het virus in de gastheer cel. Daar wordt door middel van het viraal enzym reverse transcriptase viraal RNA omgezet in DNA. Dit DNA wordt opgenomen in het genoom van de gastheer cel en na activatie vindt uiteindelijk productie van nieuwe virusdeeltjes plaats. In dit laatstgenoemde productieproces zijn ook weer verschillende fasen te onderscheiden. Eén daarvan bestaat uit het klieven van een niet-infectieuze voorloper van HIV door het virale enzym protease. Hierbij wordt infectieus virus gevormd. Tot voor kort waren er 3 hoofdklassen van ART op de markt. De nucleoside analoge reverse transcriptase inhibitors (NRTI's) en de non-nucleoside

reverse transcriptase inhibitors (NNRTI's) remmen de werking van het enzym reverse transcriptase, waardoor overschrijving van viraal RNA naar DNA wordt geremd. De protease inhibitors (PI's) remmen de werking van het enzym protease, en voorkómen dat er nieuwe infectieuze HIV-partikels gemaakt kunnen worden. Met de registratie van het middel enfuvirtide (T-20, Fuzeon) in 2003 is het aantal hoofdklassen ART op 4 gekomen. Dit middel behoort tot de hoofdklasse entry-inhibitors, middelen die zorgen dat intrede van HIV in CD4<sup>+</sup> T-cellen geremd wordt. Enfuvirtide voorkomt versmelting van de membranen van het virus en de CD4<sup>+</sup> T-cel waardoor HIV de cel niet binnen kan gaan.

<sup>1</sup> Drs C.E.A. Lindenburg, arts-onderzoeker, GG&GD Amsterdam en dr. J.M. Prins, internist-infectioloog, afdeling Interne Geneeskunde, AMC, Amsterdam

Tabel 1. Overzicht in Nederland geregistreerde HIV-medicatie.

Klasse	Middel	Belangrijkste bijwerking
NRTI	Abacavir	Koorts, allergische reactie
	Didanosine	Pancreatitis, lactaatacidose
	Lamivudine	Lactaatacidose, steatose
	Stavudine	Neuropathie, lactaatacidose
	Tenofovirdisoproxil	GI bijwerkingen, nierfunctiestoornissen
	Zalcitabine	Neuropathie
	Zidovudine	Anemie, myopathie
NNRTI	Efavirenz	CZS-verschijnselen, huidreacties
	Nevirapine	Huidreacties, koorts, hepatitis
PI	Amprenavir	Allergische reactie
	Atazanavir	Hyperbilirubinemie (onschuldig)
	Indinavir	Nierstenen
	Nelfinavir	Diarree
	Ritonavir	Hypertriglyceridemie, GI verschijnselen
	Saquinavir	Diarree
	Kaletra	Hypertriglyceridaemie, GI verschijnselen
Entry-inhibitors	Enfuvirtide	Lokale reacties, pneumonie
	Combinatietablet	
	Combivir (lamivudine,zidovudine)	Bijwerkingen van de afzonderlijke medicijnen
	Trizivir (abacavir, lamivudine, zidovudine)	Bijwerkingen van de afzonderlijke medicijnen

NRTI: nucleoside analoge reverse transcriptase inhibitor; NNRTI: non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor; PI: protease inhibitor; GI: Gastrointestinale bijwerkingen.

## Geregistreerde ART in Nederland

Er zijn in Nederland 19 geregistreerde medicijnen tegen HIV (zie tabel 1). Recentelijk is enfuvirtide (Fuzeon), de eerste entry-inhibitor, geregistreerd. Dit middel wordt 2 dd subcutaan toegediend, altijd in combinatie met andere ART. Naast de lokale reacties ziet men bij het gebruik van dit middel pneumoniën en allergische reacties die ernstig kunnen verlopen.

### Wanneer starten therapie en waarmee?

Nederland kent sinds 1996 richtlijnen voor de behandeling van HIV met antiretrovirale therapie ([www.nvab.org](http://www.nvab.org)). Deze bestaat uit combinatietherapie, ook wel tripletherapie of highly active antiretroviral therapy (HAART) genoemd. Deze therapie bestaat uit 3 verschillende HIV medicijnen waarvan er vrijwel altijd 1 tot de hoofdklasse van de PI's of NNRTI's behoort. Het tegelijkertijd gebruiken van verschillende antiretrovirale middelen remt de virusreproductie in sterke mate, waardoor de kans op het ontstaan van resistentie wordt verkleind. Therapie mag alleen worden voorgeschreven door Aids-behandelaren in één van de 22 door het Ministerie van VWS aangewezen HIV-behandelcentra<sup>2</sup>.

Er zijn verschillende meningen over het optimale moment van starten van combinatietherapie<sup>3</sup>.

Voorheen ging men ervan uit dat zo vroeg mogelijk gestart moest worden met de behandeling van de HIV-infectie. Vrees voor lange termijn bijwerkingen en het feit dat studies lieten zien dat sterfte en het optreden van opportunistische infecties met name voorkomt bij CD4 aantallen < 200/mm<sup>3</sup>, hebben ertoe geleid dat men tegenwoordig later in de HIV-infectie aanvangt met therapie<sup>3</sup>. Op basis van de geldende richtlijnen in Nederland is het gebruikelijk om bij een symptomatisch HIV-infectie of een CD4 aantal tussen de 200 - 350/mm<sup>3</sup> met therapie te starten, waarbij ook het aantal virusdeeltjes in het bloed in de overweging wordt meegenomen. De uiteindelijke beslissing is echter ook afhankelijk van de individuele situatie, zoals te verwachten therapietrouw en toxiciteit in geval van co-medicatie.

### Baten en lasten van combinatietherapie

De introductie van combinatietherapie heeft in Westerse landen een enorme invloed gehad op de HIV-gerelateerde morbiditeit en mortaliteit. In Nederland daalde de HIV-gerelateerde mortaliteit van 3.4/100 persoonjaren in 1996 naar 0.61/100 persoonjaren in 2003. De daling in HIV gerelateerde morbiditeit (aantal CDC-C events) was nog sterker<sup>2</sup>.

## Frequent waargenomen bijwerkingen

Bij het gebruik van ART kunnen hardnekkige gastro-intestinale bijwerkingen optreden, vooral in het begin van de behandeling, welke een negatief effect op de therapietrouw kunnen hebben. Bij de nieuwere middelen is dit al veel minder een probleem. Andere, minder frequent waargenomen bijwerkingen zijn: perifere neuropathie<sup>4</sup>, rash, pancreatitis, hepatische steatose en nephrolithiasis. Lipodystrofie is een opvallende lange-termijnbijwerking, waarbij het vet van de extremiteiten en het gelaat vermindert en toeneemt op de romp<sup>5,6</sup>. Daarbij wordt soms een ophoping van dorsocervicaal vet ('buffalo hump') gezien. Stoornissen in het lipidspectrum en insulineresistentie komen vaker voor bij de PI's<sup>5-7</sup>. De etiologie en pathogenese van zowel de lipodystrofie als de stoornissen in het lipidspectrum en de insulineresistentie zijn nog onduidelijk. Datzelfde geldt voor de behandeling van deze bijwerkingen<sup>6,7</sup>. Een eenmaal ontstane verandering in de vetverdeling verbetert slechts langzaam en in geringe mate<sup>6</sup>. Of de verandering in het lipidspectrum leidt tot een toename van hart-en vaatziekten bleef lange tijd speculatief maar deze associatie blijkt wel te bestaan<sup>8</sup>. Het is daarom belangrijk andere risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen, zoals roken, te verminderen. Het vervangen van een PI door een medicijn uit een andere klasse leidt in het algemeen tot een verbetering van het lipidspectrum<sup>7</sup>. Het absolute risico op hart- en vaatziekten veroorzaakt door ART blijft echter laag en moet worden afgewogen tegen de voordelen die de behandeling van HIV-infectie kan geven<sup>8,9</sup>.

Een hoge therapietrouw, waarbij de patiënt 90% of zelfs 95% van de voorgeschreven dosis moet nemen, is vereist om maximale virussuppressie te bewerkstelligen<sup>10,11</sup>. Maximale virussuppressie is nodig om het ontstaan van therapieresistentie, door voortdurende virusrePLICATIE in de aanwezigheid van ART, te voorkomen. Kruisresistentie tussen middelen uit dezelfde hoofdklasse komt vaak voor en daarmee wordt de mogelijkheid tot het vervangen van een falend regime beperkt<sup>2</sup>. Ondanks aanvankelijk optimisme is het niet mogelijk gebleken om HIV ná infectie volledig te elimineren. Dit betekent dat de therapie levenslang genomen moet worden omdat na stoppen van de therapie HIV-virusrePLICATIE weer opvlamt.

## Transmissie van ART- resistente HIV-varianten

Overdracht van HIV-varianten die resistent zijn tegen antiretrovirale middelen is een bedreiging voor de volksgezondheid omdat de mogelijkheden tot behandeling hierdoor worden verkleind. Studies in West-Europa en Amerika geven aan dat de prevalentie van ART-resistente HIV-stammen in patiënten die

recent geïnfecteerd raakten met HIV tussen de 5-25% ligt<sup>2</sup>. Ook in Nederland wordt transmissie van resistente HIV-stammen gevonden. Vooralsnog lijkt dit slechts in beperkte mate voor te komen<sup>2,12</sup>.

## Nieuwe ontwikkelingen

### ART

Diverse NRTI's, NNRTI's en PI's zijn in ontwikkeling. Gestreefd wordt naar medicijnen die eenvoudiger zijn toe te dienen (éénmaaldaags) en minder bijwerkingen of resistentie geven. Naast deze bekende klassen ART wordt onderzoek gedaan naar medicijnen met een nieuw werkingsmechanisme: de entry-inhibitors, waarvan enfuvirtide (T-20) al op de markt is<sup>1</sup>, en de integrase-inhibitors. De entry-inhibitors beïnvloeden de opname van het virus in de gastheer cel. De integrase-remmers blokkeren inbouw van viraal DNA in het genoom van de gastheer. Deze laatste middelen zitten nog in het preklinische stadium.

### HIV-vaccin

In 2003 zijn de resultaten van de 1ste fase 3 effectiviteitsstudie naar de werking van een profylactisch HIV-vaccin bekend gemaakt. Aan deze studie deden ongeveer 5100 mannen met homoseksuele contacten en 300 vrouwen met een hoog risico op HIV-infectie mee, verdeeld over 60 studiecentra in Noord-Amerika en Amsterdam. Het vaccin, gebaseerd op eiwitstructuren van de envelop van het HIV bleek in de gehele studiegroep geen bescherming tegen HIV te geven<sup>13</sup>. Op dit moment worden wereldwijd ongeveer 23 kleinschalige HIV-vaccinstudies uitgevoerd waarbij verschillende HIV-vaccins worden uitgeprobeerd ([www.iavi.org/trials](http://www.iavi.org/trials)). Wetenschappers worden geconfronteerd met diverse problemen bij de ontwikkeling van een effectief vaccin: het ontbreken van een goed diermodel, de grote variabiliteit van HIV en onduidelijkheid over de immuunreacties die beschermende werking zouden kunnen hebben. De laatste jaren zijn de initiatieven om HIV-vaccins te ontwikkelen en klinische studies uit te voeren, toegenomen. Desondanks wordt niet verwacht dat op korte termijn een effectief HIV-vaccin beschikbaar zal zijn.

## Acute primaire HIV-infectie

Een aanzienlijk aantal patiënten dat met HIV geïnfecteerd raakt doorloopt een symptomatische 1ste fase, de acute primaire HIV-infectie. Deze kenmerkt zich door een griepachtig beeld met o.a. koorts, malaise, huiduitslag, neurologische afwijkingen, hoofd-, spier- en keelpijn. Er zijn aanwijzingen dat zeer vroege behandeling HIV-ziekteprogressie zou kunnen vertragen en de immunologische afweer zou kunnen bewaren<sup>14</sup>. Behandeling van primaire HIV-infecties vindt op dit moment alleen in studieverband plaats om duidelijkheid te krijgen over de optimale dosering, regime, duur en werking van antiretrovirale behandeling. In Nederland vindt dat in NATEC

verband plaats (Primo-SHM studie). Behandeling van primaire HIV-infecties zou ook kunnen bijdragen aan de algemene volksgezondheid. Deze primaire fase kenmerkt zich namelijk door een zeer grote hoeveelheid virusdeeltjes in het bloed waardoor de kans op HIV-overdracht groot is op het moment dat

de betrokkene niet op de hoogte is van zijn/haar HIV-serostatus en risicogedrag vertoont. De zojuist genoemde voordelen moeten worden afgewogen tegen de nadelen die vroege, intensieve behandeling van HIV-infecties met zich meebrengt (psychisch belastend voor patiënt, (lange termijn) bijwerkingen).

## Referenties

1. Cervia JS, Smith MA. Enfuvirtide (T-20): a novel human immunodeficiency virus type 1 fusion inhibitor. *Clin Infect Dis* 2003; 37:1102-6.
2. Gras L, van Sighem A, Zaheri S, van Valkengoed I, de Wolf F, for the Dutch Collaborative HIV Treatment Centres. Monitoring of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection in the Netherlands 2003.
3. Youle M. Strategies of HIV management-when to start. *AIDS* 2002; 16:Suppl-4,S145-149.
4. Authier F, Gheradi R. Peripheral neuropathies in HIV-infected Patients in the Era of HAART. *Brain Pathol* 2003; 13:223-228.
5. Carr A, Samaras K, Burton S, et al. A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia and insulin resistance in patients receiving HIV protease inhibitors. *AIDS* 1998;12: F51-8.
6. Carr A. HIV lipodystrophy: risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. *AIDS* 2003;17 (Suppl. 1): S141-8.
7. Van der Valk M, Reiss P. Lipid profiles associated with antiretroviral drug choices. *Curr Opin Infect Dis* 2003; 16:19-23.
8. The Data Collection on Adverse Events of anti-HIV drugs (DAD) Study Group. Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med* 2003;349:1993-2003.
9. European guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe. *AIDS* 2003; 17:Suppl-2,S3-26.
10. Mehta S, Moore R, Graham N. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997; 11:1665-1670.
11. Paterson D, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis E, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133:21-30.
12. Bezemer D, Jurriaans S, Prins M, et al. Declining trend in transmission of drug-resistant HIV-1 in Amsterdam. *AIDS* 2004;18:1571-7.
13. Popovic V, Gurwith M, Francis D, Heyward W, Berman P, Gilbert P. Evaluation of Vaccine Efficacy in Populations with High Risk Behavior and High HIV Incidence - Results from the World's First Phase III Trial of HIV Vaccine. Abstract. *AIDS Vaccine Conference* 2003.
14. Rosenberg ES, Altfeld M, et al. Immune control of HIV-1 after early treatment of acute infection. *Nature* 2000;407: 523-26.

# Verzekerbaarheid hiv dichterbij

*Het rapport van de Verbondswerkgroep Aids 2005*

R.F.J.M. Kneepkens<sup>1</sup>

*Nederland beleeft een primeur in de levensverzekeringsgeneeskunde. Voor het eerst kunnen mensen met hiv tegen een betaalbare premie een gewone levensverzekering aangaan. In Groot-Brittannië, Frankrijk en Zuid-Afrika worden al langer levensverzekeringen aangeboden aan mensen met hiv, maar dit betreft steeds een speciale "hiv-polis" met hoge premies en beperkte dekkingen. Waarom is dit nu in Nederland mogelijk en in andere landen nog niet? Het antwoord ligt in de unieke mogelijkheden en het maatschappelijke en politieke klimaat.*

## Inleiding

In Nederland is de lobby van de Hiv Vereniging Nederland omvangrijk. De politieke druk op verzekeraars om met een betaalbare verzekeringsoplossing voor mensen met hiv te komen is daarom van begin af aan groot geweest. Deze druk wordt wel door de verzekeraars maar niet door de herverzekeraars gevoeld. Van de zijde van de herverzekeraars is zodoende weinig haast gemaakt met het ontwikkelen van richtlijnen of een verzekeringsproduct op basis van de meest recente wetenschappelijke literatuur. De Nederlandse verzekeraars hebben dit zelf ter hand genomen met de oprichting van een actuariële werkgroep door het Verbond. In 1996 heeft deze werkgroep na een korte winterslaap een nieuwe start gemaakt als Werkgroep Aids, bestaande uit zeven actuarissen en één medisch adviseur. In 1998 is de werkgroep uitgebreid met een tweede medisch adviseur.

Op 1 maart 2000 kon het eerste openbare rapport van de Werkgroep Aids aangekondigd worden in GAVscoop [2, 3]. De conclusie van dit rapport luidde: er is een groep mensen met hiv die verzekeraar is, maar dankzij het huidige maatschappelijke klimaat in Nederland is van deze mensen meestal niet bekend dat zij hiv hebben. Dit was een domper op de feestvreugde voor zowel de Werkgroep Aids als voor de Hiv Vereniging Nederland.

De Werkgroep Aids is aan het werk gebleven. Het resultaat vindt u wederom als bijlage bij GAVscoop, vrijwel exact vijf jaar na het eerste rapport. Het rapport is grofweg verdeeld in twee delen, een actuariële deel en een medisch deel. Binnen de werkgroep hebben de actuarissen en medisch adviseurs op een prettige en constructieve manier samengewerkt en deze samenwerking kan een voorbeeld zijn voor toekomstige medisch-actuariële commissies. In het rapport wordt er impliciet van uitgegaan dat ook bij de verzekeraars zelf een zelfde goede samenwerking

tussen de actuaire en de medisch adviseur bestaat. Voor elke functionaris een eigen hoofdstuk, eigen informatie in de eigen vaktaal. Samen beschikken zij daarmee over het gehele verhaal en kunnen zij hun verzekeraar op de juiste wijze adviseren.

## De wetenschappelijke basis

Het eerste rapport van de Werkgroep Aids is gebaseerd op een zeer omvangrijk literatuuronderzoek. Ruim 300 artikelen werden in de voorbereidingsfase gebruikt. Hiervan werd een fractie gebruikt voor het uiteindelijk gepubliceerde rapport – dat feitelijk een samenvatting is van het nooit gepubliceerde complete tweedelige rapport van de werkgroep.

In de eerste jaren na de publicatie van het eerste rapport is duidelijk geworden dat literatuuronderzoek niet de oplossing kan bieden voor het geformuleerde probleem. De studies in de literatuur betreffen steeds patiëntenpopulaties waarvan veel leden bij voorbaat uitgesloten dienen te worden van verzekeringsdekking. De mortaliteit is sinds de invoering van HAART nauwelijks nog een item voor de onderzoekers. De enige wijze waarop een betrouwbare berekening van het verzekeringsrisico te krijgen is onderzoek van de ruwe patiëntengegevens. Na tussenkomst van het Aidsfonds blijkt de Stichting HIV Monitoring bereid om rekenmodellen van de Werkgroep Aids toe te passen op de gegevens van alle centraal geregistreerde mensen met hiv in Nederland die voldeden aan de criteria van de Werkgroep Aids. Hierdoor kon de onderzoeksgroep beperkt blijven tot die mensen die a priori nog een kans maakten voor een levensverzekering geaccepteerd te worden tegen een betaalbare premie. Zo zijn bijvoorbeeld alle intraveneuze drugsgebruikers buiten de onderzoeksgroep gelaten.

De voordelen van deze werkwijze zijn duidelijk.

1. De premieverhogingen zijn berekend over onze eigen Nederlandse kandidaat-verzekerden. Alle

<sup>1</sup> R.F.J.M. Kneepkens, arts RGA



potentiële kandidaat-verzekerden maken deel uit van de onderzoeksgroep, waardoor de toepasbaarheid in de Nederlandse verzekeringspraktijk vele malen groter is dan de overige acceptatierichtlijnen waarmee in Nederland gewerkt wordt.

2. Het gebruik van de originele patiëntengegevens in plaats van gepubliceerde tabellen en grafieken maakt de resultaten veel betrouwbaarder dan we gewend zijn in de verzekeringswereld.
3. De risicoberekeningen zijn uitgevoerd door actuarissen van Nederlandse verzekeraars en sluiten daarom naadloos aan bij de verzekeringstechniek in Nederland.
4. De Werkgroep Aids heeft hiermee de mogelijkheid gekregen om betrouwbaarheidsintervallen te berekenen voor de risicoverhogingen. Hiermee kan elke verzekeraar zelf bepalen welke mate van zekerheid gewenst wordt om de portefeuille gezond te houden.
5. De verzekeraars kunnen zonder enig probleem open zijn over de richtlijnen die zij volgen, en kunnen verwijten over vermeend gebruik van achterhaalde statistieken gemakkelijk pareren. Zelfs de Hiv Vereniging Nederland heeft de onderzoeksresultaten geaccepteerd.

Uit deze werkwijze blijkt welke unieke mogelijkheden de Werkgroep Aids ter beschikking staan. Mogelijkheden die verklaren waarom de Nederlandse verzekeraars als eerste een verzekeringsdekking kunnen aanbieden.

## De berekeningen

De berekeningen in het rapport zijn uitgevoerd door actuarissen en de verslaglegging ervan richt zich ook op deze functionarissen. Op grond van de eerste proefmodellen is gekozen voor de relatieve overleving als beste methode om de risicoverhoging te beschrijven. Uiteraard is de overlevingskans in de bevolking afhankelijk van de leeftijd en de sekse. Dit geldt ook voor de overleving van mensen met hiv. De relatieve overleving blijkt niet afhankelijk van leeftijd en sekse te zijn. De relatieve overleving wordt in de wetenschappelijke literatuur veelvuldig gebruikt bij kanker. Net als bij kanker kan in de verzekeringspraktijk de relatieve overleving het beste worden weergegeven als een vaste extra sterftekans of *extra death rate*. Bij kanker wordt dit meestal geadviseerd als een tijdelijk extra promillage. Een goede uitleg hierover is te vinden in de handboeken van de herverzekeraars. Bij mensen met hiv wordt het berekende extra promillage geadviseerd gedurende de gehele looptijd.

Het rapport "Verzekerbaarheid hiv dichterbij" geeft voorbeelden van extra promillages en oversterftepercentages bij mensen met hiv. De voorbeelden zijn beperkt. Hieronder is een kleine tabel opgenomen met extra promillages. De extra promillages dalen feitelijk iets met de leeftijd, maar als de promillages worden afgerond op twee decimalen wordt dit niet of nauwelijks zichtbaar bij mensen onder de 55 jaar. Ook de sekse-afhankelijkheid is in dit kader verwaarloosbaar. De tabel bevat de extra promillages (*extra death rates*, *EDR*) bij mensen met hiv, opgesplitst naar CD4-count en aanvangsjaar van behandeling.

Tabel: Extra promillages

CD4-count	Vanaf 1-1-1998	Tot 1-1-1998	CD4-count	Vanaf 1-1-1998	Tot 1-1-1997
200	4,33	11,47	700	1,42	3,78
250	3,55	9,41	750	1,34	3,55
300	3,02	8,01	800	1,26	3,36
350	2,63	6,99	850	1,2	3,18
400	2,34	6,21	900	1,14	3,02
450	2,11	5,59	950	1,08	2,88
500	1,92	5,09	1000	1,04	2,75
550	1,76	4,68	1050	0,99	2,64
600	1,63	4,33	1100	0,95	2,53
650	1,52	4,03	1150	0,92	2,43

Bij verdere afronding naar 1 decimaal de promillages eindigend op het cijfer 5 naar boven afronden.

De tabel geeft de door de Werkgroep Aids berekende gemiddelden weer. Wil men het 95% betrouwbaarheids-interval hanteren, dan moeten de waarden met 1,96 vermenigvuldigd worden.

## Aanbevelingen

Het rapport van de Werkgroep Aids toont verzekerbareid aan voor mensen met HAART. De mate waarin het verzekeringsrisico is verhoogd kan worden bepaald aan de hand van de CD4-count 24 weken na aanvang HAART. De CD4-count vóór de aanvang van de HAART geeft geen significante informatie over het risico.

Inbegrepen in de berekende risicoverhoging zijn alle milde klachten die gebruikelijk zijn bij een hiv-infectie en behandeling met HAART. Ernstige complicaties, bijwerkingen en coëxistente ziekten kwamen relatief zelden voor en dienen apart beoordeeld te worden door de medisch adviseur.

In een aantal gevallen zal de verzekering standaard afgewezen moeten worden. Dit geldt bijvoorbeeld als de CD4-count bij aanvang van de verzekering minder dan 0,2 miljoen per ml. bedraagt of als de viral load de grens van 100.000 copies per ml. overschrijdt. Ook kan deze beslissing het gevolg zijn van de aanwezigheid van andere risicofactoren of andere ziekten met complicaties.

De opsomming laat zien dat de acceptatieprocedure goed en volledig moet worden uitgevoerd en alle relevante gegevens moeten worden opgevraagd. De kandidaat-verzekerde moet onder regelmatige controle staan.

Over de verzekeringsduur is geen scherpe aanbeveling te formuleren. De berekeningen zijn voornamelijk gebaseerd op mensen die twee tot zes jaar behandeld zijn met HAART. De resultaten zijn daarmee in elk geval betrouwbaar over de eerste periode van vijf jaar. Kortlopende verzekeringen kunnen uitstekend met behulp van dit rapport aangeboden worden. De Werkgroep Aids stelt dat verwacht mag worden dat het geen probleem voor de verzekeraar oplevert als de gevonden resultaten worden toegepast op langlopende verzekeringen, maar beseft terdege dat een bewijs voor deze stelling pas over vele jaren geleverd kan worden. Voor verzekeringen waarbij het verzekerd bedrag dat uitgekeerd dient te worden bij overlijden daalt tijdens de looptijd zal het gemakkelijker zijn om een langere looptijd te hanteren. Dit betreft ook verzekeringen waarbij spaarpremie betaald wordt, waardoor tijdens de looptijd het verschil tussen het reeds gespaarde bedrag en het bij overlijden uit te keren bedrag daalt. Bij beide soorten verzekeringen ligt het financiële risico voor de verzekering immers in de eerste verzekeringsjaren. Niet in de

laatste jaren waarin medisch gezien het risico het hoogst is.

De Stichting HIV Monitoring beschikte met betrekking tot mensen met hiv bij wie nog geen therapie nodig is over onvoldoende gegevens om zinvolle berekeningen mogelijk te maken. De Werkgroep Aids heeft daarom slechts onder het nodige voorbehoud kunnen stellen dat het verzekeringsrisico bij deze mensen juist erg laag zal zijn en dat de medisch adviseur voor deze mensen een gunstig acceptatieadvies kan geven. Het Aidsfonds heeft moeite met dit voorbehoud en verwacht dat de verzekeraars snel met een oplossing zullen komen. Een voorlopige oplossing kan waarschijnlijk wel geboden worden. Als een extra promillage wordt geadviseerd voor deze onbehandelde mensen op grond van de CD4-count, hoeft dat waarschijnlijk niet hoger te zijn dan het extra promillage dat berekend wordt voor mensen die dankzij HAART na 24 weken dezelfde CD4-count hebben behaald. Met andere woorden: ondanks het ontbreken van een cijfermatige onderbouwing, zou de medisch adviseur kunnen overwegen om het model van de Werkgroep Aids te gebruiken bij mensen die onder regelmatige controle staan, maar nog te gezond zijn om met HAART te beginnen. Bij de nog onbehandelde mensen mag verwacht worden dat de CD4-count eerst verder zal dalen, om vervolgens na behandeling weer te stijgen. Bij de wel behandelde groep wordt nog een verdere stijging dankzij de behandeling verwacht. Er is geen enkele garantie dat de onbehandelden op tijd met HAART beginnen en even goed reageren op HAART als de mensen die nu behandeld worden. Zij hebben echter het voordeel dat tegen de tijd dat zij minstens een half jaar behandeld zijn, inmiddels weer enkele jaren verstreken zijn en waarschijnlijk ook de therapeutische mogelijkheden zijn verbeterd. Deze "gewonnen jaren" mogen op hun conto geschreven worden.

## Conclusie

Mensen met hiv zijn niet langer onverzekerbareid, als de CD4-count na 24 weken therapie acceptabel is, de huidige CD4-count en viral load aan zekere normen voldoen en er verder geen sprake is van andere factoren die het verzekeringsrisico duidelijk laten stijgen. De berekening van de risicoverhoging is zeer nauwkeurig, dankzij de hoge mate van betrouwbaarheid van de uitkomsten van het rapport van de Werkgroep Aids, "Verzekerbareid hiv dichterbij".

## Literatuur

1. Werkgroep Aids Verbond van Verzekeraars. Verzekerbareid hiv dichterbij. Den Haag, Verbond van Verzekeraars, 2005.
2. Werkgroep Aids Verbond van Verzekeraars. AIDS/HIV en levensverzekeringen: een tussenstand. Den Haag, Verbond van Verzekeraars, 1999.
3. Kneepkens RFJM. Rapport van de Werkgroep Aids van het Verbond van Verzekeraars. GAVscoop 2000; 4: 17-18.

# Ingezonden

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie)*

## **Aesculaapje onder het gras in het hiv rapport**

Geachte redactie,

Het rapport "Verzekeraarbaarheid hiv dichterbij" van de Verbondswerkgroep Aids laat een nauwkeurige berekening toe van het overlijdensrisico van een kandidaat-verzekerde met hiv. De kans is groot dat over enkele jaren de berekeningen op basis van nieuwe wetenschappelijke informatie worden herzien.

Bij een onjuiste interpretatie van het huidige rapport bestaat de kans dat de verzekeraar een veel te lage premie in rekening brengt, die niet meer kan worden gecompenseerd tijdens de duur van de verzekering. Het gevaar van een onjuiste interpretatie is zo groot, omdat het mededingingsrecht de werkgroep verhinderd heeft nauwkeurige richtlijnen op te stellen.

Deze schade kan naar mijn mening voorkómen worden, indien de medisch adviseur zich bewust is wat de consequenties kunnen zijn van de wijze waarop het medisch advies in maat en getal wordt uitgedrukt.

### **Gelijkblijvende en éénjarige risicopremies**

De sterftkans van verzekerden stijgt met hun leeftijd. In de laatste jaren van de looptijd is de sterftkans vele malen hoger dan in de eerste jaren. Toch wordt meestal een gelijkblijvende risicopremie gevraagd, waardoor de verzekerde in de eerste jaren te veel betaalt, en in de laatste jaren te weinig. Over de gehele looptijd ontvangt de verzekeraar genoeg geld om de uitkeringen te bekostigen.

Er bestaan ook verzekeringsvormen waarin de klant een stijgende risicopremie betaalt, in elk jaar precies passend bij de sterftkans die de verzekerde dat jaar heeft. Dit noemen we de eenjarige risicopremies. Deze zien we niet alleen bij sommige vormen van overlijdensrisicoverzekeringen, maar ook bij veel gemengde verzekeringen en spaar- of beleggingsverzekeringen. Bij deze verzekeringsvormen is de totale premie vaak wel gelijkblijvend: de risicopremie stijgt met de leeftijd, terwijl de spaar- of beleggingspremie daalt. Het feit dat een gelijkblijvende totale premie wordt betaald, betekent dus niet automatisch dat ook de risicopremie gelijkblijvend is.

Het rapport "Verzekeraarbaarheid hiv dichterbij" geeft voorbeelden van vaste extra promillages en oversterftepercentages bij mensen met hiv. Ook wordt indirect getoond welke oversterftepercentages hierbij horen. Omdat bij veel maatschappijen de voorkeur wordt gegeven aan oversterftepercentages boven vaste extra promillages, zullen de laatste veelvuldig omgerekend worden naar de eerste. En daarbij kan er iets fout gaan, als sprake is van lange looptijden, met name bij eenjarige risicopremies.

Aan de hand van een rekenvoorbeeld zal ik proberen twee vragen te beantwoorden. Wat is de waarde van de berekende oversterfte? Hoe goed is ons medisch advies?

### **Een rekenvoorbeeld**

Laten we een eenvoudig rekenvoorbeeld nemen. Een dertigjarige man wordt sinds 5 jaar behandeld en had een CD4-count van 600 na 24 weken therapie. Er zijn verder geen risicoverhogende omstandigheden. We werken nu twee maal twee situaties uit: twee looptijden (5 en 20 jaar) en twee vormen van premies (gelijkblijvend en éénjarig).

In tabel 1 zijn de normale sterftkanssen voor deze verzekerde als uitgangspunt genomen voor de berekening van de werkelijke sterftkanssen van deze verzekerde. Het verschil en de verhouding tussen deze waarden worden in het medisch advies in maat en getal uitgedrukt.

### **Het medisch advies bij gelijkblijvende premie**

Een gelijkblijvende premie is min of meer gebaseerd op de gemiddelde sterftkans, die in de tabel vermeld staat in regel 3 voor de standaard verzekerde en in regel 14 voor onze verzekerde met hiv. In werkelijkheid spelen uiteraard nog meer zaken een rol, zoals rekenrentes en onkosten, maar die laten we hier gemakshalve buiten beschouwing.

Tabel 1: sterftekansen en adviezen

Berekende sterftekansen en medische adviezen bij een 30-jarige man met hiv, CD4-count 600, geen complicaties of andere risicofactoren.

<b>Normale sterftekansen in promilles</b>		<b>5 jaar</b>	<b>20 jaar</b>
1	in het eerste verzekeringsjaar	0,72	0,72
2	in het laatste verzekeringsjaar	0,87	3,62
3	gemiddeld tijdens de verzekering	0,81	1,67
<b>Sterftekansen verzekerde met hiv in promilles</b>		<b>5 jaar</b>	<b>20 jaar</b>
4	toename van de sterftekans in elk verzekeringsjaar	1,63	1,63
5	totaal in het eerste verzekeringsjaar (1+4)	2,35	2,35
6	totaal in het laatste verzekeringsjaar (2+4)	2,50	5,25
7	totaal, gemiddeld tijdens de verzekering (3+4)	2,44	3,30
<b>Oversterftepercentages verzekerde met hiv</b>		<b>5 jaar</b>	<b>20 jaar</b>
8	werkelijke oversterfte in eerste jaar (4/1)	226%	226%
9	werkelijke oversterfte in laatste jaar (4/2)	187%	45%
10	werkelijke gemiddelde oversterfte (4/3)	201%	98%
11	geadviseerde (afgeronde) oversterfte (10)	200%	100%
<b>Sterftekansen volgens de geadviseerde oversterfte</b>		<b>5 jaar</b>	<b>20 jaar</b>
12	sterftekans in eerste jaar volgens advies (10 en 1)	2,16	1,44
13	sterftekans in laatste jaar volgens advies (10 en 2)	2,61	7,24
14	gemiddelde sterftekans volgens advies (10 en 3)	2,43	3,34

De premie voor onze verzekerde is in het eerste jaar hoger dan nodig (vergelijk tabelregel 14 en tabelregel 5), maar het verschil is bij een looptijd van vijf jaar slechts klein en de verzekerde zal aan het eind van de looptijd niets teveel hebben betaald. Is sprake van een looptijd van twintig jaar, dan is het verschil in het eerste jaar al behoorlijk opgelopen. Het maakt bij een gelijkblijvende verzekering niet uit of het medisch advies uitgedrukt wordt als vaste extra sterftekans (tabelregel 7) of als oversterftepercentage (tabelregel 14).

#### Het medisch advies bij éénjarige risicopremies

Bij een verzekering met éénjarige premies wordt in elk verzekeringsjaar een premie gevraagd die past bij het risico. Voor de standaard verzekerde staan deze risico's voor het eerste en laatste verzekeringsjaar in de tabelregels 1 en 2. Evenzo zouden hier de risico's moeten gelden die vermeld staan in de tabelregels 5 en 6, want dat zijn de werkelijke sterftekansen van onze kandidaat. Als het medisch advies de vorm heeft van een vaste extra sterftekans (promillage), dan zou de verzekerde met hiv exact de juiste premieverhoging betalen.

Maar als het advies de vorm heeft van een oversterftepercentage, zijn de uitkomsten geheel anders. Als de tabelregels 5 en 6 vergeleken worden met de tabelregel 12 en 13, zal direct opvallen wat er verkeerd gaat. De verhoogde risicopremie in het eerste jaar (tabelregel 12) is lager dan de benodigde risicopremie (tabelregel 5). Aan het eind van de looptijd wordt dit weer gecorrigeerd, zoals blijkt uit de tabelregels 6 en 13. Duidelijk is

in de tabel te zien dat de verschillen tussen berekende en benodigde premies bij korte looptijden niet zo groot zijn.

Bij een lange looptijd is de berekende risicopremie in het eerste jaar (tabelregel 12) veel lager dan de benodigde risicopremie (tabelregel 5). De premie is bij aanvang van de verzekering bijna veertig procent te laag. Vijf jaar na aanvang van de verzekering is de premie nog altijd bijna dertig procent te laag (niet in de tabel opgenomen). Als er op dat moment een herziening van de premies voor mensen met hiv komt, zal de verzekerde een premieverlaging eisen of zich elders verzekeren. De verzekeraar blijft dan met het tekort zitten.

#### Het antwoord op de gestelde vragen

Wat is de waarde van de berekende oversterfte? Hoe goed is ons medisch advies? Uit de tabel blijkt wat de waarde is van de berekende oversterftepercentage. Bij een gelijkblijvende risicopremie is het oversterftepercentage niet beter of slechter dan een vaste extra sterftekans in promilles. Bij éénjarige risicopremies is het oversterftepercentage een zeer onnauwkeurige en slechte vorm om het medisch advies in uit te drukken.

Vanwege de grote verschillen tussen de berekende premies en de in werkelijkheid benodigde premies levert een medisch advies in de vorm van een oversterftepercentages met name een groot probleem op, als sprake is van een lange looptijd. De verzekeraar leidt grote financiële schade als de verzekering na enkele jaren beëindigd wordt. De slechte ervaringen van verzekeraars kunnen uiteindelijk een ongunstige invloed hebben op

de verzekeraar van mensen met hiv. Dat betekent dat hoe dan ook, mensen met hiv het slachtoffer worden van een onzorgvuldige medische advisering.

Vanwege de kleine verschillen tussen de berekende premies en de in werkelijkheid benodigde premies levert een medisch advies in de vorm van een oversterftepercentages geen onoverkomelijk probleem op, als sprake is van een korte looptijd.

### Een goed medisch advies

Het vaste extra promillage blijft vanwege het voorgaande de beste vorm voor het medisch advies. Mocht toch een oversterftepercentage gegeven moeten worden, dan levert dat geen probleem op als de looptijd beperkt blijft tot pakweg vijf jaar. Is echter sprake van langere looptijden, dan zal een andere oplossing gezocht moeten worden.

De eenvoudigste oplossing is het uitgaan van een korte looptijd bij de berekening van een oversterftepercentage, ook al wordt een langere looptijd aangevraagd en geaccepteerd. Een looptijd van vijf jaar is hiervoor geschikt. De cijfers van het rapport van de Verbondswerkgroep Aids hebben een grote mate van betrouwbaarheid

over de eerste vijf jaar en het is een overzichtelijke periode. Na afloop van de vijf jaar kunnen de premies opnieuw worden vastgesteld. Dit zou in algemene zin kunnen, door voor alle mensen met hiv in de portefeuille de premie te herzien op basis van nieuwe wetenschappelijke data.

Het kan ook op individueel niveau, aan de hand van een herbeoordeling van medische gegevens. Gaat het goed met de verzekerde, dan kan de premie aangepast worden aan leeftijd, persoonlijke medische gegevens, en de bijgestelde acceptatierichtlijnen. Gaat het niet goed met de verzekerde, dan kan in het meest ongunstige geval besloten worden om het verstrekte oversterftepercentage te handhaven gedurende de rest van de looptijd.

Voor onze voorbeeld verzekerde betekent dit dat 200% oversterfte wordt geadviseerd. Na vijf jaar kan dit naar de huidige inzichten gewijzigd worden in een kleine 150%, vervolgens naar 90% en in de laatste vijf jaar van de verzekering naar 55%. Op deze wijze kunnen zowel de verzekeraar als de verzekerde rekenen op een redelijke en billijke premiestelling.

Graag leg ik deze handelwijze aan iedere betrokken medisch adviseur ter overweging voor.

Tabel 2: Oversterftepercentages

In de tabel zijn oversterftepercentages opgenomen die passen bij een berekeningsperiode van vijf jaar. De percentages gelden voor mensen van beide seksen (verdeling: 79% mannen, 21% vrouwen), die in 1998 of later met de therapie begonnen zijn. Als zij eerder begonnen zijn, moeten de oversterftepercentages met 2,65 vermenigvuldigd worden.

CD4-count:	200	250	300	350	400	450	500	550	600	650	700	750	800	900	1000
20-24 jaar	715	585	495	435	385	345	315	290	270	250	235	220	210	185	170
24-29 jaar	670	550	470	410	360	325	295	275	255	235	220	205	195	175	160
30-34 jaar	520	425	365	315	280	255	230	210	195	185	170	160	150	135	125
35-39 jaar	345	280	240	210	185	170	155	140	130	120	115	105	100	90	80
40-44 jaar	210	170	145	130	115	100	95	85	80	75	70	65	60	55	50
45-49 jaar	130	105	90	80	70	65	55	55	50	45	40	40	40	35	30
50-54 jaar	80	65	55	50	45	40	35	30	30	30	25	25	25	20	20

R.F.J.M. Kneepkens, arts RGA

### Literatuur

1. Boer W de, Broekhoven HWM van, Bruning R, Eggen SJH, Hoogen HA van den, Kneepkens RFJM, Werkgroep Aids Verbond van Verzekeraars. Verzekeraarbaarheid hiv dichterbij. Den Haag, Verbond van Verzekeraars, 2005.
2. Kneepkens RFJM. Verzekeraarbaarheid hiv dichterbij: het rapport van de Verbondswerkgroep Aids 2005. GAVscoop, dit nummer.

*Naar aanleiding van de lezing van prof.dr. A.D.M.E. Osterhaus  
d.d. 19 november 2004 ter gelegenheid van de GAV studiedagen te Amstelveen*

# **Emerging viral infections in a rapidly changing world**

*Thijs Kuiken\*, Ron Fouchieri\*, Guus Rimmelzwaan<sup>‡</sup> and Albert Osterhaus<sup>§</sup>*

*Emerging viral infections in both humans and animals have been reported with increased frequency in recent years. Recent advances have been made in our knowledge of some of these, including severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus, influenza A virus, human metapneumovirus, West Nile virus and Ebola virus. Research efforts to mitigate their effects have concentrated on improved surveillance and diagnostic capabilities, as well as on the development of vaccines and antiviral agents. More attention needs to be given to the identification of the underlying causes for the emergence of infectious diseases, which are often related to anthropogenic social and environmental changes. Addressing these factors might help to decrease the rate of emergence of infectious diseases and allow the transition to a more sustainable society.*

## **Addresses**

Department of Virology, Erasmus Medical Center, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands

\* e-mail: t.kuiken@erasmusmc.nl

\* e-mail: r.fouchier@erasmusmc.nl

‡ e-mail: g.rimmelzwaan@erasmusmc.nl

§ e-mail: a.osterhaus@erasmusmc.nl

Correspondence: Albert Osterhaus

## **Current Opinion in Biotechnology 2003, 14:641–646**

This review comes from a themed issue on Pharmaceutical biotechnology

Edited by Brian Metcalf and Rino Rappuoli

0958-1669/\$ – see front matter

© 2003 Elsevier Ltd. All rights reserved.

DOI 10.1016/j.copbio.2003.10.010

## **Abbreviations**

EID	emerging infectious disease
hMPV	human metapneumovirus
PCR	polymerase chain reaction
SARS	severe acute respiratory syndrome
SARS-CoV	SARS-associated coronavirus
WHO	World Health Organization
WNV	West Nile virus

## **Introduction**

For much of the twentieth century, infectious diseases in human populations of Western countries have been in retreat, as we learnt to sanitize our cities, cleanse

our water supplies, improve domestic hygiene, use antibiotics, control vector organisms and vaccinate. As a result, the developed world became rather complacent, naively welcoming the false dawn of a life mostly free of infectious disease. Since the 1980s things have looked much less secure, however, with the emergence of many previously unrecognized infectious diseases, and the reemergence of known infectious diseases that were thought to be under control. This trend has continued until the present time and many infectious pathogens, predominantly viruses, have been newly identified in recent years [1\*\*]. In this review, we describe recent advances in our understanding of several selected viruses of particular concern, and discuss underlying factors for their emergence.

## **Severe acute respiratory syndrome-associated coronavirus**

The emerging infectious disease (EID) that has attracted by far the most attention in recent years was first reported in the fall of 2002 from Southern China as a contagious and severe atypical pneumonia in humans. This syndrome, named severe acute respiratory syndrome (SARS), became a global health problem within two months and prompted the World Health Organization (WHO) to issue a global alert for the first time in more than a decade [2].

Most cases occurred in mainland China, Hong Kong, Taiwan, Canada, Singapore, Vietnam, the USA and the Philippines. By the end of the outbreak in July 2003, 8098 SARS cases had been reported, of which 774 were fatal [3].

The identification and characterization of the etiologic agent of SARS was expedited by an unusually open cooperation of an international WHO network of laboratories that made use of a wide range of disciplines and diagnostic techniques. Specifically, recent advances in polymerase chain reaction (PCR) technology and nucleotide sequencing sped up this process. After following a few false leads, a hitherto unknown coronavirus was identified as the possible cause of SARS [4\*\*,5,6]. Within a few weeks, the full genome sequence of this SARS-associated coronavirus (SARS-CoV) was published [7\*,8\*]. On the basis of phylogenetic analyses, SARSCoV was found neither to be a member of the three recognized coronavirus groups, nor the result of a recombination between known coronaviruses. Therefore, it was placed in a new coronavirus group — group 4 [7\*].

Replication of the pulmonary lesions of SARS in experimentally infected macaques, together with the diagnosis of SARS-CoV infection in the majority of 436 SARS patients examined in detail, provided the final proof that SARS-CoV was the primary cause of SARS [9\*\*,10\*\*].

Exposure to the virus appears to be through direct or indirect contact and possibly through droplet infection [4\*\*]. The primary lesion in SARS patients is diffuse alveolar damage, which corresponds clinically to acute respiratory distress syndrome [10\*\*]. The pathogenesis is poorly understood, particularly of the severe pulmonary 641 www.current-opinion.com Current Opinion in Biotechnology 2003, 14:641–646 disease that some patients develop in the second week after the onset of symptoms, when SARS-CoV is not detectable in lung tissue [5]. Hypotheses include an overexuberant host response resulting in generalized hypercytokinemia [11\*] and pulmonary fibrosis owing to virus-induced damage at an early stage of the disease [10\*\*]. Clarification of the pathogenesis is important to guide therapy. Antibiotics, cortico-steroids, ribavirin and oseltamivir have been used in treatment, but their efficacy is not known [4\*\*].

The natural reservoir of SARS-CoV is likely to be one or more species of wild animal, because it is improbable that its presence would have gone unnoticed in domestic animals or humans. A coronavirus, genetically similar but not identical to SARS-CoV, has been isolated from four Himalayan palm civets (*Paguma larvata*) and a raccoon-dog (*Nyctereutes procyonoides*) from a market in Southern China, where they were intended for human consumption. However, because several wildlife species are kept together in captivity and during transport to such markets, it is still uncertain which species maintain SARS-CoV [12\*\*] (see also Update).

SARS-CoV could re-emerge in the human population by various mechanisms. Firstly, it might be circulating subclinically among humans and emerge owing to improved circumstances for the virus; for example, it may have a seasonal cycle and reappear in the winter

season, as with influenza. Secondly, the virus might again be transmitted from its wild animal reservoir to humans. Thirdly, SARSCoV could inadvertently be released from a hospital or laboratory holding samples of the virus; this is believed to be the source of infection for a Singapore researcher, who contracted SARS three months after the WHO declared the outbreak over [13].

### Influenza A virus

The continuing threat of a new influenza pandemic hangs like the sword of Damocles over humankind. The conventional wisdom is that aquatic birds are the reservoir for the existing hemagglutinin (H1 to H15) and neuraminidase (N1 to N9) subtypes of influenza A virus, and that domestic pigs act as an intermediate host for the transmission of a new strain of virus to humans. On the basis of recent findings, this concept has changed in two areas.

First, the domestic chicken can act as an intermediate host for the transmission of influenza A virus from aquatic birds to humans. This was first shown in Hong Kong in 1997, when six deaths out of 18 human cases resulted from the direct transmission of highly pathogenic avian influenza A virus (H5N1) from chickens to humans. By slaughtering 1.5 million chickens and other poultry in Hong Kong, the source of viral infection for humans was removed. Direct chicken-to-human transmission happened again in 1999, when avian influenza A virus (H9N2) was isolated for the first time in two children hospitalized with upper respiratory tract illness. The unusual ability of this H9N2 virus to replicate efficiently in both chickens and humans can be explained by its preferential binding to sialyl (a2,6) galactose-terminated receptors on host cells. This type of receptor is found on both human and chicken cells, but not on duck cells [14]. The most recent example of direct chicken-to-human transmission of influenza A virus occurred during an epidemic of highly pathogenic avian influenza virus (H7N7) in poultry in the Netherlands in spring 2003 and caused considerable morbidity and one fatal case in humans. Infections with this virus were confirmed in 83 people handling poultry, and in three cases there was subsequent transmission between humans. Although most infected people suffered only a conjunctivitis or mild influenza-like illness, one person died of pneumonia [15]. A major concern during the outbreak was that the avian H7N7 virus would reassort with the human H3N2 virus that was circulating in the human population at the same time, with the potential to spark off a new influenza pandemic. Fortunately, this did not occur (R Fouchier, unpublished data).

The second finding to alter our concept of influenza transmission, was the realization that the gene pool for influenza A viruses is likely to be broader than that

found in aquatic birds alone and more dynamic than previously thought. On the basis of recent studies in Southern China, H9N2 influenza virus lineages — that originated from domestic ducks and became established in chicken and quail in the mid-1990s — have been transmitted back to domestic ducks. In the process, reassortant viruses have been generated containing nucleic acid segments from both H9N2 viruses and influenza viruses resident in ducks. This suggests that the gene pool of influenza A viruses includes various species of aquatic and terrestrial birds, with easy transmission among species. The diversity of virus genotypes and host receptor specificities results in a continuous flux, conceivably with an increased opportunity for a new pandemic influenza virus to develop [16\*].

### Human metapneumovirus

Human metapneumovirus (hMPV) is a good example of a pathogen that 'emerged' as a result of increased and tenacious diagnostic efforts rather than through expansion of its range or transmission to a new host species. One of the reasons that it was not found previously is that the virus does not replicate well in the cell lines used for the virological diagnosis of respiratory tract infections in humans up to that time. Although most children are infected by five years of age and the virus has been circulating in the human population since at least 1958, hMPV was only identified in 2001 [17\*\*]. It is a paramyxovirus most closely related to avian pneumovirus, and is associated with a substantial proportion of hitherto unexplained respiratory tract illnesses [17\*\*,18\*]. Since 642 Pharmaceutical biotechnology Current Opinion in Biotechnology 2003, 14:641–646 [www.current-opinion.com](http://www.current-opinion.com) its discovery in the Netherlands, hMPV infection has been reported elsewhere in Europe, North America, Asia and Australia [19]. Respiratory tract disease associated with hMPV infection occurs both in children and adults, suggesting that hMPV is capable of causing clinically important reinfection of individuals later in life. The spectrum of clinical disease includes rhinitis, pharyngitis, bronchitis, bronchiolitis and pneumonia, and resembles that of human respiratory syncytial virus infection. Severity of the disease varies from the common cold to death, with very young children, the elderly and immunocompromised patients being predisposed to severe lower respiratory tract disease [17\*\*,19,20\*,21].

### West Nile virus

West Nile virus (WNV) infection is mosquito-borne and is maintained and amplified in birds. It is occasionally transmitted to humans, horses and other mammals in which disease may occur. The virus attracted major attention when it spread from its original range (Africa, the Middle East and Europe) to North America, where it first appeared in New York in 1999 [22,23\*]. By phylo-

genetic analysis, the 1999 New York isolate most closely resembles that of a WNV isolate from Israel in 1997, suggesting that it originated from the Middle East, but how this occurred is not known [24]. The virus has spread rapidly since its arrival in North America, and by August 2003 had reached as far west as Alberta in Canada [25] and California in the USA [26] and as far south as Mexico [27,28] and the Caribbean [29]. It is likely to spread further south into Central and South America. Modeling shows that this pattern of spread is most likely due to long-distance transport of WNV in infected birds along their migratory flyways, combined with local dissemination by mosquitoes [30]. The mortality of infected birds in North America is unexpectedly high, particularly in corvids, and contrasts with the low pathogenicity of WNV for birds in its original range [31\*]. Passive surveillance of wild bird mortality has proved to be the most effective method to monitor the spread of WNV in North America, and has resulted in a unique integration of public health and wildlife health agencies [31\*]. In addition to mosquito bites, novel routes of transmission to humans include blood transfusion, organ transplantation, feeding of breast milk and through the placenta. As expected in a previously unexposed human population, a relatively high proportion of people infected with WNV in North America develop neurological disease, which is occasionally fatal [22]. In 2002 and 2003 (up to 12th September), 8245 human cases of WNV infection were reported in the USA and Canada, of which 369 were fatal (compiled from Health Canada [32] and the Centers for Disease Control and Prevention [33]).

### Ebola virus

Ebola virus is one of the most pathogenic viruses for humans, causing severe haemorrhagic fever with a high rate of mortality [34]. Its danger to humans is compounded by limited knowledge of its pathogenesis, an unknown natural reservoir, and limited preventive and therapeutic measures. In addition, Ebola virus infection threatens the survival of gorillas (*Gorilla gorilla*) and chimpanzees (*Pan troglodytes*) in their last stronghold in western equatorial Africa, where declines in population of more than 50% between 1983 and 2000 are partly blamed on Ebola outbreaks [35\*\*]. To manage Ebola virus infection, it is important to discover its natural reservoir. Fruit bats are likely candidates, because they are the only experimentally infected species showing long-term excretion in absence of the clinical disease. However, attempts to diagnose Ebola virus infection in free-living fruit bats have been unsuccessful so far [36].

### Mitigation efforts

Research efforts to mitigate the effect of the abovenamed EIDs have concentrated on four main



areas: improved surveillance (e.g. a worldwide network of WHO laboratories for influenza surveillance and a global electronic reporting system for outbreaks of EIDs and toxins, ProMED-Mail); improved diagnostic methods (e.g. a more rapid and efficient test to detect WNV [37]); the development of vaccines (e.g. for Ebola virus infection [38\*\*]); and the development of antiviral agents (e.g. interferon for the treatment of SARS [39]). Advances in molecular biology will play a large part in facilitating and accelerating these efforts. These include sophistication of PCR-based tests and the use of reverse genetics.

The development of robotic PCR machines allows highthroughput screening of samples for surveillance purposes, while real-time PCR assays permit a more rapid diagnosis. Vaccine development will be accelerated by the use of reverse genetics, which is becoming more efficient, more widely available, and applicable to more viruses. This technology allows the production of recombinant virus by transfection of susceptible cell cultures with plasmids encoding the viral genome or complementary copies thereof. Reverse genetics can be used to construct either recombinant vector-based vaccines or live attenuated virus vaccines.

### Underlying causes

The underlying causes for the emergence of infectious diseases are anthropogenic social and environmental changes. These result from the combined weight of human numbers and their consumption patterns that are overloading the planet's biophysical and ecological capacity. Some of these causes are summarized in Box 1.

#### Box 1 Underlying causes for the emergence of infectious diseases.

Generalized social changes (worldwide urbanization, intravenous drug abuse and changing sexual practices).

Demographic changes (increased and accelerated human mobility and increases in refugee populations).

Medical care (infections in hospitals and nursing homes) and medical technology (blood transfusion, organ transplantation, re-used syringes for antibiotic injections, contamination of vaccines and antibiotic resistance).

Economic and commercial trends (intensive food production, extended irrigation and liberalized trading patterns).

Climatic changes (global warming and regional changes).

Ecosystem disturbance (deforestation, eutrophication of waterways and reduction in predators of disease vector organisms) [1\*\*].

Although the effects of these human-caused changes on the emergence of infectious diseases are known in principle, surprisingly little attention has been given in the scientific literature to the association between the emergence of the diseases described above and potential underlying factors. For example, the emergence in Emerging viral infections Kuiken et al. 643 *www.current-opinion.com* Current Opinion in Biotechnology 2003, 14:641–646 humans of SARS-CoV infection could be associated with changes in the scale of the exotic meat trade (both from farmed and wild-caught animals) in recent years. Likewise, the repeated emergence of highly pathogenic avian influenza in humans in Hong Kong could be related to the rapid growth of the poultry industry in China — 160% for chickens and 190% for ducks — between 1991 and 2001 [40]. The recent outbreak of highly pathogenic avian influenza in the Netherlands might also be associated with the rapid increase in the number of free-range chickens, from 0 in 1991 to 305 000 in 2001 (data from Statistics Netherlands [41]); there is an association between the presence of free-range poultry farms and highly pathogenic avian influenza outbreaks in North America and the UK [42]. Furthermore, outbreaks of Ebola virus infection in humans and great apes in western equatorial Africa could have resulted from the rapid expansion of mechanized logging and bushmeat trade in that area [35\*\*].

### Conclusions

The emergence of viral diseases continues, and affects humans in both developed and developing countries, as well as domestic and wild animals. Earlier detection of outbreaks will be facilitated by improved surveillance methods and should include wildlife, because they are often the source of EIDs. However, on the basis of past experience and the complexity of the interactions between these predisposing factors, it is virtually impossible to predict the emergence of future infectious diseases. Despite this uncertainty, we do have the current technological capability to rapidly respond to EIDs in terms of identification and diagnostic techniques and, to a lesser degree, with vaccines and therapeutic agents. It is important to recognize that the underlying causes for the emergence of infectious diseases are human-caused social and environmental changes.

If the human impact on the ecosphere continues to escalate, the rate of emergence and re-emergence of infectious diseases will only increase in future. By adequately identifying the underlying factors that cause specific EIDs, we can address them and so help to change this trend and allow the transition to a more sustainable society.

### Update

Domestic cats (*Felis domesticus*) and ferrets (*Mustela*

*furo*) are susceptible to experimental SARS-CoV infection and easily transmit virus to non-inoculated animals. The fact that two distantly related carnivore

species can so easily be infected with SARS-CoV indicates that the reservoir for this virus may involve multiple species [43].

## References and recommended reading

Papers of particular interest, published within the annual period of review, have been highlighted as:

\* of special interest

\*\* of outstanding interest

1. McMichael AJ: Human Frontiers, Environments and Disease: Past  
 \*\* Patterns, Uncertain Futures. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2001.  
 In this well-documented book, McMichael charts the patterns of human health and disease from prehistory to current times. He shows how there are three historical transitions in the coevolution of humans and infectious agents: the first between humans, animals, and pest species; the second between regional human populations; and the third between transoceanic populations. He suggests that we are currently living in a fourth major transition, caused by ecosystem disruption from the combined weight of human population size and intensive consumption.
2. WHO issues a global alert about cases of atypical pneumonia.  
 WHO press release; 12 March 2003. URL: [http://www.who.int/csr/sars/archive/2003\\_03\\_12](http://www.who.int/csr/sars/archive/2003_03_12)
3. World Health Organization: summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003.  
 URL: [http://www.who.int/csr/sars/country/table2003\\_09\\_23/en](http://www.who.int/csr/sars/country/table2003_09_23/en)
4. Peiris JS, Lai ST, Poon LL, Guan Y, Yam LY, Lim W, Nicholls J,  
 \*\* Yee WK, Yan WW, Cheung MT et al.: **Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome**. Lancet 2003, **361**:1319-1325.  
 This is the first publication to suggest a previously unknown coronavirus as the cause of SARS. Development of serological and molecular biological tests specific for this virus allowed further investigation to confirm the etiology.
5. Ksiazek TG, Erdman D, Goldsmith CS, Zaki SR, Peret T, Emery S, Tong S, Urbani C, Comer JA, Lim W et al.: **A novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome**. N Engl J Med 2003, **348**:1953-1966.
6. Drosten C, Günther S, Preiser W, van der Werf S, Brodt HR, Becker S, Rabenau H, Panning M, Kolesnikova L, Fouchier RA et al.: **Identification of a novel coronavirus in patients with severe acute respiratory syndrome**. N Engl J Med 2003, **348**:1967-1976.
7. Marra MA, Jones SJ, Astell CR, Holt RA, Brooks-Wilson A,  
 \* Butterfield YS, Khattri J, Asano JK, Barber SA, Chan SY et al.: **The genome sequence of the SARS-associated coronavirus**. Science 2003, **300**:1399-1404.  
 Together with Rota et al. [8\*], these papers provide the first publication of the genome of SARS-CoV. Phylogenetic analysis shows that this virus belongs to a new, fourth group of coronaviruses. The genome sequence data allowed the rapid development of PCR-based assays to detect the virus and distinguish it from other coronaviruses.
8. Rota PA, Oberste MS, Monroe SS, Nix WA, Campagnoli R,  
 \* Icenogle JP, Penaranda S, Bankamp B, Maher K, Chen MH et al.: **Characterization of a novel coronavirus associated with severe acute respiratory syndrome**. Science 2003, **300**:1394-1399.  
 See [7\*].
9. Fouchier RA, Kuiken T, Schutten M, van Amerongen G,  
 \*\* Van Doornum GJ, van den Hoogen BG, Peiris M, Lim W, Stöhr K, Box 1 Underlying causes for the emergence of infectious diseases.  
 Generalized social changes (worldwide urbanization, intravenous drug abuse and changing sexual practices). Demographic changes (increased and accelerated human mobility and increases in refugee populations). Medical care (infections in hospitals and nursing homes) and medical technology (blood transfusion, organ transplantation, re-used syringes for antibiotic injections, contamination of vaccines and antibiotic resistance). Economic and commercial trends (intensive food production, extended irrigation and liberalized trading patterns). Climatic changes (global warming and regional changes). Ecosystem disturbance (deforestation, eutrophication of waterways and reduction in predators of disease vector organisms) [1\*\*]. 644 Pharmaceutical biotechnology Current Opinion in Biotechnology 2003, **14**:641-646 [www.current-opinion.com](http://www.current-opinion.com)  
 Osterhaus AD: **Aetiology: Koch's postulates fulfilled for SARS virus**. Nature 2003, **423**:240.  
 In this study, SARS-CoV is confirmed as the primary cause of SARS by reproducing similar histopathological changes, including characteristic syncytia, in experimentally infected macaques. Knowledge of the etiology allowed the scientific community to focus its attention on this virus for the development of diagnostic tests, vaccine production and antiviral therapy.

10. Kuiken T, Fouchier RA, Schutten M, Rimmelzwaan GF, van Amerongen G, van Riel D, Laman JD, de Jong T, van Doornum G, LimWet al.: **Newly discovered coronavirus as the primary cause of severe acute respiratory syndrome.** *Lancet* 2003, **362**:263-270.  
SARS-CoV infection was diagnosed in 75% of 436 SARS patients from six countries, and the replication of SARS in experimentally infected macaques was shown in detail. These results strengthen the conclusion of Fouchier et al. [9 ]. Furthermore, the demonstrated tropism of SARS-CoV for alveolar epithelial cells may explain the pulmonary fibrosis observed later in the disease.
11. Peiris JS, Chu CM, Cheng VCC, Chan KS, Hung IFN, Poon LLM,  
\* Law KI, Tang BSF, Hon TYW, Chan CS et al.: **Clinical progression and viral load in a community outbreak of coronavirus-associated SARS pneumonia: a prospective study.** *Lancet* 2003, **361**:1767-1772. In this unique prospective study of 75 SARS patients, the SARS-CoV load from the respiratory tract peaked at 10 days after onset of symptoms, while pulmonary disease worsened in the second week after onset. Therefore, lung damage during that phase cannot be explained by uncontrolled viral replication.
12. Guan Y, Zheng BJ, He YQ, Liu XL, Zhuang ZX, Cheung CL, Luo SW,  
\*\* Li PH, Zhang LJ, Guan YJ et al.: **Isolation and characterization of viruses related to the SARS coronavirus from animals in Southern China.** *Science* 2003: Published online 4 September 2003; 10.1126/science.1087139.  
Coronavirus isolates, very similar to SARS-CoV but retaining a 29- nucleotide-long sequence, were detected in four Himalayan palm civets and a raccoon-dog from a live animal retail market. This finding is very important because it indicates that such markets were implicated in the transmission of SARS-CoV to humans, but does not yet allow identification of the natural reservoir.
13. **SARS — worldwide: (173) Singapore, laboratory confirmation.**  
14th September 2003; Archive number 20030914.2320. URL: <http://www.promedmail.org>
14. Gambaryan A, Webster R, Matrosovich M: **Differences between influenza virus receptors on target cells of duck and chicken.** *Arch Virol* 2002, **147**:1197-1208.
15. Centers for Disease Control and Prevention: Update: **Influenza activity — United States and worldwide, 2002—03 season, and composition of the 2003—04 influenza vaccine.** *Morb Mortal Wkly Rep* 2003, **52**:516-521.
16. Li KS, Xu KM, Peiris JS, Poon LL, Yu KZ, Yuen KY, Shortridge KF, Webster RG, Guan Y: **Characterization of H9 subtype influenza viruses from the ducks of Southern China: a candidate for the next influenza pandemic in humans?** *J Virol* 2003, **77**:6988-6994.  
This study shows that there is easy two-way transmission of influenza viruses between different types of poultry. These findings indicate that the gene pool for influenza viruses is larger and more dynamic than previously thought.
17. van den Hoogen BG, de Jong JC, Groen J, Kuiken T, de Groot R,  
\*\* Fouchier RAM, Osterhaus ADME: **A newly discovered human pneumovirus isolated from young children with respiratory tract disease.** *Nat Med* 2001, **7**:719-724.  
In this seminal paper, a previously unknown human paramyxovirus associated with human respiratory disease is identified and named human metapneumovirus. The data on virus diagnosis provided in this paper allowed its subsequent detection in many other parts of the world.
18. van den Hoogen BG, Bestebroer TM, Osterhaus ADME,  
\* Fouchier RAM: **Analysis of the genomic sequence of a human metapneumovirus.** *Virology* 2002, **295**:119-132.  
Analysis of the sequences of all hMPV open reading frames, intergenic sequences, and partial sequences of the genomic termini show a high percentage of sequence identity between hMPV and avian pneumovirus, which belongs to the genus *Metapneumovirus*. These data indicate that hMPV should be classified as the first mammalian member of the genus *Metapneumovirus*.
19. van den Hoogen BG, van Doornum GJJ, Fockens JC, Cornelissen JJ, Beyer WEP, de Groot R, Osterhaus ADME, Fouchier RAM: **Prevalence and clinical symptoms of human metapneumovirus (hMPV) in hospitalized patients.** *J Infect Dis* 2003: in press.
20. Boivin G, Abed Y, Pelletier G, Ruel L, Moisan D, Co<sup>^</sup> te<sup>^</sup> S, Peret TCT,  
\* Erdman DD, Anderson LJ: **Virological features and clinical manifestations associated with human metapneumovirus: a new paramyxovirus responsible for acute respiratory-tract infections in all age groups.** *J Infect Dis* 2002, **186**:1330-1334.  
The newly discovered hMPV was found not only in children, but also in older patients. The important finding was that, whereas immunocompetent adults generally presented with a flu-like syndrome or a common cold, hMPV infection in the very young, the very old, and immunocompromised patients was associated with severe lower respiratory tract disease.
21. Peret TCT, Boivin G, Li Y, Couillard M, Humphrey C, Osterhaus ADME, Erdman DD, Anderson LJ: **Characterization of human metapneumoviruses isolated from patients in North America.** *J Infect Dis* 2002, **185**:1660-1663.
22. Petersen LR, Marfin AA, Gubler DJ: **West Nile virus.** *JAMA* 2003, **290**:524-528.
23. Campbell GL, Marfin AA, Lanciotti RS, Gubler DJ: **West Nile virus.**  
\* *Lancet Infect Dis* 2002, **2**:519-529.  
This is a good contemporary review of different aspects of West Nile virus infection, with an emphasis on disease in humans.

24. Lanciotti RS, Ebel GD, Deubel V, Kerst AJ, Murri S, Meyer R, Bowen M, McKinney N, Morrill WE, Crabtree MB et al.: **Complete genome sequences and phylogenetic analysis of West Nile virus strains isolated from the United States, Europe, and the Middle East.** *Virology* 2002, 298:96-105.
25. **Dead birds submitted for West Nile virus diagnosis by Health Region Canada as of September 09, 2003.** URL: [http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/wnv/map600\\_e.phtml](http://dsol-smed.hc-sc.gc.ca/wnv/map600_e.phtml)
26. **West Nile Virus in the United States as of September 9, 2003.** URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/surv&control03Maps.htm>
27. Loron˘ o-Pino MA, Blitvich BJ, Fa´ rfan-Ale JA, Puerto FI, Blanco JM, Marlenee NL, Rosado-Paredes EP, Garcı´a-Rejo´ n JE, Gubler DJ, Calisher CH et al.: Serologic evidence of West Nile virus infection in horses, Yucatan State, Mexico. *Emerg Infect Dis* 2003, 9:857-859.
28. Blitvich BJ, Fernandez-Salas I, Contreras-Cordero JF, Marlenee NL, Gonzalez-Rojas JI, Komar N, Gubler DJ, Calisher CH, Beaty BJ: **Serologic evidence of West Nile virus infection in horses, Coahuila State, Mexico.** *Emerg Infect Dis* 2003, 9:853-856.
29. Dupuis AP, Marra PP, Kramer LD: **Serologic evidence of West Nile virus transmission, Jamaica, West Indies.** *Emerg Infect Dis* 2003, 9:860-863.
30. Peterson AT, Vieglais DA, Andreasen JK: **Migratory birds modeled as critical transport agents for West Nile virus in North America.** *Vector Borne Zoonotic Dis* 2003, 3:27-37.
31. McLean RG, Ubico SR, Bourne D, Komar N: **West Nile virus in livestock and wildlife.** *Curr Top Microbiol Immunol* 2002, 267:271-308.  
This is a good overview of natural and experimental WNV infection of wildlife and domestic animals. The use of wild birds, sentinel chickens and horses for surveillance of WNV infection is also reviewed.
32. Health Canada: **West Nile virus.** URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/english/westnile/index.html>
33. **Division of Vector-Borne Infectious Diseases: West Nile virus.** URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/index.htm>
34. Okware SI, Omaswa FG, Zaramba S, Opio A, Lutwama JJ, Kamugisha J, Rwaguma EB, Kagwa P, Lamunu M: **An outbreak of Ebola in Uganda.** *Trop Med Int Health* 2002, 7:1068-1075.
35. Walsh PD, Abernethy KA, Bermejo M, Beyers R, De Wachter P,  
\*\* Akou ME, Huijbregts B, Mambounga DI, Toham AK, Kilbourn AM et al.: **Catastrophic ape decline in western equatorial Africa.** *Nature* 2003, 422:611-614.  
Major declines in the numbers of gorillas and chimpanzees between 1983 and 2000 were attributed to commercial hunting and Ebola virus infection, *Emerging viral infections* Kuiken et al. 645 *www.current-opinion.com* *Current Opinion in Biotechnology* 2003, 14:641-646 based on the relationship between ape distribution and the distance to Gabon's major urban centers and to human Ebola outbreak sites. This study, performed under difficult field conditions, indicates that action is needed urgently in terms of law enforcement, protected area management, and Ebola prevention to prevent the extinction of these ape species in the wild.
36. Colebunders R, Borchert M: **Ebola haemorrhagic fever – a review.** *J Infect* 2000, 40:16-20.
37. Blitvich BJ, Marlenee NL, Hall RA, Calisher CH, Bowen RA, Roehrig JT, Komar N, Langevin SA, Beaty BJ: **Epitope-blocking enzyme-linked immunosorbent assays for the detection of serum antibodies to West Nile virus in multiple avian species.** *J Clin Microbiol* 2003, 41:1041-1047.
38. Sullivan NJ, Geisbert TW, Geisbert JB, Xu L, Yang ZY, Roederer M,  
\*\* Koup RA, Jahrling PB, Nabel GJ: **Accelerated vaccination for Ebola virus haemorrhagic fever in non-human primates.** *Nature* 2003, 424:681-684.  
Effective immunization of cynomolgus macaques against a lethal Ebola virus challenge was reduced from six months to four weeks by use of a single dose of an adenoviral vector encoding the Ebola glycoprotein. The efficacy of this single vaccine injection may help to control outbreaks in both humans and great apes.
39. Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Chandra P, Rabenau H, Doerr HW: **Treatment of SARS with human interferons.** *Lancet* 2003, 362:293-294.
40. Food and Agriculture Organization: **Selected indicators of food and agriculture development in Asia-Pacific region 1991–2001.** URL: <http://www.fao.org/DOCREP/005/AC832E/ac832e00.htm>
41. Statistics Netherlands. URL: <http://statline.cbs.nl/StatWeb>
42. Alexander DJ: **Orthomyxovirus infection.** In *Virus Infections of Birds*. Edited by McFerran JB, McNulty MS. Amsterdam: Elsevier Science Publishers; 1993:287-316.
43. Martina BEE, Haagmans BL, Kuiken T, Fouchier RAM, Rimmelzwaan GF, van Amerongen G, Peiris JSM, Lim W, Osterhaus ADME: **Experimental SARS coronavirus infection of cats and ferrets.** *Nature* 2003: in press. 646 *Pharmaceutical biotechnology Current Opinion in Biotechnology* 2003, 14:641-646 [www.current-opinion.com](http://www.current-opinion.com)

Reprinted from *Current Opinion in Biotechnology* 2003, 14:641-646, Kuiken T, Fouchier R, Rimmelzwaan G, Osterhaus A. *Emerging viral infections in a rapidly changing world*, with permission from Elsevier.

# Inzage- en blokkeringsrecht bij medische expertises

Mevrouw mr. W.S. Kouwenhoven\*

In de letselschadepraktijk spelen medische expertises een belangrijke rol. Op het gebied van het inzage- en blokkeringsrecht van keurlingen bij medische expertises blijken nogal wat onduidelijkheden te bestaan. Gelet hierop verzocht de redactie van GAVscoop mij om hierover een kort artikel te schrijven en daarin aan te geven wat de huidige stand van zaken is. Voor een ieder die meer wil weten over het inzage- en blokkeringsrecht dan de hoofdlijnen die ik hieronder zal aangeven, verwijs ik graag naar het artikel van mw. mr. M.H. Elferink, 'Onduidelijkheden rondom uitoefening 'blokkeringsrecht' bij medische expertises', Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade 2004, nr. 2.

## Wettelijk kader

In art. 7:446 van het Burgerlijk Wetboek (BW) e.v. zijn bepalingen opgenomen met betrekking tot de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo<sup>1</sup>). In de relatie tussen arts en patiënt is de patiënt de opdrachtgever tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Ingevolge lid 5 van art. 7:446 BW is geen sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst indien het een keuring betreft. In dat geval worden de betreffende handelingen immers niet verricht in opdracht van de keurling, maar in opdracht van een derde, bijvoorbeeld een verzekeringsmaatschappij.

Op grond van 7:646 lid 1 BW zijn de regels van de Wgbo echter ook op keuringen van toepassing 'voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet'. Lid 2 van art. 7:646 BW voorziet in twee afwijkingen van de Wgbo-bepalingen als het gaat om handelingen als omschreven in art. 7:446 lid 5 (keuringen). De eerste afwijking heeft betrekking op de bewaartermijn van medische dossiers; in geval van keuringen geldt de bewaartermijn van tien jaar niet. De tweede afwijking betreft het inzage- en blokkeringsrecht van de keurling.

In het kader van een medische expertise *op verzoek van de rechtbank* zijn verder nog van belang de bepalingen

hieromtrent in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Op grond van art. 198 lid 2 Rv moet de deskundige bij zijn onderzoek partijen in de gelegenheid stellen opmerkingen te maken en verzoeken te doen. Ingevolge lid 3 van dit artikel zijn partijen verplicht mee te werken aan een deskundigenonderzoek. Wordt aan deze verplichting niet voldaan, dan kan de rechter daaruit de gevolgtrekking maken die hij geraden acht.

## Inzage- en blokkeringsrecht

Het inzage- en blokkeringsrecht geeft de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft het recht om mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen en, zo ja, of hij daarvan als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan. Tot voor kort was onduidelijk of dit recht toekwam aan degene die door een rechtbankdeskundige medisch wordt onderzocht. Uit de jurisprudentie leek naar voren te komen dat in het geval van een medische expertise in een letselschadezaak, de aard van de rechtsbetrekking zich ertegen verzette dat aan de keurling het inzage- en blokkeringsrecht toekwam.<sup>2</sup>In de literatuur werd betoogd dat de keurling dit recht wél toekwam.<sup>3</sup>Sinds het arrest van de Hoge Raad van 26 maart 2004<sup>4</sup> is aan deze onduidelijkheid een einde gekomen.

Volgens de Hoge Raad komt aan degene die door een door de rechter benoemde medische deskundige wordt onderzocht, zonder meer een beroep toe op het inzage- en blokkeringsrecht zoals opgenomen in art. 7:464 lid 2 sub b BW. Dit houdt in dat de betrokkene (de keurling) na de totstandkoming van het deskundigenrapport het recht heeft om als eerste de uitslag en de gevolgtrekking van de medische keuring te vernemen, zodat hij kan beslissen of het rapport aan anderen mag worden toegezonden.

\* mr. W.S. Kouwenhoven, advocaat, Staderman Luiten Advocaten, Postbus 1488, 3000 BL Rotterdam.

<sup>1</sup> Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

<sup>2</sup> Onder meer Hof Den Bosch 9 januari 2003, Nieuwsbrief Personenschade 2003/3, p. 10-11.

<sup>3</sup> Bijvoorbeeld 'De medische keuring of expertise en het blokkeringsrecht van de betrokkene, J.M. Beer, Verkeersrecht (VR) 1, 2002, p.5-7.

<sup>4</sup> Rechtspraak van de Week (RvdW) 2004, 54.

De Hoge Raad heeft zich (nog) niet uitgelaten over het inzage- en blokkeringsrecht van een keurling in medische expertises *buiten* rechte. Bij een buiten-gerechtigde expertise op verzoek van beide partijen is er strikt genomen (wel) sprake van een behandelings-overeenkomst in de zin van de Wgbo, omdat de keurling dan medeopdrachtgever is. Dat zou eigenlijk betekenen dat het inzage- en blokkeringsrecht van art. 7:464 BW niet van toepassing is. Echter, in de literatuur<sup>5</sup> wordt wel betoogd dat een dergelijke benadering formeel en wetstechnisch is en dat -ervan uitgaande dat art. 7:464 BW bij uitstek geschreven is voor medische keuringssituaties waarbij belangen van derden (mede) een rol spelen- het inzage- en blokkeringsrecht ook van toepassing is op medische expertises buiten rechte.

### In de praktijk

Indien vaststaat dat aan de keurling het inzage- en blokkeringsrecht toekomt, rijst vervolgens de vraag hoe hieraan feitelijk uitvoering moet worden gegeven.

Het is evident dat een keurling slechts van zijn inzage- en blokkeringsrecht gebruik kan maken indien het (concept)expertiserapport eerst aan hem (of aan zijn advocaat en/of zijn medisch adviseur) wordt toegezonden zonder dat dit rapport ook aan (de advocaat en/of de medisch adviseur van) de wederpartij wordt gestuurd. Indien zulks niet het geval zou zijn, zou het geen zin meer hebben om het rapport te blokkeren; de wederpartij heeft dan immers al kennis genomen van de inhoud van het rapport en dat wilde de keurling nu juist voorkomen. Het staat de keurling hierbij vrij om, indien het rapport uitsluitend aan hém wordt gezonden, het rapport (ook) aan zijn advocaat en zijn medisch adviseur ter inzage te geven. Laatstgenoemden kunnen hem dan adviseren omtrent zijn eventuele beroep op het blokkeringsrecht.

Indien de keurling na inzage te kennen geeft dat hij gebruik wil maken van zijn blokkeringsrecht, dan wordt het conceptrapport niet aan de wederpartij en de rechtbank gezonden. Indien de keurling laat weten dat hij het conceptrapport niet blokkeert, zendt de deskundige het rapport (ook) aan de wederpartij toe. Beide partijen zijn vervolgens in de gelegenheid om, gelet op het bepaalde in art. 198 lid 2 Rv, opmerkingen te maken en verzoeken te doen. Uit het deskundigenbericht moet blijken of hieraan is voldaan. Naar aanleiding van de opmerkingen en/of verzoeken zal de deskundige zijn conceptrapport al dan niet aanpassen. Vervolgens zendt de deskundige zijn definitieve rapport aan de wederpartij en aan de rechtbank.

---

<sup>5</sup> Zie: Onduidelijkheden rondom uitoefening 'blokkeringsrecht' bij medische expertises, M.H. Elferink, Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade (TVP) 2004, p. 51 e.v. (verder: "Elferink").

Bij een medische expertise *buiten* rechte verdient het -gelet op het feit dat in dat geval de in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering opgenomen bepalingen omtrent het deskundigenonderzoek niet van toepassing zijn- aanbeveling om vooraf af te spreken dat partijen in de gelegenheid willen worden gesteld om opmerkingen te maken en verzoeken te doen. Voorts zou ter voorkoming van misverstanden kunnen worden afgesproken dat partijen er vanuit gaan dat aan de keurling een inzage- en blokkeringsrecht toekomt. De betreffende deskundige weet dan dat hij zijn rapport eerst aan (de advocaat van) de keurling moet zenden en daarna pas, nadat de keurling hem heeft laten weten geen beroep te doen om zijn blokkeringsrecht, aan de andere partij.

### Correctierecht?

Naast de keurling zelf hebben wederpartijen van keurlingen evenzeer een groot belang bij de uitkomst van de expertise. Zij wensen uiteraard te voorkomen dat zij -nadat de keurling (en diens advocaat en medisch adviseur) inzage in het (concept)rapport heeft gehad- een 'gereviseerd' exemplaar van het rapport in handen krijgen. Er dient dan ook duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen het inzage- en blokkeringsrecht en het zogenaamde correctierecht van de keurling.

Het correctierecht is in de KNMG Handleiding voor artsen en in de richtlijnen van medische beroepsverenigingen standaard opgenomen. Op grond hiervan zou de betrokkene een correctierecht hebben ten aanzien van de feiten (en niet ten aanzien van interpretaties). <sup>6</sup>De vraag is hoe dit correctierecht zich verhoudt ten opzichte van het inzage- en blokkeringsrecht. De Advocaat-generaal van de Hoge Raad (A-G) heeft zich in zijn conclusie bij het arrest van de Hoge Raad van 26 maart jl. hierover uitgelaten. Volgens de A-G geeft het inzage- en blokkeringsrecht de keurling niet het recht om de deskundige te verzoeken iets aan het rapport te wijzigen, zelfs geen aperte fouten. Dit laatste behoort te geschieden bij het opmerkingen maken en het verzoeken doen op grond van art. 198 lid 2 Rv, derhalve *nadat* de keurling het rapport heeft ingezien en besloten heeft het niet te zullen blokkeren, aldus de A-G.

In het geval van een expertise buiten rechte zou het voorgaande mijns inziens evenzeer moeten gelden. Het verdient wederom aanbeveling dat partijen ook hierover vooraf afspraken maken. In de aanbiedingsbrief aan de deskundige zou expliciet kunnen worden opgenomen dat het inzage- en blokkeringsrecht geen *correctierecht* omvat. De deskundige weet dan dat hij het concept niet op verzoek van de keurling mag

---

<sup>6</sup> Elferink, p. 55.

<sup>7</sup> Elferink, p. 55.

aanpassen zonder dat de andere partij hiervan (inhoudelijk) kennis neemt. Het correctierecht komt de keurling dus wel toe, maar eerst op het moment dat partijen de deskundige hun opmerkingen en verzoeken naar aanleiding van het (niet-geblokkeerde) conceptrapport laten weten.<sup>7</sup>

### **Gevolgen van het gebruik maken van het blokkeringsrecht**

Zoals hiervoor reeds aangegeven zijn partijen verplicht om mee te werken aan een onderzoek door een door de rechtbank benoemde deskundige. Wordt aan deze verplichting niet voldaan, dan kan de rechter daaruit de gevolgtrekking maken die hij geraden acht. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 26 maart 2004 beslist dat indien een partij met een beroep op het blokkeringsrecht verhindert dat van de inhoud van het deskundigenbericht mededeling wordt gedaan aan de wederpartij, die partij niet voldoet aan de hiervoor aangegeven verplichting om mee te werken aan een deskundigenonderzoek. Aan het uitoefenen van het blokkeringsrecht is dus een risico verbonden. Of een rechter ook daadwerkelijk consequenties zal verbinden aan het blokkeren van een rapport, is echter onduidelijk. De praktijk zal dit moeten uitwijzen.

Bij expertises *buiten* rechte is evenmin duidelijk wat de consequenties zullen zijn. Te verwachten is dat partijen het minnelijke traject niet voort kunnen en willen zetten indien het blokkeringsrecht wordt uitgeoefend. In een procedure die dan onvermijdelijk lijkt, zal de wederpartij van de keurling kunnen aan-

geven dat voorafgaande aan de procedure een expertiserapport is geblokkeerd. Aannemelijk lijkt dat de rechter op een zelfde wijze zal omgaan met een blokkeringsrecht dat *in* dan wel *buiten* rechte is uitgeoefend. Wat hiervan de consequenties zullen zijn is, zoals hiervoor reeds aangegeven, nog niet duidelijk.

Betoogd kan worden dat indien het rapport door de keurling wordt geblokkeerd, de kosten van het onderzoek voor rekening van de keurling komen (en blijven). Het lijkt redelijk dat een verzekeraar niet behoeft te betalen voor een rapport waarover hij niet kan beschikken. Teneinde te voorkomen dat de kosten van de deskundige onbetaald blijven vanwege een geschil hierover tussen partijen, zouden zij hierover voorafgaande aan de expertise reeds afspraken kunnen maken.

### **Conclusie**

Aan de keurling die door een *rechtbankdeskundige* wordt onderzocht, komt een inzage- en blokkeringsrecht toe. Aangenomen mag worden dat dit recht ook bij medische expertises buiten rechte aan de keurling toekomt. Het inzage- en blokkeringsrecht omvat geen correctierecht. Ter voorkoming van misverstanden en onduidelijkheden verdient het aanbeveling indien partijen in geval van een expertise buiten rechte vooraf afspraken maken en de deskundige hiervan op de hoogte stellen.

*Dit artikel verschijnt ook in Kennis.*



# Het begrip arbeidsongeschiktheid in particuliere arbeidsongeschiktheidverzekeringen

Mr. E.J. Wervelman<sup>1</sup>

*Dit artikel is een bewerking van de lezing die mr. E.J. Wervelman heeft gehouden tijdens het symposium getiteld "De toekomst van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering" op 3 februari 2005 ten kantore van KBS advocaten te Utrecht.*

Dit artikel gaat over de polisvoorwaarde die - in wezen - de kern vormt van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, te weten het "begrip arbeidsongeschiktheid". Gedurende lange tijd definieerden de Modelpolisvoorwaarden van het Verbond van Verzekeraars dit begrip als:

*"de situatie waarin verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ziekte en/of ongeval voor ten minste 25% arbeidsongeschikt was tot het verrichten van werkzaamheden".*

Twee onderwerpen passeren de revue die in het kader van deze polisvoorwaarde dikwijls tot discussie leiden. Allereerst is dat (a) het onderscheid tussen de begrippen "ziekte" en "gebrek" en daarnaast (b) is dat problematiek rondom de moeilijk objectieveerbare ziektebeelden bij het begrip "arbeidsongeschiktheid" in de zin van de toepasselijke polisvoorwaarden.

## A. Onderscheid tussen ziekte en gebrek

Bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen moet men het begrip "ziekte" scherp onderscheiden van het begrip "gebrek". Het onder de leden hebben van een bepaalde ziekte die tot beperkingen leidt, geeft in beginsel recht op uitkering krachtens de verzekering. Althans, als voldaan is aan de overigens binnen het bestek van de polis gestelde eisen. Het behept zijn met een gebrek is echter niet gedekt. Een gebrek is geen ziekte en valt dan ook niet onder de dekking van de verzekering. Dat neemt niet weg dat een gebrek kan leiden tot beperkingen, maar dan zal dat moeten voortvloeien uit een ziekte en niet uit het gebrek zelf. Een gebrek is een zo-zijn. Het meest simpele voorbeeld van een gebrek is misschien wel het aangeboren missen van (een deel van) een ledemaat. Met ziekte heeft dat niet van doen.

Een ander voorbeeld van een gebrek vormt de persoonlijkheidsstoornis. Deze leidt veelvuldig tot discussie. De persoonlijkheidsstoornis is in de classificatie van psychische stoornissen, DSM-IV, gecodeerd op As-II. De DSM tekent bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen aan dat het duurzame patroon van de betrokkene star is en tot uiting komt op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties. Het veroorzaakt in significante mate lijden of brengt beperkingen met zich mee in het sociaal en het beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen. Het patroon van de verzekerde die behept is met een persoonlijkheidsstoornis is stabiel en van lange duur. Het begin kan veelal worden teruggevoerd naar tenminste de adolescentie of de vroege volwassenheid. Het duurzame patroon is dan ook niet toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.

Bij de betiteling van een persoonlijkheidsstoornis tot "gebrek" zijn overigens twee kanttekeningen te plaatsen. Allereerst (I) is dat de psychiatrie doende is met de ontwikkeling van een nieuwe versie van de DSM. Ik heb begrepen dat het assenstelsel zal worden gewijzigd. De vraag rijst dus of, zoals thans, de persoonlijkheidsstoornis ook in de toekomst nog op deze wijze zal zijn gecodeerd binnen de DSM.

Daarnaast (II) heeft onderzoek uitgewezen dat de persoonlijkheidsstoornis tot op zekere hoogte wel degelijk behandelbaar is. Dat betekent dus dat, binnen zekere grenzen, het betoog dat sprake is van een "zo zijn" niet in alle gevallen behoeft op te gaan, omdat dat alleen geldt voor die situaties waarin behandelbaarheid niet aan de orde is.

Gepubliceerde rechtspraak omtrent het begrip "gebrek" ten aanzien van particuliere arbeidsonge-

<sup>1</sup> Mr. E.J. Wervelman, advocaat, KSB advocaten Utrecht. Mr. Wervelman is op 17 december jl. gepromoveerd op de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.



schiktheidsverzekeringen bestaat niet. Mijn proefschrift bespreekt enkele niet gepubliceerde vonnissen die er, kort gezegd, op neer komen dat de rechtbank, met verzekeraar, doorgaans het onderscheid tussen het begrip “ziekte” en het begrip “gebrek” wel maakt. Dat neemt niet weg dat werkelijk alle zeilen moesten worden bijgezet om de rechtbank daartoe steeds te bewegen. Bovendien is aldus niet gezegd dat uitleg van de polisvoorwaarden op enig moment de jurisprudentie doet wijzigen. Met name ook omdat de polisvoorwaarde voor de leek niet klip en klaar maakt dat de persoonlijkheidsstoornis niet gedekt is en het op zichzelf betrekkelijk eenvoudig is om dat wél helder tot uitdrukking te brengen. Oftewel: als verzekeraar jegens verzekerde “klare wijn” te schenken. De verzekeraar weet ten slotte dat hij niet van zins is om de persoonlijkheidsstoornis te dekken.

Strikt genomen maakt het citaat van de polisvoorwaarde duidelijk dat van arbeidsongeschiktheid uitsluitend sprake is, indien er een relatie bestaat tot ziekte of ongeval. Met andere woorden is - alleen al daarom - op zichzelf een relatie tot “gebrek” niet gedekt. Dat is overigens anders in de sociale zekerheidswetgeving waar niet sprake is van de begrippen “ziekte” of “ongeval”, maar nu juist van “ziekte” of “gebrek”. Dat is binnen het bestek van particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen dus anders. Dit onderscheid leidt bij verzekerden veelvuldig tot onbegrip. Steeds weer wordt (ten onrechte) betoogd dat het toch niet zo kan zijn dat de sociale zekerheidswetgeving wél uitkering doet bij gebrek en de verzekering niet. Ofschoon deze visie menselijkerwijs begrijpelijk lijkt, ziet deze ten onrechte voorbij aan de polisvoorwaarden (het contract) dat verzekeraar en verzekerde bij de particuliere arbeidsongeschiktheids-verzekering bindt. In de sociale zekerheidswetgeving geldt dat niet.

Ik heb dan ook de suggestie gedaan - die ik hierbij herhaal - om met zoveel woorden in een volgende versie van de Modelpolisvoorwaarden tot uitdrukking te brengen dat een gebrek niet is gedekt krachtens de polis. Ik denk dan aan de redactie van de Modelpolisvoorwaarden in de trant van:

“Onder stoornissen in de zin van deze polis wordt in ieder geval niet verstaan gebreken, tenzij deze het gevolg zijn van ziekte of ongeval. Ingeval van psychiatrische stoornissen wordt onder ziekte uitsluitend verstaan een psychiatrische ziekte als omschreven in As-I van de laatste druk van de DSM. Een persoonlijkheidsstoornis wordt derhalve niet als stoornis in de zin van deze polis aangemerkt”.

## B. Problematiek rondom moeilijk objectieerbare ziektebeelden

Het als tweede te bespreken onderwerp is de problematiek rondom moeilijk objectieerbare ziektebeelden bij het begrip “arbeidsongeschiktheid”. Een en ander heeft een stroom van jurisprudentie opgeleverd. Zowel gepubliceerde als niet gepubliceerde. De Hoge Raad heeft zich hierover tot op heden twee keer uitgesproken. Inzet van deze beide procedures vormde de polisvoorwaarde die hiervoor is geciteerd. De Modelpolisvoorwaarden zijn inmiddels gewijzigd. De huidige voorwaarden vereisen in tegenstelling tot de oude Modelpolisvoorwaarden dat er:

“in directe relatie tot ziekte of ongeval objectieve medische stoornissen bestaan waardoor verzekerde voor tenminste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden”.<sup>3</sup>

Dat is dus wat anders dan “het rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen” daartoe niet in staat zijn. Maar, nu de Hoge Raad zich over de huidige polisvoorwaarden nog niet heeft uitgelaten, rijst de vraag of zijn visie stand houdt onder de huidige polisvoorwaarden. Ik zou menen van wel en bespreek daarom thans met u twee arresten. Allereerst het arrest dat de Hoge Raad heeft gewezen in de zaak Van Lieshout / Interpolis op 16 april 1999. Daarnaast bespreek ik het - meer recente - arrest dat de Hoge Raad heeft gewezen op 10 oktober 2003 .

Van Lieshout was met ingang van 1 mei 1985 tegen arbeidsongeschiktheid verzekerd bij Interpolis. Het verzekerd beroep was dat van medewerkster van een land- en veehoudersbedrijf. Ongeveer een jaar later staakte zij haar werkzaamheden als gevolg van pijn in haar heup en haar been. Interpolis verstrekte gedurende enige tijd uitkeringen, maar was met ingang van 2 januari 1990 van oordeel dat bij Van Lieshout sprake was van minder dan 25% arbeidsongeschiktheid. De uitkering werd aldus gestaakt. Van Lieshout nam daarmee geen genoegen en stapte naar de rechter. De Rechtbank benoemde een orthopedisch chirurg die bij Van Lieshout wel reële klachten trof, maar geen zodanige objectieve afwijkingen die die klachten afdoende konden verklaren. Volgende afwijzing van de vordering. Daarmee nam Van Lieshout geen genoegen en stelde hoger beroep in. Het Hof bekrachtigde het vonnis van de rechtbank door de volgende dieldeling te maken:

- (a) klachten waarbij sprake is van aanstellerij, inbeelding of aggravatie;
- (b) klachten waarbij er geen reden is om aan te nemen dat sprake is van omstandigheden als bedoeld onder (a) en die op zichzelf dus

<sup>3</sup> Inmiddels heeft het Verbond van Verzekeraars nieuwe Modelpolisvoorwaarden in de maak.

alleszins serieus zijn te nemen, maar waarvoor geen medisch grond is aan te wijzen;

- (c) klachten waarvoor een medische grond is aan te wijzen.

De Hoge Raad liet het arrest van het Hof in stand door te overwegen dat de polisvoorwaarden de scheidslijn bedoelen te leggen tussen de categorieën (b) en (c) en niét tussen de categorieën (a) en (b). De klachten van Van Lieshout waren op zichzelf wel reëel, maar er was geen medisch aanwijsbare afwijking of oorzaak die die klachten kon verklaren. Evenmin was sprake van een ziektebeeld bij Van Lieshout dat kon worden aangeduid of herkend maar waarvan een eenduidige oorzaak nog niet bekend was. Zoals bijvoorbeeld fibromyalgie.

Van dát ziektebeeld had het Hof namelijk vastgesteld dat de tussenfase waarin het ziektebeeld herkenbaar en benoembaar maar de oorzaak onbekend was, moest aangeduid als een medisch vaststelbaar gevolg van ziekte. Nu die situatie zich bij Van Lieshout niet voordeed, verwierp de Hoge Raad het cassatieberoep en bleef Van Lieshout aldus van uitkering verstoken.

In zekere zin in lijn met het arrest Van Lieshout / Interpolis ligt het arrest dat de Hoge Raad heeft gewezen op 10 oktober 2003. Verzekerde was eigenaresse van een aantal winkels waarin zij ook zelf werkzaam was. Met ingang van 28 november 1985 meldde verzekerde zich arbeidsongeschikt bij verzekeraar wegens pijnklachten aan haar sleutel- en borstbeen. Aanvankelijk ontving zij uitkeringen. Met ingang van eind november 1986 staakte verzekeraar deze. Verzekerde nam daarmee geen genoegen en dag-vaardde. Na inwinnen van het deskundigenbericht overwoog de rechtbank dat bij verzekerde sprake was van fibromyalgie, waarna een arbeidsdeskundige werd benoemd om te onderzoeken of bij verzekerde zodanige beperkingen bestonden dat moest worden gesproken van arbeidsongeschiktheid in de zin van de toepasselijke polisvoorwaarden. Het arrest werd daarop vernietigd, omdat het Hof van oordeel was dat bij verzekerde sprake was van 50% arbeidsongeschiktheid. De Hoge Raad achtte dat oordeel te kort door de bocht.

Waar het mij om gaat, is de overweging van de Hoge Raad ten aanzien van de stelling van verzekeraar dat fibromyalgie geen ziekte was in de zin van de toepasselijke polisvoorwaarden. In navolging op het Hof verwierp de Hoge Raad die stelling door te overwegen dat het begrip “ziekte” niet nader in de polis was gedefinieerd en pijnsyndromen als fibromyalgie niet uitdrukkelijk waren uitgesloten van dekking. Niet onbegrijpelijk en niet onvoldoende gemotiveerd

achtte de Hoge Raad de overweging van het Hof dat het begrip “ziekte” in het algemeen spraakgebruik met zich bracht dat in de gegeven omstandigheden het Hof dit begrip zo had mogen opvatten en in de onderlinge relatie tussen partijen zo had mogen opvatten dat fibromyalgie dús gedekt was.

Temeer ook daar verzekeraar aan verzekerde geen andere uitleg had gegeven, moest naar het oordeel van het Hof en, als gezegd de Hoge Raad, worden uitgegaan van de betekenis die aan het begrip “ziekte” in het algemeen spraakgebruik werd toegekend. Het enkele feit dat artsen geen bepaalde ziekte kunnen diagnosticeren brengt niet steeds met zich mee dat betrokkene dús niet ziek is, aldus het Hof.

Zoals gezegd heeft de Hoge Raad zich tot op heden niet uitgelaten over de huidige Modelpolisvoorwaarden. Lagere, deel gepubliceerde, deels ongepubliceerde rechtspraak is wel voor handen. Die geeft een vrijwel consistent beeld te zien dat herkenbare en benoembare ziektebeelden gedekt zijn krachtens de polis. Het Gerechtshof Amsterdam achtte RSI bij een zelfstandig technisch tekenaar gedekt in zijn arrest van 28 maart 2002<sup>5</sup>, door te overwegen dat onomstreden was dat verzekerde als gevolg van zijn lichamelijke pijnklachten zijn werk als zelfstandig werknemer niet meer kon verrichten. Voorts stond, zo vervolgde het Hof, niet ter discussie dat zijn klachten reëel waren. Dat wil zeggen niet louter subjectief, ingebeeld, gesimuleerd of overdreven. Bij verzekerde was een RSI-syndroom gediagnosticeerd. Het Hof achtte dat een herkenbare en benoembare aandoening die naar zijn oordeel was gedekt. In een overweging ten overvloede overwoog het Hof nog dat het niet de bedoeling kon zijn een verzekerde van uitkering uit te sluiten op de enkele grond dat de medische wetenschap (nog) geen afdoende verklaring voor de klachten kon geven.

Een soortgelijke opvatting houdt het Hof Den Haag erop na in zijn arrest van 15 april 2003<sup>6</sup>. Bij verzekerde, van beroep lasser, was de diagnose chronisch pijnsyndroom gesteld. Diverse artsen hadden verzekerde in de loop der tijd onderzocht en waren van oordeel dat sprake was van reële, niet volledig begrepen klachten die deel berustten op aangetoonde orthopedische afwijkingen, maar deels ook werden versterkt door een psychische somatisatiestoornis.

Dat de diverse artsen op het punt van de klachten niet geheel gelijklopende oordelen hadden deed er naar het oordeel van het Hof niet aan af dat was voldaan aan de in de polis neergelegde voorwaarde ter zake van de medische objectiveerbaarheid van de stoornis.

<sup>4</sup> Te kennen uit Letsel & Schade 2004, 1; JOL 2003, 511. Het arrest is niet gepubliceerd in de RvdW en (nog) niet in de NJ.

<sup>5</sup> Diss., p. 236-238.

<sup>6</sup> Diss., p. 242.

De vraag rijst waar dit alles nu toe leidt. Naar mijn mening liggen de arresten van de Hoge Raad van 1999 en 2003 met elkaar in lijn, omdat bij Van Lieshout geen sprake was van een verzekerd evenement in die zin dat geen sprake was van klachten waarvoor een medische grond viel aan te wijzen en evenmin sprake was van een herkenbaar en benoemd ziektebeeld. De kern van het arrest van 2003 is nu juist dat daarvan in die situatie wel sprake was.

Annotator Clausing heeft zich in zijn noot onder het arrest van Van Lieshout / Interpolis de vraag gesteld of het Hof in die zaak anders zou hebben geoordeeld als het zou zijn gegaan om serieus te nemen whiplash-klachten zonder een aanwijsbare medische grond. Hij denkt van wel. Ik ook. Maar het moet dan wel gaan om klachten van verzekerde die voldoen aan de criteria van het post-whiplashsyndroom zoals die laatstelijk zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Neurologie.

Met nadruk kan ik u daarbij wijzen op de publicatie van Van Gijn en Walvoort in het NTvG van 2002<sup>7</sup>. Uit hun publicatie valt af te leiden dat klachten alleen niet steeds aanleiding geven om aan te nemen dat bij een patiënt dus sprake is van een ziekte. Met name ook geldt dat ten aanzien van ziektebeelden die uit-sluitend door de patiënt zelf kunnen worden waar-genomen. Waar het dan om gaat is of beantwoording van de vraag of de klachten die verzekerde stelt te hebben vallen onder de afspraken die medici hebben gemaakt om een bepaalde diagnose te kunnen stellen. Oftewel dat sprake is van een "herkenbaar en benoembaar ziektebeeld". Terecht hebben Van Gijn en Walvoort erop gewezen dat medici de grenswaarden steeds opnieuw afspreken en dat het inzicht in ziekte voortdurend aan wijziging onderhevig is. Dat brengt mij er dan ook op dat ik ervoor zou willen pleiten om in een volgende versie van de Modelpolisvoorwaarden met zoveel woorden tot uitdrukking te brengen dat voor het bestaan van arbeidsongeschiktheid bij verzekerde sprake moet zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Bijvoorbeeld dus RSI.

Men kan zich overigens afvragen of het steeds noodzakelijk is dat op de klachten een etiket kan worden geplakt. In essentie is het antwoord op die vraag niet zo van belang, omdat voldoende is dat medici de klachten van verzekerde kunnen benoemen. Daaraan

schortte het wél bij Van Lieshout, maar níét bij de verzekerde over wie de Hoge Raad oordeelde in 2003. Met de zinsnede van het "herkenbaar en benoembaar ziektebeeld" wordt, naar ik zou menen, voldoende tot uitdrukking gebracht dat het begrip "ziekte" aan een voortdurende wijziging onderhevig is. Eveneens wordt iets meer duidelijkheid gegeven over het begrip "ziekte". Met name ook valt deze wijziging van de Modelpolisvoorwaarden te bepleiten, omdat ik heb begrepen dat het vrijwel ondoenlijk is om het begrip "ziekte" op zichzelf nader te definiëren.

Een andere mogelijkheid om meer duidelijkheid te verschaffen omtrent het antwoord op de vraag wat wel en wat niet krachtens de toepasselijke polisvoorwaarden is gedekt is de volgende. Het staat verzekeraars vrij om te bepalen in hoeverre zij dekking wensen te bieden. Dat neemt echter niet weg dat zij die bedoeling in de polisvoorwaarden tot uitdrukking moeten brengen op een wijze die voor de verzekerde duidelijk en begrijpelijk is. De verzekeraar die van dekking wil uitsluiten iedere arbeidsongeschiktheid terzake waarvan geen medisch te objectiveren afwijkingen of symptomen kunnen worden vastgesteld moet dat aldus tot uitdrukking brengen in de polisvoorwaarden. Dat mag temeer ook van verzekeraar worden verwacht nu die de tekst van de voorwaarden redigeert. De verzekeraar heeft aldus evenzeer de mogelijkheid om haar bedoeling duidelijker tot uitdrukking te brengen, bijvoorbeeld door moeilijk objectiveerbare ziektebeelden, zoals RSI of CVS, expliciet van dekking uit te sluiten. Daarmee zou de branche meer duidelijkheid scheppen over de vraag wat wel en wat niet gedekt is. Bovendien zouden verzekeraars ervoor kunnen opteren om verschillende soorten polisvoorwaarden aan te bieden. In die zin dat aspirant-verzekeringnemer de keuze geboden wordt om deze ziektebeelden te verzekeren of niet<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> J. van Gijn en H.C. van Walvoort, NTvG 2002, p. 1672-1674.

<sup>8</sup> Een zelfde soort discussie speelt in de branche met betrekking tot de schade- en sommenverzekering. Het Verbond van Verzekeraars is te dien aanzien doende om twee soorten Modelpolissen te ontwikkelen. De ene gaat uit van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering als "sommenverzekering"; de andere gaat uit van de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering als "schadeverzekering". Het doel van dat onderscheid is om de daarover bestaande discussie op te lossen. Het maken van onderscheid tussen wel en niet gedekte evenementen in verschillende soorten polissen zou deze discussie evenzeer kunnen kanaliseren.

## Samenvatting

Mr. Wervelman beschrijft in zijn artikel het begrip arbeidsongeschiktheid bij particuliere verzekeringen. Als uitgangspunt neemt hij de modelpolisvoorwaarden van het Verbond van Verzekeraars waarbij sprake moet zijn van ziekte en/of ongeval. Hij gaat dieper in op de begrippen ziekte en gebrek waarbij persoonlijkheidsstoornissen als gebrek worden geduid. Dit leidt regelmatig tot juridische procedures, temeer daar in de sociale zekerheidswetgeving wel van ziekte en gebrek wordt gesproken en niet van ongeval.

Daarnaast belicht hij een ander aspect van ziekte en dat betreft de moeilijk objectiveerbare ziektebeelden. Uit jurisprudentie blijkt dat de rechter vaak bij het begrip ziekte uitgaat van de betekenis die in het algemeen spraakgebruik daaraan wordt toegekend.

Het begrip ziekte is bepaald niet eenduidig zoals ook blijkt uit een artikel in het NTvG van 2002<sup>9</sup> over verschillende indelingsprincipes bij het benoemen van ziekte. Het onderstaande overzicht werd met toestemming uit dit artikel overgenomen.

*'Diseases are not independent entities but human constructions'.*

Redactie

### Verschillende indelingsprincipes bij het benoemen van ziekten<sup>9</sup>

- **naar enkelvoudige oorzaak**  
(bijv. trauma, tuberculose, downsyndroom)
- **naar (patho)morfologische veranderingen**  
(bijv. myocardinfarct, melanoom, furunculosis, palatoschisis)
- **naar (patho)fysiologische veranderingen: door de arts waarneembare verschijnselen** (bijv. schizofrenie, lumbale hernia, decompensatio cordis, diabetes mellitus, hypertensie, hypercholesterolemie)
- **naar subjectieve ziekteverschijnselen van de patient**  
(bijv. migraine, chronische-vermoeidheidsyndroom)

## PERSBERICHT

# Beter worden is niet ieders belang

Promotieonderzoek bevestigt dat het behouden of verkrijgen van een sociaal voordeel bewust of onbewust een doorslaggevende factor kan zijn, die een antitherapeutische werking heeft. Patiënt en psychiater, psycholoog of psychotherapeut moeten rekening houden met het feit dat de kans op een negatief behandelresultaat hierdoor tweemaal zo groot is. De actualiteit van het concept 'ziektebehoefte' wordt geïllustreerd aan de hand van posttraumatische stressstoornis, RSI en whiplash.

Zo spoedig mogelijk na manifestatie dient secundaire ziekte winst op een directe wijze door de behandelende professional met de patiënt te worden besproken.

Promovendus J.J. van Egmond: "Over secundaire ziekte winst schreef Freud reeds. Wetenschappelijk onderzoek geeft nu aan dat patiënten met een bewust streven naar

materiële ziekte winst sterkere ziektegevoelens kunnen gaan ervaren en dat dit samenhangt, overigens zonder dat zij zich ervan bewust zijn. De moderne samenleving met gevestigde systemen van ondersteuning, regels en procedures bevordert dit ziektegedrag."

<sup>9</sup> Bron: J. van Gijn en H.C. Walvoort, NTvG 2002; 146 (36).

In zijn proefschrift beschrijft psychiater en psychoanalyticus Van Egmond onder meer het resultaat van een onderzoek bij 166 patiënten in een poliklinische setting. Van deze mensen, die voor het eerst de psychiatrische polikliniek bezoeken, blijkt in dit onderzoek 42% te verwachten dat de psychiater of psycholoog ook behulpzaam zal zijn bij het verstrekken van informatie aan derden. Het betreft dan informatie, ten gunste van de betrokken patiënt, aan keuringsarts of advocaat. De gunst die aan de patiënt verleend wordt is dat de verstrekte informatie gegevens bevat waaruit blijkt dat er bij de patiënt geestelijke zwakheden zijn vastgesteld, die voor betrokkene sociaal voordeel kunnen opleveren. Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het verkrijgen van een uitkering (bv. WAO), huisvesting of strafvermindering. Een belangrijk resultaat van dit onderzoek is de vaststelling dat er een relatie bestaat van dit sociaal voordeel-aspect met het resultaat van de behandeling.

De antitherapeutische werking van het sociaal voordeel wordt echter door de psychiater of psycholoog en psychotherapeut niet of onvoldoende herkend. De kans op een negatief behandelresultaat bij patiënten, die aanwijsbaar sociaal voordeel zoeken bij het 'in therapie zijn', is bijna tweemaal zo groot als voor patiënten die uitsluitend verbetering van hun psychische conditie zoeken, zonder bijbedoelingen van sociaal of materieel voordeel.

Dit onderzoek is zeer relevant voor patiënten, psychiaters, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten die, gezamenlijk, de individuele vraag naar geestelijke gezondheidszorg analyseren en de beste behandelkoers bespreken en uitvoeren. De slaagkans van de behandeling wordt bevorderd door deze weerstanden tegen 'beter worden' tijdig te bespreken. Het beoordelen van psychische invaliditeit is geen kwalificatie van behandelende psychiaters en psychologen. Het zou helpen indien ook overheid en (uitkerings-) instanties hiermee rekening willen houden.

C:\Documents and Settings\Raymond\Bureaublad\promotie JvEp.doc

## FEITEN EN CIJFERS EN KENGETALLEN

Geestelijke gezondheidszorg (ggz) Een op de vier volwassenen heeft jaarlijks een psychische stoornis. De ggz richt zich als gespecialiseerde sector op preventie, genezing, vermaatschappelijking en bemoeizorg.

Ruim 600.000 volwassen mensen ontvangen jaarlijks ambulante behandeling voor hun stemmingstoornissen, angststoornissen, alcoholproblemen, drugsproblemen of schizofrenie (bron Trimbos-instituut, Utrecht); 41% mannen en 59% vrouwen tussen 18 en 65 jaar kregen deze ambulante geestelijke gezondheidszorg.

1. 43% werd behandeld wegens stemmingstoornissen
2. 38% wegens angststoornissen

3. 12% wegens alcoholproblematiek
4. 5% wegens drugsproblemen
5. 1% wegens schizofrenie.

Tot de ambulante geestelijke gezondheidszorg worden gerekend: de psychiatrische polikliniek, het CAD, de Riagg, de vrijgevestigd psychiater, de vrijgevestigd psychotherapeut en de vrijgevestigd gezondheidszorgpsycholoog. Op verwijzing van de huisarts kan men in behandeling komen bij de psychiatrische polikliniek. Thans worden behandelingen bekostigd via de volksverzekering AWBZ en vanaf 2006 via de nieuwe Zorgverzekeringswet. De zorguitgaven voor de ggz bedragen ruim € 3,2 miljard.

**Adhesie** (directie: Nico Bolkesteinlaan 1, Deventer)

Adhesie, een zogeheten geïntegreerde ggz instelling, in Midden-Overijssel heeft vestigingen in Almelo, Hellendoorn, Deventer en Raalte. Zowel de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de klinische zorg als de ggz-thuiszorg worden door Adhesie geboden. In Deventer is onder meer de psychiatrische polikliniek gevestigd, die behoort tot Adhesie en tevens onderdeel is van de maatschap psychiatrie 'De Hanzepoort'. Deze polikliniek is gevestigd aan de Pikeursbaan nr. 3 in het centrum van de stad naast het Riagg

## De promovendus

Sinds 1985 is leidinggevend polikliniekpsychiater J.J. van Egmond aan Adhesie verbonden. Hij zal op vrijdag 18 maart 2005 promoveren tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift over 'secondary gain in psychiatry' aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Zijn promotoren zijn prof. dr. A.J.L.M. van Balkom en prof. dr. W. van Tilburg. De heer J.J. van Egmond is naast zenuwarts en psycholoog ook psychoanalyticus. Hij deed in het kader van deze promotie onderzoek naar zogeheten nevenmotieven bij patiënten die een behandelresultaat negatief beïnvloeden. Promovendus van Egmond is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diagnostiek, advisering en de poliklinische psychiatrische behandeling van psychische stoornissen in de regio Deventer.

## De persoon

J.J. van Egmond werd te Rijnsburg geboren op 26 februari 1949. Na zijn eindexamen gymnasium B in Leiden studeerde hij geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en in 1976 werd het artsexamen afgelegd; daarna specialiseerde hij zich tot zenuwarts (psychiater en neuroloog). In 1984 haalde hij ook het doctoraal examen in de klinische psychologie. Het MBA Bedrijfskunde behaalde hij aan de universiteit van Nijenrode in 1993. De heer van Egmond is gehuwd met M. van Es en zij hebben vier kinderen; de familie woont in de gemeente Deventer.

Advertentie De Hoop

## Agenda

De agenda wordt verzorgd door de redactie van GAVscoop. De agenda is bestemd voor de leden van de GAV. De GAV-ledenvergaderingen zijn besloten en uitsluitend toegankelijk voor GAV-leden en genodigden. Ook de genoemde congressen e.d. zijn meestal beperkt toegankelijk. Agendapunten die van belang kunnen zijn voor de leden van de GAV kunt u aanmelden via e-mail: gavscoop@gav.nl. Vermeld hierbij: locatie, datum, kosten, titel, organisator, doelgroep, adres en telefoonnummer waar informatie kan worden opgevraagd en eventuele bijzonderheden.

### 2005

13 april

**Gastro-enterologische aandoeningen. Recente ontwikkelingen, diagnostische aspecten en praktische handvatten bij verzuim en reïntegratie.**

Organisatie: Benecke N.I.

Locatie: Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Kosten: € 295,- excl. BTW (€ 351,05 incl.), korting bij deelname aan 2 of meer van de cursussen van 13/4, 27/4, 11/5 en/of 26/5.

Info: Benecke N.I. Deelnemersadministratie, tel. 020-6966349, [www.benecke.nl](http://www.benecke.nl)

E-mail: [deelnemersadministratie@benecke.nl](mailto:deelnemersadministratie@benecke.nl)

**Verzekeraarbaarheid hiv dichterbij.**

Organisatie en locatie: Verbond van Verzekeraars, 's Gravenhage. Themabijeenkomst, ochtend.

15 april 2005:

**Chronische vermoeidheidssyndroom.**

Organisatie: PAOG Heyendaal

Locatie: Niet gespecificeerd

Kosten: € 255,-

Info: tel. 024-3610342 of [www.umcn.nl/paog.nl](http://www.umcn.nl/paog.nl), fax 024-3540568

E-mail: [a.wolf@paog.umcn.nl](mailto:a.wolf@paog.umcn.nl)

17-20 april

**Survival in a changing world of risk management.**

International Underwriting Congress 2005

Organisatie: LOMA

Locatie: Genève, Zwitserland

Kosten: inschrijving tot 21 maart 2005: leden \$ 775, niet-leden \$ 975, na 21 maart 2005 leden \$ 875, niet-leden \$ 1075

Info: [www.loma.org/iuc.asp](http://www.loma.org/iuc.asp)

20 april

**Arbeidsongeschiktheid en arbeid, een goede combinatie? FOV-studiedag.**

Organisatie: FOV.

Locatie: Hotel-restaurant Heidepark, Bilthoven

Kosten: € 95,-

Info: FOV-secretariaat, tel. 030-6567504.

Opgeven s.v.p. vóór 30 maart 2005.

E-mail: [info@fov.nl](mailto:info@fov.nl)

27 april

**Reumatische ziektebeelden en werk. Belastbaarheid, revalidatie en reïntegratie: de actuele stand van zaken.**

Organisatie: Benecke N.I.

Locatie: Planetarium Gaasperplas, Amsterdam

Kosten: € 295,- excl. BTW (€ 351,05 incl.), korting bij deelname aan 2 of meer van de cursussen van 13/4, 27/4, 11/5 en/of 26/5.

Info: Benecke N.I. Deelnemersadministratie, tel. 020-6966349, [www.benecke.nl](http://www.benecke.nl)

E-mail: [deelnemersadministratie@benecke.nl](mailto:deelnemersadministratie@benecke.nl)

## Colofon

Tijdschrift voor Geneeskundig  
Adviseurs in particuliere  
Verzekeringzaken

### Redactie

Mw. G.A. van Beelen (penningmeester)  
Mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf  
S.J.H. Eggen  
W.G. Fontein  
J.J. Meulenkamp  
F.S.L. Schmidt  
M.L.A. Schotel  
K. de Wilde (hoofdredacteur)

### Redactieadres

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek  
p/a Busselterweg 13  
7973 KN Darp  
email: gavscoop@gav.nl  
internet: <http://www.gav.nl>

### Uitgave

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig  
Onderzoek.

### Druk/Lay-out

Drukkerij Goudkuil, Beekbergen/  
HieroSign, Apeldoorn

### Abonnementen

G.A.V.-leden krijgen het Tijdschrift toegezonden. De abonnementsprijs voor niet-leden bedraagt € 45,- per jaar. Opgave bij de secretaris van de Stichting. Betalingen op rekeningnummer 17.44.060 t.n.v. SBVO Breukelen.

### Auteursrechten

Overnemen van artikelen of delen hiervan is slechts mogelijk met schriftelijke toestemming van de Stichting tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek onder vermelding van de bron. Aansprakelijkheid voor ingezonden artikelen ligt niet bij de redactie.

### ISSN

1387-6082

## Agenda (vervolg)

### 2005

- 11 mei **Bewegingsapparaat en werk". Klachten aan arm, nek en schouder.**  
Organisatie: Benecke N.I.  
Locatie: Academisch Medisch Centrum, Amsterdam  
Kosten: € 295,- excl. BTW., (€ 351,05 incl.), korting bij deelname aan 2 of meer van de cursussen van 13/4, 27/4, 11/5 en/of 26/5.  
Info: Benecke N.I. Deelnemersadministratie, tel. 020-6966349, [www.benecke.nl](http://www.benecke.nl)  
E-mail: [deelnemersadministratie@benecke.nl](mailto:deelnemersadministratie@benecke.nl)
- 12 mei **GAV-cursus: Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.** Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.
- 26 mei **Verzuim en reïntegratie bij neurologische problematiek.** Focus op slaapstoornissen en wegrakingen.  
Organisatie: Benecke N.I.  
Locatie: NH City North hotel, Amsterdam  
Kosten: € 295,- excl. BTW., (€ 351,05 incl.), korting bij deelname aan 2 of meer van de cursussen van 13/4, 27/4, 11/5 en/of 26/5.  
Info: Benecke N.I. Deelnemersadministratie, tel. 020-6966349, [www.benecke.nl](http://www.benecke.nl)  
E-mail: [deelnemersadministratie@benecke.nl](mailto:deelnemersadministratie@benecke.nl)
- 2 juni **Swiss Re Colloquium.** Locatie Congrescentrum Amstelveen.
- 9 juni **Algemene Ledenvergadering GAV.**  
Locatie: Interpolis Verzekeringen, Tilburg.
- 8-9 september **GAV-cursus: Levensverzekeringen, capita selecta en personenschade.** Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.
- 10-11 november **GAV symposium,** Locatie volgt.
- 17 november **GAV-cursus: Zorg en schrijptieoverleg.** Zie GAVscoop oktober 2004, pagina 50.
- 24 november **Algemene Ledenvergadering GAV.**  
Locatie: Amersfoortse Verzekeringen, Amersfoort