

# **Verslag Expertmeeting asbest en longkanker Instituut Asbestslachtoffers**

6 april 2006



# Colofon

**Uitgave van Instituut Asbestslachtoffers  
IAS publicatie 2006/2**

**Verslag**

Derk Morreau

**Eindredactie**

S.A. Aarendonk

M.A. van der Woude

**Juni 2006**

**Foto voorzijde:** *rokende werknemer in een asbestomgeving, in 2001 in de Oekraïne gemaakt door Gert van der Laan (NCvB)*

---

# **Expertmeeting asbest en longkanker**

## **Instituut Asbestslachtoffers**

Donderdag 6 april 2006  
in de Raadzaal van het SER-gebouw te Den Haag  
13.30 - 17.30 uur



# Inhoudsopgave

Inleiding	5
Samenvatting Advies Gezondheidsraad	6
Bijdrage van de heer dr. O. Visser. Asbestgerelateerde longkanker: epidemiologische en medische karakteristiek.	8
Bijdrage van de heer prof. dr. D. Heederik. Toelichting advies Gezondheidsraad Asbest en longkanker	11
Bijdrage van de heer mr. dr. A.J. Van. Proportionele juridische benadering in Advies asbest en longkanker	16
Bijdrage van mevrouw mr. N. Cancian-van Ballegooijen. Juridische knelpunten van de proportionele benadering	20
Bijdrage van de heer mr. J. van Kessel. Claimbeoordeling asbestgerelateerde longkanker bij Defensie.	22
Bijdrage van de heer drs. G. van der Laan. Aanpak omringende landen.	25
Conclusies door dagvoorzitter mevrouw M. Tiesinga-Autsema	26
Bijlage. Samenvatting uitspraak Hoge Raad d.d. 31-03-2006: longkanker bij asbestmenger zonder voorafgaande asbestose (C04/303HR)	27
Bijlage. CV sprekers	29
Literatuurlijst	31

# Inleiding

Waarom een expertmeeting bij het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) over asbestgerelateerde longkanker? Het IAS is in eerste instantie opgericht ten behoeve van asbestslachtoffers met de ziekte (maligne) mesothelioom. Maar bij de oprichting zijn ook “ontwikkelingstaken” toegekend met betrekking tot andere asbestziekten, waaronder longkanker. Afspraak was indertijd dat de Raad van Toezicht en Advies (RTA) van het IAS binnen een jaar na verschijnen van het advies van de Gezondheidsraad over asbestgerelateerde longkanker een oordeel zou geven over de uitbreiding van de werkingssfeer van het IAS naar die categorie slachtoffers. De RTA zou zich op basis daarvan ook uitspreken over de mogelijkheid tot het aannemen van proportionele aansprakelijkheid. Medio 2005 kwam het rapport van de Gezondheidsraad uit. Het is daarna behandeld in een vergadering van de RTA in november 2005.

De RTA was van oordeel dat nader onderzoek nodig was. Want er bleken veel vragen te zijn over het advies, vooral over de door de Gezondheidsraad voorgestelde proportionele aanpak. Vragen van medische en juridische aard (causaliteit), over de vergelijking met het buitenland en de praktische uitvoerbaarheid van de gehanteerde formule en de wetenschappelijke onderbouwing daarvan.

De voorzitter van de RTA, drs. Jan Gmelich Meijling, heeft aan de voorzitter van het bestuur van het IAS, Marie-Louise Tiesinga, gevraagd om een expertmeeting te organiseren. Deze bijeenkomst, waarbij de leden van de RTA, zich hebben laten adviseren door een aantal vooraanstaande deskundigen op dit gebied vond op 6 april 2006 plaats. Daarbij deed zich de toevallige omstandigheid voor dat een week eerder de Hoge Raad een arrest had gewezen inzake proportionele schadevergoeding bij samenloop van asbestbesmetting en roken. Deze uitspraak - en de gevolgen daarvan - liep als een rode draad door de bijeenkomst.

Dit verslag begint met een samenvatting van het rapport van de Gezondheidsraad en een korte uiteenzetting over proportionele aansprakelijkheid. Het bevat een ‘bloemlezing’ van de bijdragen van de experts, een weergave van vragen/opmerkingen/discussie in de zaal en eindigt met de conclusies van dagvoorzitter Tiesinga. In de bijlage vindt u een samenvatting van de uitspraak van de Hoge Raad d.d. 31 maart j.l. inzake een in zijn werk aan asbest blootgestelde ex-werknemer die minstens 28 jaar had gerookt en in 2000 aan longkanker overleed.

# Samenvatting Advies Gezondheidsraad

## Antwoord op de adviesaanvraag (pagina 59)

'Dat asbestblootstelling longkanker kan veroorzaken staat buiten kijf. Dat het in bepaalde situaties tot de zorgplicht van de werkgever behoorde om die blootstelling te voorkomen en dat hij daarom aansprakelijk gehouden kan worden voor de gezondheidsschade bij de aan asbest blootgestelde werknemers, is in verscheidene rechtszaken vastgesteld. Aangezien longkanker ook door andere factoren kan worden veroorzaakt, met roken als belangrijkste, doet zich in dit soort zaken echter steeds de vraag voor of de asbestblootstelling in het werk wel de oorzaak was van de kwaadaardige longtumor. Het gaat hier dus om het vaststellen van de veroorzakingswaarschijnlijkheid. De bevindingen van de commissie wat dat betreft zijn de volgende.

De eerste stap vormt het vaststellen van de asbestblootstelling. De Commissie meent dat dat een taak is voor een ervaren arbeidshygiënist. Die geeft op grond van informatie over de diverse tewerkstellingen van de betrokken werknemer een bereik van cumulatieve blootstellingwaarden ( $E$ ) aan waarbinnen volgens hem de asbestblootstelling valt. Tevens becijfert hij een meest waarschijnlijke waarde. Overigens meent de commissie dat het aanbeveling verdient op een systematischer wijze onzekerheden in de blootstellingsschatting te verdisconteren dan thans het geval is.

De volgende stap is het berekenen van de veroorzakingswaarschijnlijkheid ( $PoC$ ), de kans dat de kwaadaardige tumor het gevolg is van de beroepsmatige asbestblootstelling. De Commissie heeft aangegeven dat deze onder bepaalde, redelijke veronderstellingen kan worden berekend uit de cumulatieve blootstelling en het extra relatieve risico per eenheid van cumulatieve blootstelling (uitgedrukt in vezeljaar), zoals dat in epidemiologisch onderzoek is gevonden. Die laatste grootte, aangeduid als  $K$ , heeft waarden tussen 0,5 en 5 procent per vezeljaar. Voor het merendeel van de toepassingen van asbest in de Nederlandse industrie is een waarde van 1 procent per vezeljaar een redelijke schatting. Als iemand zijn gehele leven niet heeft gerookt ligt een waarde van 3 procent per vezeljaar in de rede. Zijn er indicaties dat veel met bruin of blauw asbest is gewerkt, dan is een hogere keuze, bijvoorbeeld 4 procent per vezeljaar, aangewezen.

De keuze van de waarden van zowel  $E$  als  $K$  bij de berekening van  $PoC$  kan mede worden bepaald door de vraag of en in welke mate de werknemer (meer) het voordeel van de twijfel moet krijgen. Is dat het geval dan zal men eerder kiezen voor hogere waarden van de cumulatieve blootstelling  $E$  in het becijferde bereik en voor hogere waarden van het risicogetal  $K$ . Die keuze wordt mede beïnvloed door het stelsel van toekenning van financiële compensatie. Gaat het om een toekenning binnen een beroepsrisicoverzekering dan zal men eerder geneigd zijn genereus te zijn richting werknemer. In een civiele procedure zijn beide partijen in principe gelijkwaardig en ligt een voorkeur voor een van beiden a-priori niet voor de hand.

De slotsom is dat het inderdaad mogelijk is om een gefundeerd oordeel te geven over de waarschijnlijkheid dat iemand longkanker heeft ontwikkeld door beroepsmatige blootstelling aan asbest. In individuele gevallen zal er wel steeds berekend een keuze moeten worden gemaakt voor de meest waarschijnlijke blootstelling en het meest toepasselijke risicogetal’.

### **Proportionele aansprakelijkheid**

(Toepassing in compensatiesystemen, Pagina’s 53/54)

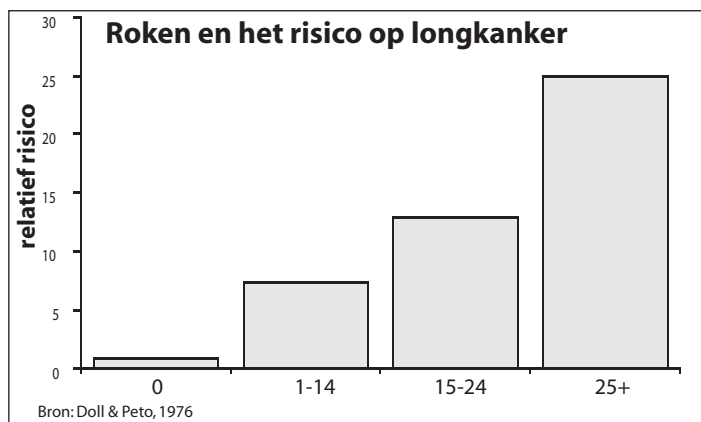
‘Bij het civiele aansprakelijkheidsrecht doet zich de vraag voor: is de kwaadaardige tumor te wijten aan beroepsmatige blootstelling- en is dus de werkgever mogelijk aansprakelijk-, of is de ziekte (mede) veroorzaakt door roken, waarvoor de werkgever niet verantwoordelijk was? Bij civiele zaken is ‘alles of niets’ de gebruikelijke benadering. In een aantal gevallen is deze echter losgelaten en hebben rechters voor een gedeelde verantwoordelijkheid en een proportionele toewijzing van de schadeclaim gekozen. Longkanker die kan zijn veroorzaakt door roken of door asbest, is hiervan een prominent voorbeeld. Het hanteren van een proportionele benadering in asbestzaken, houdt in dat een claim wordt toegewezen en wel in een mate die overeenkomt met de waarschijnlijkheid dat de kwaadaardige longtumor door de beroepsmatige asbestblootstelling is veroorzaakt (*PoC*). Startpunt van deze ontwikkeling was het vonnis uit 1999 van de Kantonrechter Middelburg in de zaak Schaier vs De Schelde. Sindsdien is de daarin gehanteerde proportionele benadering door verschillende rechtbanken gevolgd en ook in hoger beroep in een aantal uitspraken van gerechtshoven bevestigd. Naar de Commissie heeft vernomen, worden ook buitengerechtelijk regelmatig schikkingen overeengekomen op basis van deze benadering. Een bijkomend argument voor de proportionele benadering is dat deze op populatieniveau de beste aansluiting geeft tussen de in totaal uit te keren schadevergoeding enerzijds en de in totaal veroorzaakte schade anderzijds. Bij een wettelijke regeling zal dit een rol spelen; bij individuele civiele zaken is dit argument van ondergeschikt belang.’

Bijdrage van de heer dr. O. Visser

## Asbestgerelateerde longkanker: epidemiologische en medische karakteristiek.

### Roken en longkanker

Roken is voor 90% oorzaak van longkanker, maar er zijn ook andere oorzaken zoals bijvoorbeeld radon, straling in bouwmaterialen en luchtverontreiniging. Statistieken laten de relatie longkanker-roken duidelijk zien: vóór 1900 werd er nog niet gerookt en kwam longkanker nauwelijks voor. Het grootste risico loopt de groep rokers die meer dan 25 sigaretten per dag rookt. Per jaar krijgen ongeveer 9000 mensen longkanker, waaronder steeds meer vrouwen. Mannen zijn de afgelopen decennia als groep minder gaan roken, vrouwen zijn juist meer gaan roken. Longkanker komt in Nederland minder vaak voor dan borstkanker (12.000 gevallen per jaar) en darmkanker (10.000). Maar het sterftecijfer is bij longkanker het hoogste.



De heer Visser liet eerst verschillende statistieken zien, waaruit meer duidelijk werd over de relatie tussen roken en longkanker. Bij zijn algemene verhaal over longkanker betrok hij niettemin ook cijfers over mesothelioom en trok hij conclusies over de relatie tussen longkanker en asbestgebruik.

### Klachten bij longkanker

Over het algemeen geldt dat er in het begin weinig klachten zijn. Soms geven uitzaaiingen op andere plekken eerder klachten dan kanker in de longen. Bijvoorbeeld hoofdpijn bij uitzaaiingen in de hersenen of botpijn bij uitzaaiingen in de botten. Longkanker wordt ook wel eens bij toeval ontdekt op een röntgenfoto van de longen zonder dat er klachten zijn.

### Vergelijking met buitenland

Uit onderzoek onder mannen is gebleken dat in Nederland naar verhouding veel longkanker voorkomt. Niet alleen vergeleken met de meeste andere Europese landen, maar ook mondiaal. Dit wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door verschillen in rookgedrag.

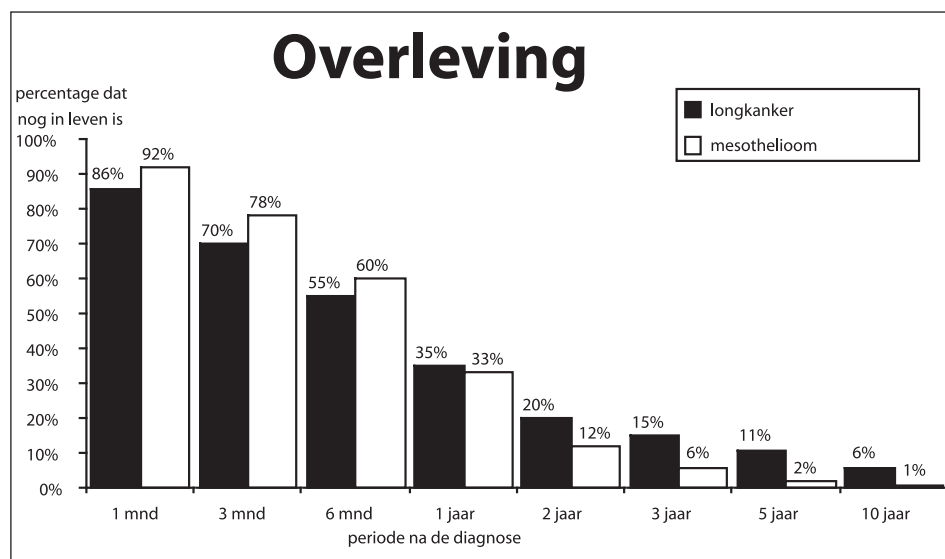


## Roken en asbestblootstelling

Het is niet precies bekend hoeveel gevallen van longkanker in Nederland met asbestblootstelling hebben te maken. Op basis van leeftijd, geslacht, stadium of weefseltype valt dit (nog) niet te bepalen. Ook ander statistisch onderzoek levert wat dat betreft weinig op. Bijvoorbeeld het vergelijken van longkanker per provincie. In Zeeland komt relatief weinig longkanker voor, terwijl het een van de provincies is waar relatief veel met asbest is gewerkt.

## Vergelijking sterftcijfers longkanker en mesotheliom

Net als bij mesotheliom is de prognose van mensen met longkanker slecht. 14% van de mensen met longkanker, (een op zeven) overlijdt na 1 maand. Bij mesotheliom is dat 8%. Na 6 maanden zijn deze cijfers 45% (longkanker) en 40% (mesotheliom). Pas na een jaar zijn de sterftcijfers bij mesotheliom iets slechter: 65% (longkanker) en 67% (mesotheliom). Uit deze laatste cijfers valt ook op te maken dat longkanker anders dan mesotheliom- soms operatief is te behandelen.



## Schatting longkanker door asbest

Een redelijke schatting lijkt één extra geval van longkanker per geval van mesotheliom (1:1). Uitgaande van 400 gevallen van mesotheliom per jaar, betekent dat 400 gevallen van longkanker (dat is 4,5 % van het totale aantal gevallen van longkanker van 9000 per jaar).

## Vragenronde

Na afloop van zijn bijdrage gaf dr. Visser antwoord op de volgende vragen.

- Heeft de grotere incidentie van longkanker in Nederland in vergelijking met andere landen met asbestblootstelling te maken? *Antwoord:* 'nee, dat komt waarschijnlijk vooral door verschillen in rookgedrag.'
- Is de groep longkankergevallen meer heterogeen samengesteld dan de groep mesothelioompatienten? *Antwoord:* 'ja, er is een grotere variatie in typen longkanker en er zijn ook meer oorzaken.'
- Vragen longartsen door naar het werk dat iemand heeft gedaan, om zo asbestblootstelling in kaart te krijgen? *Antwoord:* 'het beroep wordt vaak niet in de dossiers vermeld, er wordt niet altijd naar gevraagd.'
- Er zit een discrepantie tussen de cijfers van het Integraal kankercentrum (4,5%) en de Gezondheidsraad (12%) wat betreft het aantal gevallen van asbestgerelateerde longkanker als deel van het geheel. In veel landen houdt men ongeveer 3% aan. Hoe vallen deze verschillen te verklaren? *Antwoord:* 'de 4,5% is gebaseerd op de aanname van een verhouding van één longkankergeval op één geval van mesothelioom. Het is onduidelijk of die aanname correct is. Hiernaar moet meer onderzoek worden gedaan.'

# Bijdrage van de heer prof. dr. D. Heederik

## Toelichting advies Gezondheidsraad

### Asbest en longkanker

**De heer Heederik ging nader in op door de Gezondheidsraad gehanteerde formule om de kans te berekenen dat iemand longkanker heeft gekregen als gevolg van asbest. De formule kan worden gebruikt voor het berekenen van schadevergoeding. Nadeel is dat de formule in feite niets zegt over de risico's van roken. Arbeidshygiënisten spelen in dit systeem een grote rol. Verfijning van hun werkwijze en nieuwe 'tools' zijn nodig om het systeem in de praktijk goed te laten werken.**

Het heeft allemaal lang geduurd. De Gezondheidsraad moest enorm veel werk verzetten en zich ook internationaal oriënteren. De belangrijkste vraag was of in een individueel geval, longkanker aan asbestblootstelling kan worden toegeschreven. En dat is een ingewikkeld verhaal. Want 80-90 % van de gevallen van longkanker wordt veroorzaakt door tabaksrook, 10 % door asbest. Over alle gevallen genomen kun je dus wel een uitspraak over de oorzaak doen, maar dat zegt nog niets over de relatie in een individueel geval.

Uit de literatuur komt eenduidig naar voren, hoe hoger de blootstelling aan asbest vezels, des te hoger is het risico op longkanker. Maar het risico wordt ook bepaald door het soort vezel en de duur van het gebruik. Epidemiologische studies gaan uit van een (risico)toename van 0,1-5 % per vezeljaar cumulatieve blootstelling. Voor wit asbest (chrysotiel) is dat naar schatting 0,5 %. Voor het veel gevaarlijker bruine (amosiet) en blauwe (crocidoliet) asbest gemiddeld 5%. Een andere conclusie is dat er geen aanwijzingen zijn voor het bestaan van een drempelwaarde. Er is dus geen niveau van blootstelling waaronder men geen verhoogd risico voor het ontstaan van longkanker waarneemt.

#### **Formule veroorzakingswaarschijnlijkheid (PoC)**

Met deze informatie in het achterhoofd, heeft de commissie gewerkt aan een benadering om de kans op longkanker door een zekere blootstelling aan asbest in te schatten.

#### **Veroorzakingswaarschijnlijkheid**

- $PoC = [E \times K] / [1 + E \times K]$
- Bij  $K = 4\%$  toename per vezeljaar ...
- is bij  $E = 25$  vezeljaren blootstelling de kans 2 maal zo groot om als gevolg van longkanker te overlijden:
- $PoC = [25 \times 0,04] / [1 + 25 \times 0,04] = 2$

De Gezondheidsraad hanteert voor de relatie asbest-longkanker een kansberekening uitgedrukt in een formule. De Gezondheidsraad spreekt over de 'Veroorzakingswaarschijnlijkheid' (PoC). Daarbij wordt de blootstelling op de werkplek uitgedrukt in vezeljaren cumulatieve blootstelling (E) en het extra risico (bijvoorbeeld als gevolg van het soort gebruikte asbest), uitgedrukt in K.

Wat betreft de waarde van E: schatting van cumulatieve blootstelling vraagt om informatie over de duur van de blootstelling (jaren), het niveau (vezels per ml) en alle relevante functies gedurende het werkzame leven. Het kan lastig zijn om deze informatie te verkrijgen. Dit moet ook door deskundigen zoals arbeidshygiënisten worden gedaan omdat die deze gegevens goed kunnen interpreteren. Als je kijkt naar het verleden moet je allerlei vertaalslagen maken, want er is enorm veel veranderd, zowel in de werkomgeving, maar ook de meettechnieken. Dit is dus een cruciaal onderdeel van het proces.

Wat betreft de waarde van K: in Nederland is die gemiddeld 1%, maar in specifieke situaties kan die hoger zijn. In buitenlandse compensatiesystemen (alles of niets) wordt veelal met 4% gerekend, maar dat heeft te maken met de daar geldende stelsels van verzekeren van beroepsrisico's. Dan wordt de voor de verzekerde gunstigste oplossing gekozen.

De Gezondheidsraad stelde verder een proportioneel systeem voor. Met andere woorden, de kans die met deze formule wordt berekend vormt de basis voor de compensatie. In sommige landen wordt met scherpe grenzen gewerkt (bijvoorbeeld een kans groter dan 50%). Dat is uiteindelijk slechts een kwestie van uitwerking en heeft te maken met juridische en verzekeringstechnische aspecten. Het gevolgde rekenmodel is in essentie vergelijkbaar met het voorstel van de Gezondheidsraad. Daarin wijkt het Nederlandse voorstel dus niet af van de buitenlandse benaderingen. Het verschil zit hem in de laatste stap, proportionele toekenning, of een 'alles of niets'systeem. Ook in het buitenland moet dus het arbeidsverleden in detail in kaart worden gebracht om berekening van de kans te kunnen uitvoeren.

### **Roken en asbestblootstelling**

Probleem met deze benadering is dat roken in feite buiten beschouwing blijft. Dat zit niet in de formule, anderzijds is daar ook geen eenvoudige oplossing voor, de modellen die dan nodig zijn worden zeer complex en daarvoor ontbreken weer voldoende gegevens. De voorgestelde methode is in de ogen van de Gezondheidsraad een acceptabele benadering. Deze benadering werkt voor de meeste werknemers relatief goed, maar met name voor niet-rokers wordt het risico dat de kanker door asbest is veroorzaakt onderschat. Daarom dat men toch een compensatie voorstelt voor juist deze groep. Dit gebeurt door voor niet-rokers K op 3 % te stellen. Recente studies wijzen overigens uit dat K substantieel hoger is, misschien wel 4,5 % of 10%, ook voor rokers. En dit is iets waar naar de mening van de Gezondheidsraad nader onderzoek naar zou moeten plaatsvinden.

### **Voorstel tot onderzoek**

De Gezondheidsraad is zelf niet tevreden met deze benaderingen. Het moet bij voorkeur allemaal iets verfijnder. Het zou goed zijn om een voor Nederland optimale schatting voor K te hebben, en het probleem rond roken en asbest op te lossen. Met een andere methodiek moet het mogelijk zijn om risico's voor individuen nauwkeuriger vast te stellen. Nader onderzoek moet ook leiden tot beter inzicht in de relatie roken-asbest-longkanker en optimale schattingen voor K. Dat onderzoek kan gebruik maken van lopend grootschalig epidemiologisch onderzoek en het bestaande expertsysteem van de asbestkaart, aangevuld met beschikbare meetgegevens van bijvoorbeeld TNO. Dat leidt tegelijk tot validatie van het huidige systeem.

### **Alternatieve benaderingen uit advies**

- Meting van vezels in de longen in plaats van schatting van cumulatieve blootstelling. Dit is niet mogelijk gebleken, doordat deze gegevens niet betrouwbaar zijn door, onder andere reinigende mechanismen van de longen, en omdat je niet precies weet waar je moet meten en er sterke variatie naar plaats in de longen bestaat;
- Om gegoochel met onzekerheden door experts te voorkomen: meer energie steken in de 'juiste' gegevens verzamelen, hoe moeilijk dat ook is. Dus verbeteren van instrumenten om tot betere schatting van blootstelling te komen.

### **Vragenronde**

Na afloop van zijn bijdrage gaf prof. Heederik antwoord op de volgende vragen.

- Er zijn dus geen aanwijzingen voor het bestaan van een drempelwaarde? Bedoelt u dat er aanwijzingen zijn dat er geen drempelwaarde bestaat of weet u het gewoon niet? *Antwoord:* 'bij mensen is geen drempelwaarde vastgesteld in het gebied waarin we de verhoogde risico's op het ontstaan van longkanker waarnemen.'
- Betreffen de studies over de drempelwaarde alleen hoger blootgestelden? *Antwoord:* 'Dat geldt zeker voor (cohort) studies van net na de oorlog. Maar uit recente studies in onder andere Zweden en Duitsland, over blootstelling in de jaren '70 en '80 zijn er allerlei aanwijzingen dat de blootstelling lager is geweest. Maar ook in die studies wordt geen drempel gevonden. In het oude materiaal zitten allerlei beperkingen, zoals een lagere levensverwachting. Roken speelde een andere rol dan nu en het kennisniveau van de mensen die toen aan onderzoeken hebben meegedaan was lager. Zelfs de samenstelling van sigaretten was in die tijd anders. Eigenlijk zou je met de methodieken van nu nieuw onderzoek moeten doen.'
- Is er op basis van asbestose en pleurale plaques een maat te geven? *Antwoord:* 'het zijn aandoeningen ten gevolge van intensieve blootstelling, die indicatief kunnen zijn voor een verhoogd risico op longkanker. Dat kun je mee wegen, maar longkanker komt ook zeker voor bij werknemers zonder asbestose of pleurale plaques.'

- Hoe meten we het effect van stoppen met roken? *Antwoord:* 'ook dat zou je allemaal in een rekenmodel kunnen verdisconteren, maar dat is nog lastiger dan om in de berekeningen zowel de blootstelling aan asbest en de rookgewoonte mee te wegen. Daarnaast is dit moeilijk betrouwbaar te meten.' (Er volgde nu enige discussie over de moeilijkheid die dit bewijstechnisch kan geven als een slachtoffer/of nabestaanden beweren dat het slachtoffer bijvoorbeeld na zijn 30e niet meer heeft gerookt).
- Er zijn in de aanpak van de Gezondheidsraad allemaal bandbreedtes en vaagheden, die moeten worden ingevuld door arbeidshygiënist. Die deskundigheid moet grotendeels nog worden opgebouwd. Is er een indicatie te geven voor het type deskundigheid dat is vereist? *Antwoord:* 'de gemiddelde arbeidshygiënist weet te weinig. Je moet specialisten hebben. Die moet je goed opleiden en 'tools' geven. We moeten gegevens opbouwen en ook goed kijken naar andere landen. Heel belangrijk is om de regie centraal te houden, zodat de informatie niet overal verspreid ligt. Nieuwe gegevens moeten gelijk aan het systeem kunnen worden toegevoegd.' *Suggestie Van der Laan (NCvB):* 'goed kijken naar Duitsland. Daar heeft men duizenden metingen gedaan over asbestconcentraties in de lucht en asbestblootstelling in beroepen veel nauwkeuriger dan in de Nederlandse asbestkaart beschreven. Misschien kunnen we dat naar de Nederlandse situatie verplaatsen.' *Suggestie Tiesinga (IAS):* 'onderzoek doen naar de validering van de asbestkaart en die aanvullen met eigen gegevens van IAS en TNO. Dat biedt veel mogelijkheden, ook richting werkgevers en verzekeraars.'
- Het centraal houden van arbeidshygiënische kennis. Dat wordt dus net zoiets als het mesotheliomenpanel? *Antwoord:* 'het gaat nog een stap verder, omdat de relatie longkanker-werkomgeving nog iets lastiger is vast te stellen dan bij mesotheliom. Een centraal/klein team arbeidshygiënist, dat ook centraal gegevens verzamelt is wel een goed idee.'
- De Gezondheidsraad heeft het over 8000 nieuwe gevallen van longkanker per jaar en schat dat 10% van die gevallen een relatie met asbestblootstelling heeft. Kan een klein team arbeidshygiënist grote aantallen patiënten aan? *Antwoord:* 'met goede getrapte protocollen kun je dat risico afdekken en de toeloop beperken en tot een efficiënte triage komen (schifting van mensen met een verhoogde kans ten opzichte van mensen zonder verhoogde kans). *Suggestie Tiesinga (IAS):* 'dat is een belangrijke vraag in de uitvoering. Daar moeten we meer onderzoek naar doen.'
- De Gezondheidsraad heeft ongevraagd naast het medische traject ook een juridische uitspraak gedaan over proportionaliteit. *Antwoord dr. van Zandwijk (NKI-AVL):* 'de Gezondheidsraad heeft gekozen voor wetenschappelijke aanpak met allerlei nuances. Bij vertaling daarvan komen juristen misschien in de problemen, omdat de gekozen bandbreedtes veel twijfel mogelijk maken. Het was een moeilijk advies, waarbij ook naar de toekomst is gekeken. Want met nieuwe medische technieken zijn er straks veel nauwkeuriger schattingen te maken. Met de huidige stand van de

techniek wilde de Commissie ook iets zeggen over de causaliteit en proportionaliteit. Zo vond een aantal commissieleden het onrechtvaardig dat iemand die zijn hele leven niet heeft gerookt in de 'alles of niets' benadering misschien niets zou krijgen. Vanwege de praktische vertaling van het advies is ook gekeken naar de juridische praktijk.'

- De arbeidshygiënische invalshoek in andere landen is meer medisch van aard. Dat ontbreekt een beetje in het advies van de Gezondheidsraad. Hoe zit dit? *Antwoord dr. van Zandwijk*: 'de groep mensen met longkanker in combinatie met pleurale plaques en asbestose bij wie je iets zou kunnen zien is beperkt. De patholoog kan over het algemeen niets zien over asbestgerelateerde longkanker en dat is een veel grotere groep. De meest gereede methode is dus onderzoek naar het arbeidsverleden. Voor mensen met longkanker helpt de aanwezigheid van pleurale plaques wel goed als bewijs voor de relatie met asbest. Aanvulling prof. Heederik: 'die aanpak in het buitenland is ook een beetje verouderd. Het is historisch zo gegroeid, omdat men begonnen is om in die groepen van asbestose en pleurale plaques te kijken. Bij silicose is dat ook zo gegaan, maar later zag men in, dat de groep die verhoogde risico's had in werkelijkheid veel groter is.'

# Bijdrage van de heer mr. dr. A.J. Van

## Proportionele juridische benadering in Advies asbest en longkanker

Proportionele aansprakelijkheid is op zich niets nieuws. Er is al een voorbeeld bekend van 100 jaar geleden. Het ging om een dame in Engeland, die niet uitgenodigd was bij een schoonheidswedstrijd en 11 anderen wel. Zij claimde een schade van 1/12 deel van de kans om de hoofdprijs te winnen. De rechter kende vervolgens 1/12 x 100% schadevergoeding toe.

### **Bewijs/causaliteit**

In het wettelijke systeem van 7: 658 BW moet de werknemer allereerst bewijzen dat hij schade heeft opgelopen. Bij longkanker lijkt de diagnose niet zo moeilijk, dus daar ligt niet het probleem. Het probleem is dat de schade moet zijn geleden in de werksituatie. Wij noemen dat een functioneel verband, we mogen dit- zij het niet helemaal correct- ook een causaal verband noemen. Hoe toon je dat aan bij longkanker? Als wij daar als jurist niet uitkomen, dan schakelen we daar deskundigen voor in, in de meeste gevallen zijn dat arbeidshygiënisten.

### **Geen aansprakelijkheid**

Als het bewijs van de asbestblootstelling op tafel ligt is de werkgever in beginsel aansprakelijk, maar heeft hij nog een beperkt aantal middelen om daaraan te ontkomen. Allereerst door te stellen dat destijds alle vereiste veiligheidsmaatregelen zijn genomen. Maar daar komt hij bij longkanker niet snel mee weg, want het risico van asbestbesmetting was al vanaf 1955 bekend. Het tweede ontsnappingsmiddel is de eigen schuld van de werknemer, dat ook in het wetsartikel staat. Dat wordt in het kader van de aansprakelijkheid van de werkgever heel beperkt opgevat. Het moet echt gaan om opzet of bewuste roekeloosheid. Dit systeem strekt ertoe de werknemer te beschermen tegen het ervaringsfeit dat men door gewoonte/dagelijkse routine onachtzaam kan worden. Het laatste middel voor de werkgever: er is geen causaal verband. Hij moet dan aantonen dat er een andere (externe) oorzaak is, dat wil zeggen: dat de werknemer ook ziek zou zijn geworden als de werkgever wél de vereiste veiligheidsmaatregelen had getroffen. Dan krijg je de moeilijke situatie dat je moet gaan afwegen, want je hebt twee tegenstrijdige oorzaken. Hier komt dan de proportionele aansprakelijkheid in beeld.

### **Roken**

Laten we het roken verder bekijken. Is dat eigen schuld, of is er sprake van een externe oorzaak en moet je het meer in de sfeer van de causaliteit trekken? In het ene geval kom je er op uit dat de werkgever waarschijnlijk alles moet betalen (geen eigen schuld/bewuste roekeloosheid). In het andere geval moet je causaliteit meewegen,

**De heer Van gaf een uiteenzetting over de aansprakelijkheid van de werkgever op basis van art. 7:658 BW. Daarna ging hij nader in op het stelsel van proportionele aansprakelijkheid, zoals voorgesteld door de Gezondheidsraad. Dit mede aan de hand van het vlak voor de expertmeeting gepubliceerde arrest van de Hoge Raad van 31 maart, waarin de HR het advies van de Gezondheidsraad als normgevend lijkt te hebben omarmd.**



proportioneel gaan denken en kom je op proportionele aansprakelijkheid uit. Die vraag was nog heel actueel toen ik dit praatje ging voorbereiden. Maar de Hoge Raad heeft vorige week in het Nefalit-arrest de knoop doorgehakt. Namelijk dat roken niet onder eigen schuld valt en dat we in de combinatie met asbest proportioneel moeten gaan toerekenen.

### **Uitspraak van de Hoge Raad (HR)**

De Hoge Raad heeft het volgende gezegd. Als er een zeer geringe kans is op longkanker als gevolg van asbest, een kleine cumulatieve blootstelling, dan moet de vordering in zijn geheel worden afgewezen. Is er een grote kans, dan moet de vordering in zijn geheel worden toegewezen. Daar tussenin, bij onzekerheid over het aandeel in de schade van de werkgever en de tekortkoming van de werknemer, is het volgens de HR onterecht om dan het gehele risico op een van de partijen af te wentelen. Wat de werknemer betreft kan het dan gaan om tekortkomingen die hem zijn toe te rekenen, zoals roken of andere van buitenaf komende oorzaken die de schade mede hebben veroorzaakt. In dat tussengebied bepalen de arbeidshygiënist 'waar we uitkomen'. Hoe groot of hoe klein moet de kans zijn om in het tussengebied te komen? In de medische sector is mij een zaak bekend, waarbij een kans van 10% groot genoeg werd geacht om het proportioneel te doen. Andere mij bekende zaken in de medische sfeer, liggen allemaal op 25% of meer. Het is erg lastig om hier iets over te zeggen. Puur gevoelsmatig zeg ik 15 %, maar de praktijk moet dat verder uitwijzen.

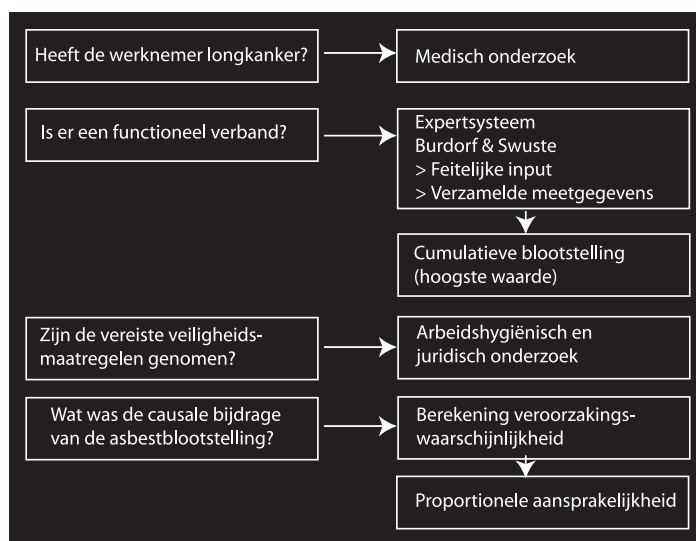
### **Proportioneel of alles of niets? 'Voor het IAS hoeft dat niet zoveel uit te maken'**

Ook al vóór het arrest van de Hoge Raad heb ik bedacht of de keuze voor het ene of het andere stelsel van aansprakelijkheid voor het IAS eigenlijk wel interessant is. Mijn antwoord is nee. Voor het IAS maakt 'alles of niets' of proportioneel niet zoveel uit. De procedure is namelijk in beide gevallen grotendeels gelijk. Hoe zal het gaan in de praktijk? De eerste vraag is of de werknemer longkanker heeft. Dat wordt aan de hand van medisch onderzoek bekeken. De volgende vraag is die naar de relatie met het werk. Dat is een taak voor de arbeidshygiënist, die ook de cumulatieve blootstelling moet schatten. De vraag daarna is of de werkgever op een of andere manier aan de aansprakelijkheid kan ontkomen. Daarvoor is enig arbeidshygiënisch en juridisch onderzoek nodig, maar dat hoeft niet zoveel te zijn. De laatste vraag is dan of er sprake is van eigen schuld. Bij roken is dat niet zo, dus kom je uit op volledige aansprakelijkheid in de eigen schuld variant.

Bij proportionele schadevergoeding is het gehele traject eigenlijk hetzelfde, alleen de slotvraag is anders. We moeten ons dan afvragen wat de causale bijdrage is van de asbestblootstelling met de formule van de veroorzakingswaarschijnlijkheid. Dat is dan gelijk bepalend voor de mate van de aansprakelijkheid. Wat voor het IAS veel belangrijker is dan het onderscheid tussen 'alles of niets' of proportioneel, is dat in beide gevallen arbeidshygiënisch onderzoek moet worden verricht en dat dit onderzoek ontzettend duur, arbeidsintensief en tijdrovend is. We hebben vandaag -tot mijn verrassing- gezien dat mensen met longkanker in het begin zelfs sneller overlijden dan

mensen met mesothelioom. Er is alleen daarom al geen tijd voor een tijdrovende procedure. Hier is dezelfde snelheid gewenst als bij mesothelioom. Een veel belangrijkere vraag voor het IAS is dus: Hoe gaan we dit aanpakken?

Voor wat betreft het IAS zou het misschien een idee zijn om hier in plaats van arbeidshygiënisch onderzoek het bestaande expertsysteem van Burdorf en Swuste te gebruiken. Als het mogelijk is dat te gebruiken, zijn de voordelen evident, want het is minder kostbaar en sneller dan gewoon arbeidshygiënisch onderzoek. Om het voor alle partijen aantrekkelijk te maken, zou je ook allerlei afspraken kunnen maken over de toepasselijke waarden van cumulatieve blootstelling en het extra risico uit de formule van veroorzakingswaarschijnlijkheid.



### Vragenronde

Na afloop van zijn bijdrage gaf mr. Van antwoord op de volgende vragen:

- Heeft de Hoge Raad nu ook over de berekeningswijze voor schade van lagere rechters een oordeel gegeven? *Antwoord:* 'het lijkt erop dat de Hoge Raad heeft gezegd dat de methodiek in Cijsouw/De Schelde klopt.'
- Het toepassen van het expertsysteem van Swuste en Burdorf zou in uw visie voordelen kunnen opleveren boven het arbeidshygiënische traject. Maar het is voor de werkgever toch alleen aantrekkelijk als hij zeker weet dat hij aansprakelijk is? Anders gaat hij het juridische traject in. *Antwoord:* 'het idee achter mijn voorstel is dat om, de mensen in beweging te krijgen, de keuze zo aantrekkelijk mogelijk moet zijn. Dat geldt voor het slachtoffer en voor de werkgever/verzekeraar. Als een van de partijen niet wil dan houdt het op. Partijen kunnen altijd naar de rechter. Dat is niet anders dan nu bij de bemiddeling van mesotheliomen.'

- De ondergrens van 15% schadekans wat betreft het toepassingsgebied van proportionele aansprakelijkheid en schadevergoeding (inschatting Van) lijkt te weinig. Uit de arresten van de HR, zoals ook het onderhavige arrest, blijken percentages van 55-63 %. De HR spreekt ook over substantiële bijdragen aan de aansprakelijkheid en aanzienlijke risico's. *Antwoord:* 'dat wordt gissen, moeilijk om te zeggen wat substantieel is. Dit is mijn inschatting.'
- *Opmerking prof. Heederik over het 'overslaan' van arbeidshygiënisch onderzoek:* 'je hebt altijd gegevens over de werknemer nodig als je de duur van de blootstelling wilt schatten. Dat komt nooit uit de asbestkaart. Wel moet het mogelijk zijn om het systeem van arbeidshygiënisch onderzoek te versimpelen en efficiënter aan te sturen. Er wordt op dit moment in de onderzoekswereld gewerkt aan allerlei expertsystemen om schattingen te doen, zoals systemen om nieuwe meetgegevens automatisch te wegen, zodat er niet allerlei deskundigen naar hoeven te kijken. Er valt dus nog een hele slag te maken om het efficiënter te laten verlopen, vooral als je dit soort processen centraliseert en centraal kennis opbouwt.'
- Mr. Van heeft aangegeven dat er qua proces van bemiddeling niet zoveel verschil is tussen longkanker en mesothelioom. Wordt deze opvatting ook gedeeld vanuit medische en epidemiologische hoek? *Antwoord dr. van Zandwijk:* 'longkanker is met mesothelioom te vergelijken qua lijdensweg, dat hebben we vandaag aan de sombere cijfers kunnen zien. Maar als we het hebben over aantallen en de verwachte toeloop naar het Instituut, het getal is al genoemd van 8000 potentiële kandidaten, dan moeten we niet overdrijven. Mijn gevoel zegt en dat zal blijken in de praktijk, dat het wel zal meevallen met die aantallen. Ik denk zelf aan 200 à 300 gevallen per jaar' (er volgt nu een discussie over te verwachte toeloop, mogelijk aanzuigende werking van het IAS en hoe speculatief het is om te praten over aantallen). *Suggestie mevrouw Tiesinga:* 'eerst de vraag beantwoorden of het IAS de juridische lijdensweg rond longkanker in principe op dezelfde manier wil honoreren als mesothelioom. Daarnaast nader onderzoek doen om te verwachten toeloop nauwkeuriger te bepalen.' *Opmerking prof. Heederik:* 'wat betreft het procesmatige aspect: bij een grote toevloed wil je snel achter de voordeur de schapen van de bokken kunnen scheiden. Met arbeidshygiënische checklisten of vragenlijsten is dat snel en goed te doen. Ik verwacht dat je dan op niet meer uitkomt dan 5% of 10% van die 8000.'

# Bijdrage van mevrouw mr. N. Cancian-van Ballegooijen

## Juridische knelpunten van de proportionele benadering

### Bezwaren tegen proportioneel systeem van schadevergoeding

- De causaliteitsvraag wordt overgeheveld van de fase van ‘vestiging van aansprakelijkheid’ naar de bepaling van de omvang van de schade (er zijn twee momenten voor vaststellen van aansprakelijkheid; in het eerste moment, het vestigingsmoment wordt vastgesteld of iemand wel of niet aansprakelijk is; indien wel aansprakelijk, wordt op een ander moment bepaald hoe ver die aansprakelijkheid reikt ten behoeve van het toedelen van de schade).
- Er is een onzeker causaal verband tussen de schending van de zorgplicht en de schade in geval van longkanker bij de combinatie asbest en roken.
- Schade wordt collectief berekend op basis van statistische informatie. Dat is onzuiver in het individuele geval.
- Risico van minder zorgvuldig onderzoek naar het causaal verband; de rechter treedt meer op als bemiddelaar en procedures worden niet meer ‘op het scherpst van de snede’ gevoerd. Partijen kunnen over bewijsproblemen ‘heenstappen’.
- Slachtoffers hebben minder bewijsproblemen, wat procederen aantrekkelijker lijkt te maken. De drempel gaat omlaag. Te vrezen valt voor een toestroom van (zwakke) procedures, waarmee ook het IAS te maken zou kunnen krijgen.
- Het schatten van kanspercentages is willekeurig en leidt tot minder schadevergoeding. Dat is slachtoffer-onvriendelijk. Schatting stemt niet overeen met de werkelijkheid.
- Deskundigenrapporten zijn niet eenduidig en niet goed leesbaar voor juristen. Dat laat de Nefalit-zaak zien. Zoveel modellen, zoveel uitkomsten, het is maar net welke deskundige wordt geraadpleegd. Ook het model van de Gezondheidsraad is geen eenduidig model, dat in alle gevallen kan worden toegepast. Door het gebruik van verschillende bandbreedtes blijft de uitkomst altijd discutabel. Dat komt ook doordat er verschillen in opvatting zijn tussen (kanton)rechters, dat wijst de praktijk nu al uit.
- Vergoeding zal vaak niet rechtvaardig zijn. Of de werkgever betaalt teveel, of de werknemer krijgt te weinig (als gedacht wordt aan het echte causale verband).
- Meer miscommunicatie tussen deskundigen en juristen, zoals door andere interpretatie van begrippen en anders hanteren van definities.
- Strijd met de kern van aansprakelijkheidsrecht; er is causaal verband of causaal verband ontbreekt. Daarmee is aansprakelijkheid al dan niet gegeven en ook de toerekening van schadevergoeding wordt daardoor bepaald. Het stelsel van proportionaliteit verdraagt zich daar niet mee. Men stapt immers over de causaliteitsvraag heen.
- Verkeerd gebruik van het begrip eigen schuld. In het wettelijke systeem en de jurisprudentie omtrent (werkgevers-)aansprakelijkheid voor schade in de werkrelatie

**Mevrouw Cancian plaatste vanuit de klassieke ‘alles of niets’-benadering, vraagtekens bij de juistheid van de leer van de proportionele schadevergoeding. Dit in weerwil van het Nefalit-arrest van de Hoge Raad van 31 maart. Conclusie Cancian- van Ballegooijen: de werkgever is in beginsel volledig aansprakelijk bij asbestgerelateerde longkanker, zodra hij tekortschiet in zijn zorgverplichting en er tegelijkertijd geen sprake is van eigen schuld aan de kant van de werknemer.**

wordt het begrip "eigen schuld" zeer beperkt opgevat (vergelijk Pollemans/Hoondert en Van Doesburg/ Tan). Een van de drie ontsnappingsmogelijkheden van de werkgever om aan aansprakelijkheid te ontkomen is het aantonen van eigen schuld van de werknemer. Daarvan is alleen sprake in geval van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer. De werkgever hoeft dan (helemaal) geen schadevergoeding te betalen.

- Roken is in de visie van Cancian in de relatie met longkanker niet als opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer te duiden. In geval van asbestbesmetting en longkanker heeft de werknemer van een tekortschietende werkgever in beginsel dus recht op volledige schadevergoeding. Het begrip 'eigen schuld' van de werknemer wordt door toepassing van de proportionele leer in feite opgerekt.

## Bijdrage van de heer mr. J. van Kessel

# Claimbeoordeling asbestgerelateerde longkanker bij Defensie.

Defensie heeft een benadering, die gekoppeld is aan de internationaal gangbare 'Helsinki-methodiek'. Daar is neergezet dat er bij 25 vezeljaren sprake is van een risicoverdubbeling in situaties waarbij de aard van de blootstelling niet goed bekend is en dat bij 25 vezeljaren een werkgever zijn verantwoordelijkheid heeft te nemen. Bij de uitwerking daarvan geldt een driedeling: een gemiddelde situatie van blootstelling, een bovengemiddelde en een extreme situatie. De gedachte daarbij is geweest dat bij een gemiddelde situatie- als die 10 jaar heeft geduurd, met 2,5 vezeljaren per jaar in feite aan die 25 jaar is voldaan. Onder die omstandigheid moet de werkgever zijn verantwoordelijkheid nemen. Bij een bovengemiddelde situatie gaat het om 5 vezeljaren in dat jaar. Bij extreme blootstelling kun je zelfs in één jaar aan die 25 vezeljaren voldoen.

### **Uitgebreid onderzoek**

Defensie heeft op een praktische manier op de 'Helsinki-criteria' ingespeeld. Wat ik beschrijf is vooral de praktijk bij de marine als claims op dit vlak binnenkomen. Dat is de afgelopen jaren veelvuldig gebeurd. In onze aanpak zit een heel uitgebreid individueel onderzoek met een aantal facetten. In kaart brengen wat de arbeidsrelatie is, de bedrijfsactiviteiten (vooral op schepen is dat goed beschreven), onderzoek in het medische archief en soms ook in historische archieven. De daaruit volgende rapportage wordt neergelegd bij de jurist, de medische adviseur en de beoordelende arbeidskundige. Wij zijn in staat om op deze manier in korte tijd duidelijkheid te geven over het aantal vezeljaren.

### **'Alles of niets'**

Als uit het onderzoek blijkt dat iemand 10 jaar werkzaam is geweest in een gemiddeld risicoberoep (2,5 vezeljaren per jaar) -en daarvoor leggen we een relatie met de lijst met risicoberoepen, zoals ook de Gezondheidsraad die hanteert- dan zit daar aan in feite het accepteren van de aansprakelijkheid vast. Hetzelfde geldt als er sprake is van een bovengemiddelde blootstelling en een extreme blootstelling. In de Helsinki-afspraken is ook neergelegd, dat je bij de beoordeling van dit soort claims moet uitgaan van een relatief risico (4%) dat voor betrokkene het meest gunstig is. Als je dat doorrekent in de formule van de Gezondheidsraad, kun je het beleid van Defensie zo typeren dat het moet voldoen aan een mate van voldoende veroorzakingswaarschijnlijkheid, namelijk 50% of meer. Deze praktijk is gesanctioneerd in de uitspraken van de Centrale Raad van Beroep. Daarmee is ook de aansprakelijkheid voor de volledige schade gegeven. De 'alles of niets'-benadering is vrij klassiek en spoort naar onze mening ook met de uitgangspunten van het aansprakelijkheidsrecht.

**De heer van Kessel vertelde over de praktijk van claimbeoordeling bij het ministerie van Defensie. Het ministerie kijkt goed naar wat internationaal gebruikelijk is (Helsinki-metho-diek) en volgt een koers, die ook ingegeven is door de eigen CAO en jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep. Dat betekent ook dat roken bij de claimbeoordeling geen rol speelt. Wat betreft vaststellen van aansprakelijkheid en toedeling van schadevergoeding is de methode: 'alles of niets'.**

### **Roken telt niet mee**

Aanvankelijk hadden we het beleid om in geval van samenloop met roken een correctie op het bedrag van de schadevergoeding aan te brengen. Maar uiteindelijk is dat in een tweetal uitspraken van de CRvB gecorrigeerd als niet correct. De redenering was als volgt.

Als de werkgever een werknemer al in een intensieve situatie van blootstelling heeft gebracht, dus gekoppeld aan die 25 vezeljaren, dan is daardoor in feite het risico van roken gepasseerd en hoort de werkgever dat voor zijn rekening te nemen. Maar er staat wel een uitzondering in de uitspraak, namelijk als door onderzoek aangetoond zou kunnen worden dat de schade aan andere oorzaken is te wijten. Maar omdat dit lastig is aan te tonen betekent dat in de praktijk dat de matiging bij roken niet aan de orde is in het beleid van Defensie.

### **Tussenstap**

Als vervolgens de aansprakelijkheid is bepaald, maakt Defensie een tussenstap, die in het rapport van de Gezondheidsraad niet voorkomt. In onze benadering hebben wij namelijk ook nog oog voor een situatie dat herstel in beeld komt. Dan wordt opnieuw vanuit de medische kant naar de schade gekeken. Die beoordelen we dan tegen de achtergrond van de 'American Association (AMA)-Guide' die richtlijnen geeft hoe je schade in beeld moet brengen. Bij overlijden keren wij overigens voor 100% uit en wat betreft de bedragen ligt er een duidelijke koppeling met de bedragen die ook het IAS hanteert.

### **CAO**

Wij kijken met onze eigen achtergrond naar de voorstellen van de Gezondheidsraad. Er is bij Defensie een voorliggende CAO met standaardafspraken over schadevergoeding en die bevat een vergoedingstelsel, dat in beginsel alle schaderisico's moet kunnen afdekken. Dat zich risico's buiten dat stelsel voordoen willen wij eigenlijk tot een minimum beperkt houden. Dat kan zich in relatie tot de asbestproblematiek bijvoorbeeld voordoen bij burgerambtenaren, die na hun pensioen in deze situatie terecht komen. In die gevallen zou een voorziening bij het IAS voor Defensie soelaas kunnen bieden. Maar dat moet dan gaan om echte claims met een reëel risico volgens onze uitgangspunten. Verder ook om reële bedragen en via een korte en snelle procedure van afhandeling.

### **Nadelen van een proportionele benadering**

Kijk je vanuit onze visie naar de beide systemen, proportionaliteit of 'alles of niets', dan constateren wij dat in de proportionele benadering veel onzekerheden zitten. Het past wellicht heel goed in een bepaalde sociaal-politieke context en 'iedereen krijgt wat' met een ogenschijnlijke wiskundige precisie, maar dat weegt niet op tegen de nadelen. Wat is de omvang van de cumulatieve blootstelling en hoe ga je met het relatieve risico om? En zal er niet een lange discussie ontstaan over de hoogte van de schade? Wij denken dat naarmate er meer onzekerheden in zitten, het stelsel de neiging heeft om zich door te ontwikkelen naar de maximum bedragen. Het feit ook dat

er geen ondergrens in zit, gaat uit van de vooronderstelling dat er altijd 100% invaliditeit is. In het stelsel wordt zo niet zichtbaar dat er de laatste jaren enorm veel inspanningen zijn gedaan op het gebied van preventie. Tot slot en niet onbelangrijk: het stelsel wakkert claimgedrag aan.

### **Betekenis arrest Hoge Raad**

De uitspraak van de HR is voor ons nog niet in alle opzichten duidelijk. Voorzover de uitspraak is te lezen als een matiging van de schadevergoeding in de situatie dat er sprake is van longkanker in samenhang met roken -en daar ging deze uitspraak in feite over- dan is de uitspraak te billijken. Als de uitspraak zou betekenen dat, ook zonder de samenloop met roken proportionele aansprakelijkheid mogelijk is, dan is dat niet gelukkig. Wij blijven dan de visie van de Centrale Raad van Beroep aanhangen dat bij een veroorzakingswaarschijnlijkheid van 50% of meer de werkgever de volle schade voor zijn rekening moet nemen. Vanwege deze onduidelijkheid hebben wij twijfels of er een nieuwe regeling bij het IAS in het leven moet worden geroepen op basis van het rapport, met in het verlengde daarvan de proportionele toerekening. Het moet in onze visie blijven gaan om 'alles of niets'.



## Aanpak omringende landen.

**De werkgroep beroepsziekten van het 'European Forum of Insurances against Occupational Diseases at Work' heeft recent een studie afgesloten naar asbest gerelateerde longkanker. Van der Laan presenteerde, als lid van die werkgroep, een aantal resultaten.**

- In diverse epidemiologische studies is aangetoond dat de extra sterfte aan longkanker door asbest tussen de één en tweemaal zo groot is als de sterfte aan mesotheliom. Bij mesotheliom is vaststelling als beroepsziekte tamelijk simpel; bij longkanker door asbest is dit complexer. Dit verschil uit zich in de verschillen in het voorkomen van het aantal erkende gevallen in verschillende landen, zoals in de tabel hieronder te zien is. Als het om erkenning als beroepsziekte gaat blijken de verhoudingen nogal uiteen te lopen, afhankelijk van de criteria, de hoogte van de uitkeringen en daarmee vaak samenhangende 'awareness' van het probleem in het betreffende land. Zo valt op dat in Spanje de aandacht voor asbest als beroepsziekte nauwelijks bestaat; in Frankrijk worden pleurale plaques ook als beroepsziekte erkend en gehonoreerd. Verder valt op dat in Zwitserland heel weinig gevallen van longkanker als beroepsziekte worden beschouwd, terwijl in Finland en Frankrijk ongeveer het dubbele van het aantal mesotheliom gevallen als beroepsziekte erkend worden. In het rapport zijn de achtergronden gedetailleerd beschreven.

**Aantal erkende gevallen per 100 000 verzekerden (2000)**

• Country	• Asbestos is	• Cancer of lung caused by asbestos.	• Mesothelioma	• Pleural plaques
• Germany	• 5.23	• 2.02	• 1.93	• 3.5
• Belgium	• 3.16	• 1.14	• 2.74	• 0.08
• Denmark	• 0.83	• 1.74	• 3.6	• 0.16
• Spain	• 0.15	• 0.04		• -
• Finland	• 3.18	• 2.97	• 1.16	• 10.80
• France	• 2.15	• 3.3	• 1.65	• 14.27
• Italy	• 2.38	• 0.37	• 1.27	• -
• Norway	• 1.5	• 4.5	• 2.82	• 1.73
• Switzerland	• 0.21	• 0.03	• 1.89	• 0.78

- De meeste landen volgen dezelfde medische- en blootstellingscriteria.
- Medische criteria: indien er naast longkanker in de longen andere afwijkingen worden gevonden die duiden op een effect van asbest (asbestose of diffuse pleurale verdikking), wordt in veel landen longkanker als asbestziekte beschouwd.
- Blootstellingscriteria: indien geen asbestose of diffuse pleurale verdikking bestaat, moet uit het arbeidsverleden blijken dat er 25 vezeljaren blootstelling aan asbest is geweest conform de Helsinki-criteria.
- Frankrijk heeft een lijst van beroepsziekten; wie 10 jaar in een dergelijk beroep heeft gewerkt en longkanker krijgt, heeft recht op een uitkering.
- Het type asbest waaraan men blootgesteld is geweest is nergens een punt in de criteria.
- Roken speelt in de meeste landen niet, alleen Denemarken geeft een korting van 50% op de schadevergoeding.
- In de meeste landen bestaan risque professionnel-systemen. Bij een beroepsziekte wordt compensatie voor loonderving gegeven en een vergoeding van medische- en begrafeniskosten. Daarbovenop of daarnaast bestaan soms nog diverse stelsels van immateriële schadevergoeding.
- Frankrijk en Italië kennen een vervroegd pensioen voor sommige beroepen waarin met asbest is gewerkt.

# Conclusies door dagvoorzitter mevrouw M.L. Tiesinga-Autsema

Dagvoorzitter Tiesinga legde tot slot ten behoeve van de komende gedachtewisseling en besluitvorming in de Raad van Toezicht en Advies van het IAS op basis van het besprokene de volgende conclusies aan de aanwezigen voor:

1. Patiënten met asbestgerelateerde longkanker overlijden 'sneller dan je denkt'. Dat vraagt een antwoord op de principiële vraag of er pogingen in het werk moeten worden gesteld om ook de juridische lijdensweg van deze mensen door bemiddeling van het IAS te bekorten.  
Zo ja, dan zijn al vooreerst twee (vervolg)vragen die moeten worden beantwoord. Een juridische (zie 2) en een praktische (zie 3).
2. Moet de uitspraak van de Hoge Raad over proportionele aansprakelijkheid door het IAS worden aanvaard als uitgangspunt voor het bepalen van schadevergoeding?
3. Om hoeveel gevallen van asbestgerelateerde longkanker gaat het? Dit moet zo nauwkeurig mogelijk worden bepaald.
4. Het verdient aanbeveling te bezien of door verhoging van de kwaliteit van de 'asbestkaart' het arbeidshygiënisch onderzoek kan verbeteren en vereenvoudigen.  
Doel van nader onderzoek:
  - validering van de asbestkaart;
  - de asbestkaart aanvullen met gegevens van het IAS, TNO en wellicht met gegevens uit Duitsland;
  - lopend onderzoek erbij betrekken;
  - relatie longkanker/asbestblootstelling kwalificeren.

Mevrouw Tiesinga dankt tot slot een ieder voor zijn/haar aanwezigheid en inbreng. De informatie die vanmiddag is gepresenteerd biedt een goede basis voor verdergaande gedachtewisseling en besluitvorming over een regeling die voor alle betrokken partijen een verbetering zou kunnen betekenen ten opzichte van de huidige situatie.

## **Bijlage**

# **Samenvatting uitspraak Hoge Raad d.d. 31-03-2006: longkanker bij asbestmenger zonder voorafgaande asbestose (C04/303HR)**

### **Achtergrond van de uitspraak**

Deze uitspraak gaat over aansprakelijkheid van het bedrijf Nefalit (destijds: Asbestona) tegenover een werknemer die in de uitoefening van zijn werkzaamheden in de jaren 1964 tot 1979 blootgesteld is geweest aan asbeststof. In 1997 is bij de werknemer longkanker vastgesteld. Hij is in 2000 overleden. De zaak vertoonde twee bijzonderheden. In de eerste plaats heeft de werknemer longkanker gekregen zonder dat voordien bij hem asbestose (stoflong) is opgetreden. In de jaren waarin hij met de asbeststof werkte was nog niet bekend dat dit mogelijk was. In de tweede plaats heeft de werknemer minstens 28 jaar lang gerookt.

De werkgever bestreed zijn aansprakelijkheid met een beroep op de twee genoemde bijzonderheden van de zaak. De kantonrechter in Almelo benoemde een deskundige, die heeft geconcludeerd dat de kans dat de longkanker van de werknemer door blootstelling aan asbeststof is veroorzaakt, 55% bedraagt. De deskundige voegde daaraan toe dat medisch niet kan worden vastgesteld of een bepaald geval van longkanker is veroorzaakt door asbest.

De kantonrechter in Almelo heeft bij vonnis van 17 december 2002 55% van de gevorderde materiële en immateriële schade toegewezen.

In hoger beroep heeft het hof Arnhem op 6 juli 2004 dit vonnis bekrachtigd.

### **Het cassatieberoep bij de Hoge Raad**

Nefalit heeft beroep in cassatie ingesteld tegen het arrest van het hof.

De zaak is bij de Hoge Raad voor Nefalit behandeld door mr. J. van Duijvendijk-Brand, advocaat te Den Haag en voor de erven van de werknemer door mr. M.J. Schenck, advocaat te Den Haag. De advocaat-generaal mr. J. Spier heeft op 4 november 2005 geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

De Hoge Raad heeft het beroep verworpen. Ten aanzien van de eerste bijzonderheid van de zaak besliste de Hoge Raad in overeenstemming met eerdere rechtspraak het volgende. Nu vaststaat dat de werkgever niet al die veiligheidsmaatregelen heeft getroffen die waren vereist met het oog op de aan het werken met asbest verbonden gevaren die hem bekend waren of behoorden te zijn, en daardoor de kans op het destijds onbekende risico (het ontstaan van asbestose zonder voorafgaande longkanker) aanzienlijk heeft verhoogd, is de werkgever ook daarvoor aansprakelijk.

Ten aanzien van de tweede bijzonderheid kwam de Hoge Raad tot een niet eerder gegeven beslissing. Deze komt op het volgende neer. Indien een werknemer schade heeft geleden die zowel kan zijn veroorzaakt doordat zijn werkgever hem onvoldoende heeft beschermd tegen schade in de uitoefening van zijn werkzaamheden door blootstelling aan een voor de gezondheid gevaarlijke stof, als kan zijn veroorzaakt door een aan de werknemer zelf toe te rekenen oorzaak zoals roken, genetische aanleg, veroudering of van buiten komende oorzaken, of door een combinatie daarvan, terwijl niet met voldoende zekerheid is vast te stellen in welke mate de schade van de werknemer door deze omstandigheden of één daarvan is ontstaan, mag de rechter de werkgever tot vergoeding van de gehele schade van de werknemer veroordelen met vermindering van - kort gezegd - het aandeel dat aan het eigen toedoen van de werknemer valt toe te schrijven. Hiermee heeft de Hoge Raad in dit soort gevallen het in de literatuur al eerder verdedigde leerstuk van de "proportionele aansprakelijkheid" aanvaard. Deze uitspraak heeft tot gevolg dat de uitspraak van het hof Arnhem definitief is geworden.

## Bijlage

# CV sprekers

**Jan Gmelich Meijling**, marineman en oud-burgemeester die in het eerste kabinet-Kok van 1994 tot 1998 staatssecretaris van Defensie (materieelbeleid en persoonszaken) was. Bracht zijn jeugd deels door in Nederlands-Indië en volgde na de middelbare school in Nederland een marineopleiding. Was onder meer actief in Nieuw-Guinea en daarna ambtenaar op het ministerie van Defensie. Na wethouder in Oegstgeest te zijn geweest werd hij burgemeester van Castricum en vervolgens van Den Helder. Hij was gedurende enige jaren vice-voorzitter van de VVD. Op dit moment is hij voorzitter van de Raad van Toezicht en Advies van het Instituut Asbestslachtoffers en van de Sichting Nederlandse Industriële Samenwerking Defensieopdrachten.

**Otto Visser** studeerde medicijnen in Rotterdam. Sinds 1990 werkt hij voor het Integraal Kankercentrum Amsterdam als hoofd van de regionale kankerregistratie. Hij vertegenwoordigt de Amsterdamse Kankerregistratie - de grootste van 9 regionale registraties in Nederland - in de Nederlandse Kankerregistratie (NKR), is lid van de Stuurgroep Kankerregistratie en voorzitter van de Commissie Coderingen van de Nederlandse Kankerregistratie. Daarnaast is hij (co-)auteur van de (jaarlijkse) publicaties van de nationale en regionale kankerregistratie. De laatste jaren heeft hij een aantal etiologische en prognostische onderzoeken (of studies) gedaan voor de kankerregistratie. In januari jl. promoveerde hij op één van deze onderzoeken.

**Dick Heederik** studeerde milieuhygiëne aan de Landbouwniversiteit te Wageningen en promoveerde aan deze universiteit op onderzoek naar de relatie beroepsmatige blootstelling in relatie tot astma en COPD. Sinds 2000 is hij als epidemioloog verbonden aan het 'Institute for Risk Assessment Sciences (IRAS)' van de Universiteit Utrecht, een van de omvangrijkere centra voor onderzoek naar milieu en gezondheidsrelaties in Europa. In november 2002 is hij benoemd tot hoogleraar Gezondheidsrisicoanalyse en is nu hoofd van de Divisie Milieuepidemiologie van het IRAS. Hij heeft uitgebreide internationale ervaring en heeft gewerkt bij het Institute for Occupational Medicine in Edinburg, Schotland, het National Institute for Occupational Health and Safety te Morgantown, in de Verenigde Staten, en bij het Environmental Hygiene Programme van de University of British Columbia te Vancouver, Canada. Hij is lid van de Gezondheidsraad en vervult diverse nationale en internationale adviesfuncties.

**August Van** studeerde rechten aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam. In 1995 promoveerde hij op deze universiteit op het proefschrift 'Onzekerheid over dader-schap en causaliteit'. Sinds 1996 is August Van werkzaam als letselschade-advocaat, aanvankelijk bij Beer Advocaten te Amsterdam en sinds 2001 bij SAP Advocaten te Amersfoort. Hij was de eerste die in ons land publiceerde over de problematiek van

de samenloop van blootstelling aan asbest en tabaksrook (zie: Tijdschrift voor Milieu-Aansprakelijkheid 1996, p. 45-48). De bekendste zaak die hij als advocaat heeft behandeld, is het zogenaamde Taxibus-arrest waarin hij optrad voor de benadeelde partij. Op dit moment vertegenwoordigt hij de eiseressen in de Implanon-zaak. Daarnaast werkt hij gedurende een dag in de week als senior onderzoeker aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hier houdt hij zich bezig met de problematiek rondom de inschakeling van medische deskundigen in letselschadezaken.

**Nanouk Cancian-van Ballegooijen** studeerde rechten aan de Universiteit Utrecht. Nadat zij in 1999 als advocaat begon in de algemene praktijk, heeft zij zich al snel tot arbeidsrechtsspecialist ontwikkeld. De overstap naar het gespecialiseerde arbeidsrechtkantoor “Boontje Advocaten” in Amsterdam in 2002 lag daarom in de lijn. Tijdens het volgen van de PALA (Postacademische Leergang Arbeidsrecht) in oktober 2003 werd haar belangstelling voor de werkgeversaansprakelijkheid bij bedrijfsongevallen en beroepsziekten gewekt, wat aanleiding gaf tot het publiceren van het artikel “*Alles of Niets ?!, Werkgeversaansprakelijkheid en schuldverdeling bij beroepsziekten*” (zie Tijdschrift voor het Arbeidsrecht 2004, 4, p. 8-14). Cancian geeft tevens workshops over diverse arbeidsrechtelijke onderwerpen aan het Midden- en Kleinbedrijf. Naast haar subspecialisme werkgeversaansprakelijkheid, houdt zij zich onder meer bezig met reorganisaties, medezeggenschapsrecht en flexibele arbeidsrelaties.

**Jan van Kessel** is jurist en werkt sinds 1974 bij het ministerie van Defensie in diverse functies in de sfeer van pensioenen, sociale zekerheid, arbeidsvoorwaarden en veteranenzorg. Momenteel is hij hoofd van de afdeling pensioenen, sociale zekerheid en zorg van de Directie Personeelsbeleid. Daarnaast is hij sinds 1994 lid van het bestuur van het VUT-fonds voor overheidspersoneel en sinds 2001 lid van de Commissie van Beroep van het ABP.

**Gert van der Laan**, klinisch arbeidsgeneeskundige is werkzaam bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (AMC, Amsterdam). Hij is hoofd van het Solvent Team voor de beoordeling en begeleiding van patiënten met Chronische Toxische Encephalopathie. Naast beroepsneurologische aandoeningen vormt het onderwerp kanker en beroep zijn expertiseterrein. Hij vertegenwoordigt Nederland in verschillende Europese werkgroepen over beroepsziekten.

**Marie-Louise Tiesinga-Autsema** is sinds 2000 voorzitter van het Instituut Asbestslachtoffers. Zij zat van 1980 tot 1995 en in 1998/99 in de Eerste Kamer. Leidde voor zij in de Senaat kwam een dochteronderneming van NRC Handelsblad en was later o.a. voorzitter van een zuiveringschap. In de Kamer hield zij zich met diverse onderwerpen bezig, waarvan defensie, cultuur, volksgezondheid en verkeer en waterstaat de belangrijkste waren. Ook buiten de Eerste Kamer was, en is zij actief op deze gebieden, onder andere als initiatiefnemer van het ‘Veteraneninstituut’ in 2000 en, tussen 2000 en 2005, als voorzitter van de wetenschappelijke begeleidingscommissie Medisch Onderzoek Vliegcramp Bijlmermeer.

## Bijlage

# Literatuur

- Akkermans, A.J. (1999). Proportionele schadevergoeding: onbekend maakt onbemind? Verkeersrecht 3, 65-69.
- Akkermans, A., Faure, M. en Hartlief, T. (eds) (2000), Proportionele aansprakelijkheid, Den Haag, Boom Juridische Uitgevers, p. 43-56. Artikel 6:101 lid 1 BW: billijkheids-correctie.
- Asbestos, asbestosis en cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution; Scand J Environ Health 1997;23;311-6;
- Cancian-van Ballegooijen, N. (2004). Alles of niets?! Werkgeversaansprakelijkheid en schuldverdeling bij beroepsziekten. Arbeidsrecht 4, 8-14.
- Gezondheidsraad. Protocollen asbestziekten: longkanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005; publicatie nr 2005/09.
- Henderson, D.W., Rodelsperger, K.R., Woitowitz, H.J. & Leigh, J. (2004). After Helsinki: a multidisciplinary review of the relationship between asbestos exposure and lung cancer, with emphasis on studies published during 1997-2004. Pathology, december, 36(6), pp. 517-550.
- Kessel, J.G.F.M. van (1981). Arbeidsongeschiktheid van militairen, ambtenaren en werknemers. Antwerpen/Amsterdam 1981.
- Kieffer C, Laan G van der et al. (2006). Asbestos-related Diseases in Europe. European Forum of Insurances against occupational diseases and accidents at work. Eurogip, Paris.
- Peeperkorn, D. (1998). Het oordeel van Paris. Over medische kunstfouten en kansen op schade. Verkeersrecht, 11, 321-324.
- Uitspraak Hoge Raad d.d. 31-03-2006: longkanker bij asbestmenger zonder voorafgaande asbestose (C04/303HR);
- Uitspraak Hoge Raad d.d. 9 november 2001, JAR 2001/256. Arrest Van Doesburg/Tan. Schuldverdelingsvraag.
- Uitspraak Hoge Raad d.d. 17 november 2000, JAR 2000/261. Verlichte stelplicht werknemer bij asbestblootstelling.
- Uitspraak Hoge Raad d.d. 20 september 1996, NJ 1997,198. Arrest Pollemans/Hoondert. Geen sprake was van opzet of bewuste roekeloosheid.
- Uitspraken Centrale Raad van Beroep d.d.12-05-2005: Roken en asbest (TAR 2005/112), d.d. 28-03-2002 en d.d. 05-09-2002.
- Uitspraak Rechtbank 's-Gravenhage d.d. 02-12-2005: Aansprakelijkheid voor longcarcinoom na asbestblootstelling.
- Uitspraak Kantongerecht. Middelburg 1 februari 1999, VR 1999, 117. Schaier/De Schelde, toepassing proportioneel rekenmodel.

**Stichting Instituut Asbestslachtoffers**

Directie en bureau:  
Bezuidenhoutseweg 60  
Postbus 90405  
2509 LK Den Haag  
Telefoon: 070 - 349 97 54  
Fax: 070 - 349 97 96  
e-mail: [secritas@ser.nl](mailto:secritas@ser.nl)

**[www.asbestslachtoffers.nl](http://www.asbestslachtoffers.nl)**

Uitvoering:  
Scheveningseweg 56  
Postbus 16353  
2500 BJ Den Haag  
Telefoon: 070 - 306 87 70  
Fax: 070 - 306 87 75  
e-mail: [info@asbestslachtoffers.nl](mailto:info@asbestslachtoffers.nl)