

ANNOTATIE

De verloren kans opnieuw berekend

mr. dr. R.P. Wijne en mr. dr. A.J. Van

1. **Conditio sine qua non-verband en de benadering van de verloren kans**

Het vaststellen van een conditio sine qua non-verband tussen een tekortkoming van een (huis)arts in de vorm van het delay en de schade van de patiënt in kwestie blijft problematisch. Niet zelden wordt daarom gekozen voor een proportionele benadering, meer in het bijzonder de benadering van de verloren kans. Ook in de onderhavige kwestie bleek het ondoenlijk vast te stellen dat de vrouw was overleden door een te late behandeling. Ook nu werd gekozen voor de benadering van de verloren kans om de te vergoeden schade te bepalen. De rechtbank kwam in navolging van het deskundigenbericht tot het oordeel dat de kans op overleving 8,9% groter was geweest bij adequate behandeling. Dat betekent dat 8,9% van de totale schade moet worden vergoed aan de achterblijvende partner en het achterblijvende kind. Maar klopt dit percentage wel? Heeft de rechtbank wel de juiste berekening toegepast? Ik meen van niet. Ter verduidelijking volgt hierna een uiteenzetting van de verschillende proportionele benaderingen (par. 2) en de rekenmethoden die daarbij horen (par. 3). Hieruit zal volgen dat de partner en het achterblijvende kind recht hebben op 94% van de totale schade.

2. **Verskillende proportionele benaderingen**

Zoals gezegd, kan een veelheid aan factoren van invloed zijn op het ontstaan van de schade zoals de patiënt die uiteindelijk heeft geleden. De handvatten in de bewijsrechtelijke sfeer ten spijt blijft causaliteitonzekerheid in 'medische' kwesties dan ook een veelgehoord euvel. Doorgaans wordt in gevallen van causaliteitonzekerheid (al dan niet met behulp van een bewijsvermoeden) de knoop doorgehakt door ofwel het conditio sine qua non-verband tussen de normschending en de schade aan te nemen, met als gevolg dat de hulpverlener volledig aansprakelijk wordt geacht, of dit verband niet aan te nemen, met als gevolg dat de vordering van de patiënt wordt afgewezen. Afwijzing van de vordering is echter niet bevredigend, indien vaststaat dat een normschending heeft plaatsgevonden én er een kans bestaat dat die

normschending oorzaak van de schade is geweest. Toewijzing van de vordering is evenmin bevredigend, omdat de hulpverlener dan schade moet vergoeden die mogelijk niet aan zijn fout is te wijten. Een mogelijke oplossing biedt het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid dat de causaliteit benadert via de weg van de *veroorzakingswaarschijnlijkheid*. De Hoge Raad aanvaardde een dergelijke proportionele benadering voor het eerst in een kwestie van werkgeversaansprakelijkheid, waarin onduidelijk was of de longkanker van de werknemer het gevolg was van blootstelling aan asbest of het gevolg was van het rookgedrag van de werknemer (HR 31 maart 2006, *NJ* 2011/250, m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai). Deze proportionele benadering bij onzekerheid over de normschending als oorzaak van de schade vindt volgens de Hoge Raad haar grondslag in de gedachte die achter artikel 6:99 BW in combinatie met artikel 6:101 BW, respectievelijk alternatieve causaliteit en eigen schuld schuilgaat; de aansprakelijke dader dient alleen datgene te vergoeden wat in evenredigheid staat met de in een percentage uitgedrukte kans dat de schade door zijn normschending is veroorzaakt (HR 14 december 2012, *NJ* 2013/236, m.nt. S.D. Lindenbergh). Een mogelijke oplossing voor de onredelijkheid waartoe de bewijslastverdeling ter zake het causaal verband kan leiden, kan tevens zijn gelegen in de benadering van de *'verloren kans'*. Een dergelijke benadering is te zien bij beroepsaansprakelijkheidszaken van advocaten waarin de vraag centraal staat wat de kans op succes in hoger beroep zou zijn geweest als de advocaat niet te laat hoger beroep had ingesteld.

De benadering van de verloren kans is verwant aan de hiervoor beschreven proportionele benadering, doch is daarvan tevens te onderscheiden (zie voor kritiek op het onderscheidend karakter C.H. van Dijk en A.J. Akkermans bij HR 21 december 2012, *JA* 2013, 41. Van Dijk en Akkermans spreken van twee kanten van dezelfde medaille, bij welke mening ik mij aansluit. Zie in dit verband ook C.J.M. Klaassen, 'Kansschade en proportionele aansprakelijkheid: volgens de Hoge Raad geen zijden van dezelfde medaille', *AV&S* 2013/14; A.G. Castermans en P.W. den Hollander, 'Omgaan met onzekerheid. Proportionele aansprakelijkheid, artikel 6:101 BW en de leer van de kansschade', *NTBR* 2013, nr. 5, p. 185-195 en C.H. van Dijk, 'Causale perikelen: het is moeilijk en zal moeilijk blijven', *TVP* 2013, nr. 3, p. 61-84). Deze benadering vindt plaats vanuit het schadebegrip. Uitgangspunt is de normale wijze waarop het *condicio sine qua non*-verband wordt vastgesteld: er wordt een vergelijking gemaakt tussen de schade in de situatie met normschending en de schade die zou zijn ontstaan in de hypothetische situatie zonder normschending. Die eerste situatie is een in werkelijkheid bestaande situatie: het is de situatie waarin de benadeelde zich thans bevindt (of op enig moment na de normschending heeft bevonden of zal bevinden). De tweede situatie is fictief: het is een situatie die er nooit zal zijn en die er ook nooit zal kunnen zijn. De benadering van de verloren kans is (dan ook) in feite niets anders dan een toepassing van de *condicio sine qua non*-test,

met als bijzonderheid dat de schade wordt uitgedrukt in termen van kansen, meestal de kans op het voorkómen van (verdere) gezondheidsschade. De patiënt hoeft bij toepassing van de benadering van de verloren kans niet langer te bewijzen dat de normschending door de hulpverlener de vaststaande en rechtstreekse oorzaak is van de schade van de patiënt. Hij hoeft 'slechts' aan te tonen dat die normschending hem een kans op genezing of op het voorkomen van letsel of overlijden heeft ontnomen.

Om het onderscheid tussen de verschillende, maar verwante, benaderingen duidelijk te maken, is in de literatuur wel verdedigd dat de proportionele benadering met name goed kan worden gebezigd in die gevallen waarin mogelijke oorzaken in het verleden liggen. De benadering van de verloren kans zou zich bij voorkeur laten gebruiken in die gevallen waarin de onzekerheid betrekking heeft op hetgeen in de toekomst zal geschieden. De Hoge Raad heeft in 2010 echter geoordeeld dat dit onderscheid in elk geval niet als uitgangspunt kan dienen om de toepasselijkheid van proportionele aansprakelijkheid af te bakenen (HR 24 december 2010, *NJ* 2011/151, m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai). In 2012 kwam de Hoge Raad bovendien met een ander onderscheidend criterium (HR 21 december 2012, *JA* 2013, 41, m.nt. C.H. van Dijk en A.J. Akkermans en *NJ* 2013/237, m.nt. S.D. Lindenbergh). De rechtsregel van de proportionele aansprakelijkheid is geëigend om een oplossing te bieden voor sommige situaties waarin onzekerheid bestaat over het condicio-sine-qua-non-verband tussen enerzijds de normschending en anderzijds de (op zichzelf vaststaande of vast te stellen) schade, en waarin die onzekerheid haar grond vindt in de omstandigheid dat de schade kan zijn veroorzaakt hetzij door de aansprakelijkheid scheppende gebeurtenis, hetzij door een voor risico van de benadeelde komende omstandigheid, hetzij door een combinatie van beide oorzaken. De benadering van de verloren kans is geëigend om een oplossing te bieden voor sommige situaties waarin onzekerheid bestaat over de vraag of een op zichzelf vaststaande tekortkoming of onrechtmatige daad schade heeft veroorzaakt, en waarin die onzekerheid haar grond vindt in de omstandigheid dat niet kan worden vastgesteld of en in hoeverre in de hypothetische situatie dat de tekortkoming of onrechtmatige daad achterwege zou zijn gebleven, de kans op succes zich in werkelijkheid ook zou hebben gerealiseerd.

Zowel de proportionele benadering via de uitgangspunten van artikel 6:99 BW en artikel 6:101 BW als de benadering van de verloren kans wordt in medische zaken toegepast.

Een voorbeeld van de proportionele benadering via de uitgangspunten van artikel 6:99 BW en artikel 6:101 BW bij onzekerheid over de normschending als oorzaak van de schade betreft een uitspraak van de Rechtbank Groningen (Rechtbank Groningen 14 februari 2007, *NJF* 2007, 355). De patiënten in kwestie betroffen een moeder en haar kind, de geneeskundige behandeling zag op de bevalling. Tijdens de baring was een schouderdystocie opgetreden. Na onderzoek werd bij het kind zenuwletsel in de hals vastgesteld. In de procedure kwam vast te

staan dat de arts onzorgvuldig had gehandeld door te hard aan het hoofd van het kind te trekken, maar was het de vraag of er causaal verband bestond tussen het onzorgvuldig handelen en het zenuwletsel. Niet in geschil was dat een beschadiging van de plexus brachialis (een netwerk van zenuwen in het nek-schoudergebied) meerdere oorzaken kan hebben. Het letsel kan spontaan (prenataal) ontstaan, het gevolg zijn van natuurlijke krachten optredend tijdens de baring, of het gevolg zijn van overrekking bij het ontwikkelen van de schouders. De geraadpleegde deskundige kon geen duidelijkheid geven over de oorzaak. Aangenomen moest daarom worden dat het causaal verband zich niet liet vaststellen. De rechtbank veroordeelde de arts en het ziekenhuis ex aequo et bono tot betaling van 75% van de schade.

Het meest bekende voorbeeld waarin de leer van de verloren kans werd toegepast betreft de casus van 'Baby Ruth' (Gerechtshof Amsterdam 4 januari 1996, *NJ* 1997/213). In deze zaak stond de medische behandeling van een pasgeboren baby centraal. De baby had kort na haar geboorte symptomen die deden denken aan een vitamine K-tekort. De behandelend kinderarts stuurde de ouders met de baby naar huis. De volgende dag volgde opname van de baby en werd een hersenbloeding aangetroffen. In de procedure die door de ouders aanhangig was gemaakt, oordeelde de Rechtbank Amsterdam dat sprake was van onzorgvuldig handelen van de kinderarts door de baby te laat op te nemen. Opname had reeds de avond van het eerste bezoek moeten plaatsvinden. Mogelijk was dan de diagnose hersenbloeding eerder gesteld. Vervolgens was het de vraag wat het behandelingsresultaat zou zijn geweest, ware de baby wel de avond ervoor opgenomen en ware de juiste diagnose gesteld. De rechtbank begrootte de schade – bestaande uit de verloren kans op een beter behandelingsresultaat – op 25%. In hoger beroep kwam het Gerechtshof Amsterdam tot een zelfde percentage.

3. Wanneer welke proportionele benadering; de rekenmethoden

Met het voortschrijden van de techniek en het vergaren van de kennis om gevolgen van een behandeling in percentages uit te drukken, wordt in gevallen van proportionele aansprakelijkheid gebruikgemaakt van statistische gegevens. Deskundigen zijn in staat gebleken om met aanknopingspunten te komen, al dan niet onderbouwd met medisch wetenschappelijke literatuur. Niettemin blijkt uit de rechtspraak dat met verschillende 'kansen' wordt gerekend, wat tot uiteenlopende resultaten leidt. Sommige rechters nemen bijvoorbeeld als vertrekpunt voor het bepalen van de verloren kans op een beter behandelingsresultaat de kans op gezondheidsschade na onjuiste behandeling en stellen deze op 100% – kennelijk omdat de schade (het overlijden, het letsel) zich heeft gerealiseerd –, terwijl andere rechters uitgaan van de kans op gezondheidsschade zoals die er was voordat het intreden van gezondheidsschade door tijdsverloop duidelijk werd.

Een voorbeeld van de eerste wijze van berekening betreft een zaak die aan de Rechtbank Alkmaar werd voorgelegd (Rechtbank Alkmaar 3 oktober 2002, ECLI:NL:RBALK:2002:AE8326). De zaak zag op een patiënt bij wie de diagnose hersenvliesontsteking werd gemist. De patiënt overleed daardoor. De door de rechtbank geraadpleegde deskundige oordeelde dat bij een tijdige visite en verwijzing naar het ziekenhuis de kans op overlijden ongeveer 30% zou hebben bedragen. De rechtbank leidde hieruit af dat op het moment van de fout een overlevingskans bestond van 70% (100% minus 30%) en dat deze kans verloren was gegaan. De rechtbank hield rekening met het tijdsverloop en rekende met de gerealiseerde kans op schade, deze was 100%, nu de dood was ingetreden.

Een voorbeeld van de tweede wijze van berekening betreft een zaak die aan de Rechtbank Maastricht werd voorgelegd (Rechtbank Maastricht 13 juli 2005, JA 2006, 44, m.nt. M. Zaadhof). De zaak betrof een man die in zijn hand werd gebeten door de hond van een ander. Ter verzorging van de wond bracht hij een bezoek aan zijn huisarts. Deze plakte de wond dicht. Er ontstond een infectie met vleesetende bacteriën, waardoor de patiënt tot tweemaal toe moest worden geopereerd. Bovendien ontwikkelde zich een dystrofie in de hand. De patiënt verweet zijn huisarts dat hij de wond verkeerd had behandeld en dat zich hierdoor een posttraumatische dystrofie had ontwikkeld, in welk standpunt hij werd gesteund door een deskundige. Volgens deze deskundige was het dichtplakken van de wond in strijd met de professionele standaard en zou de kans op een posttraumatische dystrofie bij een juiste behandeling 1 à 2% hebben bedragen. Door de opgetreden infectie was deze kans ten minste verdubbeld (4%). De patiënt leidde hieruit af dat hij bij een juiste behandeling een kans op volledig herstel zou hebben gehad van 98% à 99% (100% minus 1 à 2%). Hij paste aldus dezelfde methode toe als eerder de Rechtbank Alkmaar had gedaan. De rechtbank volgde de patiënt daarin niet en oordeelde dat door de medische fout de kans op volledig herstel was gedaald van 99% naar 96%. Dat betekende volgens de rechtbank een verlies van een kans op volledig herstel van 3%. Dit was volgens de rechtbank een zo geringe daling van de kans, dat niet kon worden geconcludeerd dat een causaal verband aanwezig was tussen de tekortkoming en het ontstaan van de dystrofie. De rechtbank hield in dit geval geen rekening met het tijdsverloop en rekende met kansen zoals die voorafgaand aan de gebeurtenis bekend waren.

Tot slot blijkt uit de door rechters berekende percentages dat de benadering van de proportionele aansprakelijkheid soms tot andere uitkomsten leidt dan de benadering van de verloren kans. Dit wekt bevreemding. Immers, hoewel hun uitgangspunten anders zijn en het te onderscheiden leerstukken betreft, wordt het probleem van de causaliteitonzekerheid vanuit dezelfde optiek belicht, wat betekent dat welke benadering ook wordt gehanteerd, zij tot een zelfde percentage aansprakelijkheid leiden of dat zouden moeten doen (zie ook A-G

Spier bij HR 21 december 2012, *JA* 2013, 41, m.nt. C.H. van Dijk en A.J. Akkermans en *NJ* 2013/237, m.nt. S.D. Lindenbergh; A.J. Van en R.P. Wijne, 'Lies, damned lies and statistics, de berekening van het verlies van een kans bij medische aansprakelijkheid', *TVP* 2012, nr. 1, p. 16-25; B.C.J. van Velthoven, 'Schadekansen bij medische fouten, proportionele aansprakelijkheid in de praktijk', *TvGr* 2011, nr. 1, p. 18-37; annotatie M. Zaadhof bij Rechtbank Maastricht 13 juli 2005, *JA* 2006, 44; A.J. Akkermans en C.H. van Dijk, 'Proportionele aansprakelijkheid, omkeringsregel, bewijslastverlichting en eigen schuld: een inventarisatie van de stand van zaken', *AV&S* 2012, nr. 5, p. 157-177 en C.H. van Dijk en A.J. Akkermans in hun noot bij HR 21 december 2012, *JA* 2013, 41).

Gezien de uitkomsten en verschillen is het de vraag of het partijen en de rechter duidelijk is wanneer in medische zaken voor welke benadering moet worden gekozen en welke rekenmethode moet worden gehanteerd.

Voorop wordt gesteld dat de benadering van de verloren kans niets anders is dan een toepassing van de leer van de *condicio sine qua non*, zij het dat de schade wordt uitgedrukt in termen van kansen. De wijze van berekening is dan de volgende: *kansverlies is de kans op het intreden van (verdere) gezondheidsschade in de situatie met fout minus de kans op het intreden van (verdere) gezondheidsschade in de situatie zonder fout*.

De kans op het intreden van (verdere) gezondheidsschade in de situatie met fout moet, evenals bij toepassing van de *condicio sine qua non*-test, worden bepaald aan de hand van de werkelijke situatie waarin de benadeelde patiënt zich bevindt. Omdat de gezondheidsschade daarin een niet te miskennen realiteit is, wordt deze kans in de praktijk doorgaans op 100% gesteld. Dit is een logische gedachte, maar statistisch gezien is het niet in alle gevallen geoorloofd deze kans 'zo maar' op 100% te stellen. Dit is slechts toegestaan in die gevallen waarin vóóraf zeker is dat bij het ontbreken van adequate medische behandeling de patiënt gezondheidsschade zal lijden (hierna ook geduid als 'categorie A'). Immers, de kans op gezondheidsschade in de situatie met fout moet worden gezien als een – zoals statistici aanduiden – 'voorwaardelijke kans'; het betreft de kans op een bepaalde gebeurtenis, gegeven het feit dat een andere gebeurtenis zal plaatsvinden (Theorema van Bayes, Thomas Bayes, 'An Essay Towards Solving a Problem in the Doctrine of Chances', 1763, postuum gepubliceerd door R. Price in de *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*). De kans op gezondheidsschade in de situatie met fout is een dergelijke 'voorwaardelijke kans', te weten de kans dat de gezondheidstoestand van een patiënt met een bepaalde ziekte of aandoening achteruit zal gaan, als deze ziekte of aandoening niet of niet tijdig wordt gediagnosticeerd en/of adequaat wordt behandeld. Een en ander betekent dat de aard (ernst) van de ziekte van de patiënt, in combinatie met het tijdsverloop bepalend is voor de omvang van de kans op gezondheidsschade in de situatie met fout. (Pas) als het gaat om een ziekte of aandoening

waarvan bekend is dat deze zonder adequate medische behandeling na verloop van tijd altijd bij iedere patiënt in ernst toeneemt, dan bedraagt de kans op gezondheidsschade in de situatie met fout 100% als de patiënt gedurende enige tijd verstoken blijft van die adequate medische behandeling.

Een voorbeeld van een dergelijke situatie is te vinden in het hierboven besproken vonnis van de Rechtbank Alkmaar. De zaak betrof een patiënt bij wie de diagnose hersenvliesontsteking werd gemist. Niet ingrijpen leidt bij deze aandoening na enige tijd met zekerheid tot verergering van het ziektebeeld en uiteindelijk tot de dood. In gevallen als deze kan de methode van het verlies van een kans probleemloos worden toegepast door de kans op gezondheidsschade in de situatie met fout (die hier 100% bedraagt) te verminderen met de kans op gezondheidsschade in de situatie zonder fout.

In die gevallen waarin vooraf duidelijk is dat het uitblijven van adequate medische behandeling bij sommige patiënten wel tot schade leidt, maar bij andere patiënten niet (hierna ook geduid als 'categorie B') – terwijl er ook nog steeds een kans bestaat op schade zonder fout – bedraagt de 'voorwaardelijke kans' op schade in de situatie met fout daarentegen *minder* dan 100%. De kans op het intreden van (verdere) gezondheidsschade in de situatie met fout kan dan ook niet op 100% worden gesteld. De hiervoor geschetste rekenmethode – *kansverlies is de kans op het intreden van (verdere) gezondheidsschade in de situatie met fout minus de kans op het intreden van (verdere) gezondheidsschade in de situatie zonder fout* – zou tot een onjuiste uitkomst leiden.

Een voorbeeld van een situatie waarin de kans op het intreden van gezondheidsschade minder was dan 100% betreft de eerder besproken uitspraak van de Rechtbank Maastricht. Vooraf stond niet vast dat het dichtplakken van de wond tot een ontwikkeling van dystrofie zou leiden. Dit is bij sommige patiënten wel het geval, maar bij andere patiënten niet.

In die gevallen ligt het voor de hand om te kiezen voor de proportionele benadering. Feitelijk is immers onduidelijk of de medische behandeling oorzaak is van de schade en, zoals ook de Hoge Raad heeft bepaald, is in die gevallen de proportionele benadering geëigend om een oplossing te bieden. De wijze van berekening is dan de volgende: *proportionele aansprakelijkheid is (kans op gezondheidsschade in de situatie met fout minus kans op gezondheidsschade in de situatie zonder fout) gedeeld door kans op gezondheidsschade in de situatie met fout maal 100%*.

Toch kan ook de rekenkundige benadering van de verloren kans worden toegepast, zij het niet op dezelfde wijze als in de gevallen waarin de kans op gezondheidsschade met fout gelijk is aan 100%. Wat (achteraf) met zekerheid vaststaat, is dat de gezondheidsschade ofwel is

ontstaan door de medische fout, ofwel door de reeds aanwezige ziekte of aandoening van de patiënt, ofwel door een combinatie van beide. Statistisch gezien betekent dit dat, als de schade een feit is, de som van de kansen dat een van beide factoren (de ziekte of de fout) daarvan de oorzaak is, gelijk moet zijn aan 100%. Waar dat niet het geval is, zullen beide kansen (de kans dat de fout oorzaak en de kans dat de ziekte dat is) moeten worden vermenigvuldigd met een zodanige factor dat hun som alsnog gelijk wordt aan 100%. Oftewel, als de kans op gezondheidsschade in de situatie met fout kleiner is dan 100%, dan dient voor een correcte berekening van de kans dat de fout oorzaak is, die kans te worden vermenigvuldigd met een zodanige factor, dat deze alsnog 100% gaat bedragen. Wordt deze kans echter vermenigvuldigd, dan zal – om het kansverlies correct te kunnen bepalen – de kans op gezondheidsschade in de situatie zonder fout óók moeten worden vermenigvuldigd met die factor. Dit betekent dat de omvang van het kansverlies in deze gevallen op een juiste wijze kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende berekening: *kansverlies is X maal de kans op (verdere) gezondheidsschade in de situatie met fout minus X maal de kans op (verdere) gezondheidsschade in de situatie zonder fout, waarbij X een zodanige waarde heeft dat X maal de kans op (verdere) gezondheidsschade met fout is gelijk aan 100%.*

In die gevallen tot slot waarin noch vóóraf zeker is dat het ontbreken van adequate medische behandeling tot gezondheidsschade leidt, noch duidelijk is dat dit voor sommige patiënten het geval is, maar slechts duidelijk is dat de gezondheidsschade nog niet is ingetreden, maar mogelijk in de toekomst wel kán ontstaan (hierna ook aangeduid als 'categorie C'), moet zowel voor de situatie met als voor de situatie zonder fout worden gerekend met de kans zoals die vooraf bekend was: de kans dat een patiënt bij wie een bepaalde aandoening of ziekte is geconstateerd bij het ontbreken van adequate medische behandeling nadelige gevolgen zal ondervinden voor zijn of haar gezondheid ongeacht of deze nadelige gevolgen wel of niet zijn ingetreden. Een voorbeeld van een dergelijke situatie is die waarin bij een jonge vrouw de diagnose baarmoederhalskanker is gemist. Het tumorweefsel kan nog worden verwijderd, maar de kans op recidive is door het delay aanmerkelijk vergroot. De schade van de patiënte bestaat hier uit de mate waarin voor haar de kans op recidive van de aandoening is toegenomen.

De analyse van de rekenmethoden van de verschillende benaderingen in ogenschouw genomen, blijkt aldus dat in de onderhavige kwestie van een onjuiste berekening is uitgegaan.

Vaststond dat de patiënte bij tijdig ingrijpen een kans op overlijden had van 0,6%. Op het moment dat daadwerkelijk werd ingegrepen had zij een kans op overlijden van 9,5%. De rechtbank oordeelde vervolgens dat er een overlevingskans van 8,9% verloren was gegaan. De percentages werden van elkaar afgetrokken. De rechtbank rekende dus met de kansen die vooraf bekend waren en vergat dat het overlijden zich had gerealiseerd. Een juiste benadering

had tot een verloren kans van 94% geleid: was er wel medicatie verstrekt dan was er 9,5% kans op overlijden en was er geen medicatie verstrekt dan was er 9,5% kans op overlijden, oftewel $100\% (10,5 \times 9,5) - 6\% (10,5 \times 0,6)$ is 94%. De proportionele benadering had tot een zelfde uitkomst geleid: $(9,5 - 0,6) / 9,5 \times 100\%$ is 94%.

Een aanzienlijk verschil...