

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.189

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.189 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: D. Molin te Amsterdam,
tegen

C., verzekeringsarts, werkzaam te D., verweerder in beide instanties, gemachtigde: mr.
A.C.I.J. Hiddinga verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 17 oktober 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven
tegen C. - hierna de verzekeringsarts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 11 april
2018, onder nummer 17205, heeft dat College de klacht als kennelijk ongegrond afge-
wezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen.

De verzekeringsarts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-
lege van 28 mei 2019, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door zijn gemachtigde
de heer Molin voornoemd, en de verzekeringsarts, bijgestaan door zijn gemachtigde
mr. Hiddinga voornoemd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“ 2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

*Klager is zelfstandig uitvoerder, opzichter en timmerman in de bouw en lijdt aan chroni-
sche idiopathisch axonale polyneuropathie (CIAP).*

*Hij heeft op 14 april 2015 een beroep gedaan op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering.
Op 12 september 2016 werd klager geïnformeerd dat hij blijvend arbeidsongeschikt
voor het eigen werk werd geacht, maar niet voor passend werk binnen het eigen bedrijf,
waardoor er vanaf 29 augustus 2016 geen recht meer was op een arbeidsongeschikt-
heidsuitkering.*

*Klager was het met deze beslissing niet eens en heeft daartegen bezwaar gemaakt.
In dat kader heeft de advocaat van klager per e-mail van 19 juni 2017 de organisatie
waar verweerder als verzekeringsarts/medisch adviseur werkzaam is, benaderd. Zij
schreef onder meer:*

*“Namens cliënt [naam klager], die eerder via zijn gemachtigde [naam gemachtigde],
contact heeft gehad met uw organisatie, verzoek ik u vriendelijk om een offerte voor
het afgeven van een medisch advies.*

(...)

Hij wil graag weten hoeveel uur per dag hij kan werken. (...)

Ik verzoek u vriendelijk om mij te laten weten wat uw kosten zijn om onderzoek te verrichten waaruit al dan niet volgt dat cliënt slechts een halve dag per dag kan werken (staan, zitten, lopen)."

De relatiemanager van de organisatie van verweerder antwoordde per e-mail van 21 juni 2017 onder meer:

*"(...) Op grond van **de huidig toegezonden stukken** schat de medisch adviseur [naam verweerder] in dat er ongeveer 3 uur nodig zal zijn voor de bestudering van de toegezonden stukken en het opstellen van een eerste advies. (...)"*. Daarbij gaf zij een offerte af.

Per e-mail van 22 juni 2017 antwoordde klagers advocaat: "Hierbij namens cliënt akkoord met offerte en verzoek om advies direct af te geven."

Op 5 juli 2017 heeft verweerder een advies afgegeven. Dit advies bevat een samenvatting van (medische) gegevens en een beschouwing/advies. Verweerder schreef in de beschouwing onder meer:

"In hoeverre deze AML echter een adequate vertaalslag is van de door de expert aangegeven beperkingen kan moeilijk worden aangegeven aangezien ondergetekende cliënt niet zelf heeft onderzocht. De medisch adviseur van de verzekeraar echter evenmin hetgeen door een verzekeringsarts, tot welke beroepsgroep de collega medisch adviseur eveneens behoort, lege artes in principe dient te gebeuren.

In het voorstel van de verzekeraar om een verzekeringsarts de beperkingen bij cliënt te laten beoordelen kan ik mij dan ook volledig vinden. Daarvoor zou de voorgestelde collega [naam collega] een prima keus zijn. Hiervoor kan ondergetekende een conceptvraagstelling opstellen dan wel een exemplaar van de wederpartij voor u beoordelen. Het wordt niet nodig geacht daaraan voorafgaand nieuw neurologisch expertiseonderzoek te laten verrichten daar de diagnose hier niet ter discussie staat maar juist de gevolgen daarvan voor het functioneren, waaronder in arbeid, hetgeen bij uitstek de deskundigheid van de verzekeringsarts betreft. Anderzijds bestaat er mijnerzijds geen onoverkomelijk bezwaar tegen hernieuwd neurologisch onderzoek.

Na verzekeringsgeneeskundig onderzoek zal een arbeidsdeskundige de (mate van) arbeidsongeschiktheid voor eigen en passend werk moeten beoordelen door vergelijking van de belasting van de eigen (aangepaste) werkzaamheden met de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen c.q. belastbaarheid.

Alvorens tot verzekeringsgeneeskundig, en eventueel neurologisch, expertiseonderzoek over te gaan wordt geadviseerd nog informatie bij de pijnpoli op te vragen, waar cliënt onlangs een afspraak had, ter completering van het medisch dossier (...)"

Bij het advies was een addendum gevoegd. Verweerder schreef daarin onder meer (citaat overgenomen inclusief spel- en taalfouten):

"Geachte [naam advocaat klager],

Er dient ernstig rekening mee gehouden dat er geen urenbeperking zal worden aangenomen bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek wegens het ontbreken van een indicatie hiervoor op grond van de verzekeringsgeneeskundige standaard 'Verminderde arbeidsduur'.

De claim van cliënt hiertoe is wellicht (mede) gebaseerd op het eigen werk maar bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling vormt het eigen werk niet het uitgangspunt.

Wel passende arbeid ofwel werk waarbij rekening wordt gehouden met beperkingen.

In dat geval lijkt er geen reden voor een bijkomende urenbeperking gelet op de bij cliënt aanwezige medische problematiek.

Mogelijk relevant is nog de voorgeschiedenis die neurasthenie en aspecifieke pijnklachten vermeldt, waarvoor onder meer kenmerkend zijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, hetgeen mogelijk ook thans het geval is. (...)

Per e-mail van 4 augustus 2017 heeft de advocaat van klager verweerder in gebreke gesteld wegens het niet voldoen aan de opdracht. Gesteld werd dat verweerder een niet onderbouwd advies had afgegeven en dat de factuur van verweerder niet zou worden voldaan.

Verweerder heeft de e-mail van 4 augustus 2017 van klagers advocaat per brief van 7 augustus 2017 beantwoord. Verweerder schreef onder meer:

“(...) Deze inschatting ten aanzien van de urenbeperking werd niet opgenomen in het advies opdat het advies (ook) naar de (medisch adviseur van de) verzekeraar kon worden gezonden, uiteraard zonder addendum.

Samenvattend is aan de opdracht tot het uitbrengen van medisch advies op basis van de stukken voldaan, waaraan u akkoord hebt gegeven. Ik ga er dan ook van uit dat de factuur voor de verleende dienst binnen de gestelde termijn zal worden voldaan.

In het geval u wenst dat cliënt wordt onderzocht door ondergetekende dan kan daarvoor een passende offerte worden uitgebracht. Ik kan mij echter indenken dat de voorkeur wordt gegeven dit te laten verrichten in het kader van het door de wederpartij voorgestelde verzekeringsgeneeskundige onderzoek. (...)

3. Het standpunt van klager en de klacht

Klager verwijt verweerder dat hij:

- 1. onzorgvuldig heeft gehandeld en een opdracht voor een medisch advies heeft geaccepteerd waarvan hij kennelijk wist dat hij daar niet aan kon voldoen of niet aan wilde voldoen;*
- 2. in het addendum een niet onderbouwd standpunt heeft ingenomen op basis van vooroordelen en zich daarmee onnodig kwetsend ten opzichte van klager heeft opgesteld;*
- 3. in het addendum een niet consistent advies heeft afgegeven door te stellen dat “In dat geval lijkt er geen reden voor een bijkomende urenbeperking gelet op de bij cliënt aanwezige medische problematiek.”;*
- 4. kwakzalverij bedrijft en zich in zijn brief van 7 augustus 2017 van drogredenen bedient;*
- 5. zowel actief als passief colludeert met de verzekeraar nu hij niet één standpunt behoorlijk onderbouwt.*

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder is van mening dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt treft en heeft – kort en zakelijk weergegeven – het volgende naar voren gebracht.

Ad 1.: De opdracht was het geven van een medisch advies op basis van de dossierstukken. Verweerder heeft dat op zorgvuldige wijze en conform de verzekeringsgeneeskundige standaard ‘Onderzoeksmethoden’ gedaan en het medisch advies voldoet aan de daarvoor geldende criteria.

Ad 2.: Het addendum is vrij van vooroordelen en is niet kwetsend. Verweerder heeft enkel toegelicht waarom verwacht wordt dat de door klager geclaimde urenbeperking niet zal worden aangenomen bij verzekeringskundig expertiseonderzoek.

Ad 3.: De inschatting dat er geen reden lijkt voor een bijkomende urenbeperking is gebaseerd op een combinatie van factoren en niet uit de lucht gegrepen. Bij klager was conform het neurologisch expertiserapport sprake van lichamelijke beperkingen als gevolg van axonale polyneuropathie (CIAP). Uit dit rapport en de rest van het dossier

kwamen geen aanknopingspunten voor een bijkomende arbeidsduurbepanking, naast deze lichamelijke beperkingen naar voren.

Ad 4.: Er is geen sprake van drogredenen of kwakzalverij. Verweerder neemt met klem afstand van dit grievende verwijt.

Ad 5.: Verweerder heeft een neutraal en gemotiveerd medisch advies uitgebracht dat logisch volgt uit de dossierstukken.

5. De overwegingen van het college

Aan de orde is de vraag of verweerder bij het opstellen van zijn advies met bijbehorend addendum de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die hij ten opzichte van klager diende te betrachten. Het college zal de diverse klachtonderdelen beoordelen en zo-doende komen tot beantwoording van die vraag.

Klachtonderdeel 1 (Het aannemen van en voldoen aan de opdracht voor een medisch advies)

Het college begrijpt dat klager teleurgesteld is over de inhoud van het medisch advies. Hoewel voorstelbaar, betekent dit op zichzelf nog niet dat verweerder met het aannemen van de opdracht en het opstellen van het medisch advies tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hiervan kan pas sprake zijn als verweerder bij het aannemen van de opdracht onzorgvuldig heeft gehandeld en/of een ondeugdelijk advies heeft afgegeven. Naar het oordeel van het college is daarvan echter geen sprake. Het college overweegt daartoe als volgt.

Hoewel uit de e-mail van 19 juni 2017 van klagers advocaat de verwachting tot het doen van een lichamenlijk onderzoek van klager zou kunnen worden afgeleid ("Ik verzoek u vriendelijk om mij te laten weten wat uw kosten zijn om onderzoek te verrichten waaruit al dan niet volgt dat cliënt slechts een halve dag per dag kan werken (staan, zitten, lopen)."), is namens verweerder per e-mail van 21 juni 2017 conform de in de beroepsgroep gebruikelijke werkwijze een offerte afgegeven voor de bestudering van de toegezonden stukken en het opstellen van een eerste advies. Naar het oordeel van het college blijkt uit de inhoud van die e-mail voldoende duidelijk dat de geoffreerde werkzaamheden geen lichamenlijk onderzoek omvatten. Nu klagers advocaat per e-mail van 22 juni 2017 namens klager zonder nader voorbehoud met de gegeven offerte heeft ingestemd, kan verweerder achteraf bij een teleurstellende uitkomst niet verweten worden dat hij ten onrechte de opdracht voor het geven van een medisch advies heeft geaccepteerd. Verweerder had bij het accepteren van de opdracht ook nog geen kennis van het dossier en kon de uitkomst van het advies op voorhand dan ook niet voorspellen. Een advies zoals door verweerder is uitgebracht, wordt volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege aan de hierna volgende criteria getoetst:

- 1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;*
- 2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;*
- 3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;*
- 4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;*
- 5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.*

Het college toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

Toetsend aan de hierboven vermelde criteria is niet gebleken dat het door verweerder gegeven advies ondeugdelijk is.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdelen 2 en 3 (Het addendum)

Deze klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

In het addendum, waarin verweerder een antwoord heeft gegeven op de vraag in de e-mail van 19 juni 2017 van klagers advocaat, heeft verweerder een inschatting gegeven over de uitkomst van vervolgonderzoek. Verweerder heeft deze inschatting met opzet in een addendum gegeven, aangezien deze niet bedoeld was voor kennisneming door de wederpartij, maar uitsluitend voor kennisneming door (de advocaat van) klager.

Deze inschatting, waarvan niet gebleken is dat deze uit de lucht gegrepen is, mocht verweerder naar het oordeel van het college in het addendum geven. Dat verweerder bij het geven van die inschatting inconsistent, kwetsend of bevooroordeeld is geweest, is niet gebleken. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is geen sprake. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

Klachtonderdelen 3 en 4 (kwakzalverij, drogredenen en colluderen met de verzekeraar)
Deze klachtonderdelen lenen zich eveneens voor gezamenlijke behandeling.

De onder deze klachtonderdelen aan verweerder gemaakte verwijten zijn niet, althans onvoldoende, onderbouwd en dienen daarom als ongegrond te worden afgewezen.

Op grond van het voorgaande kan niet worden gesteld dat verweerder bij het opstellen van zijn advies met bijbehorend addendum niet de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die hij ten opzichte van klager diende te betrachten. De klacht wordt daarom afgewezen als kennelijk ongegrond”.

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, welke weergave in beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Klager beoogt met zijn beroep de klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen. Het beroep strekt ertoe dat de klacht alsnog (op alle onderdelen) gegrond wordt verklaard.

4.2 De verzekeringsarts heeft in beroep verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van de inhoud van de in eerste aanleg door klager geformuleerde klacht en het daarover in eerste aanleg door partijen gevoerde debat. Het door het Regionaal Tuchtcollege gevormde zaaksdossier is aan het Centraal Tuchtcollege toegestuurd.

4.4 In beroep is het debat door partijen schriftelijk nog een keer gevoerd, waarbij door ieder van hen standpunten zijn ingenomen naar aanleiding van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de door dat College gegeven beschouwingen en beslissingen. Tijdens de mondelinge behandeling op 28 mei 2019 is het debat voortgezet.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

4.6 Klachtonderdeel 1 komt erop neer dat de verzekeringsarts onzorgvuldig heeft gehandeld door de opdracht tot het uitbrengen van medisch advies te accepteren terwijl hij wist of had moeten weten dat hij daar niet aan kon voldoen. Aan deze klacht ligt de veronderstelling ten grondslag dat de verzekeringsarts reeds bij het aannemen van de opdracht kon weten dat hij niet aan die opdracht kon voldoen. Zoals het Regionaal Tuchtcollege in de beslissing onder het kopje ‘5. De overwegingen van het college’ -

op pagina zes, twaalfde regel van boven - terecht heeft overwogen had verweerder bij het accepteren van de opdracht nog geen kennis van het dossier en kon hij de uitkomst van het advies dan ook niet op voorhand voorspellen.

4.7 Ten aanzien van de overige klachtonderdelen (2 t/m 5) heeft het beraad in raadkamer na de behandeling in beroep het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg. Het Centraal Tuchtcollege neemt hetgeen het Regionaal Tuchtcollege ter zake van deze klachtonderdelen onder het kopje '5. De overwegingen van het college' heeft overwogen hier over. Dit echter met dien verstande dat waar de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege - op pagina zeven, twaalfde regel van boven - vermeldt: 'Klachtonderdelen **3 en 4** (kwakzalverij, drogredenen en colluderen met de verzekeraar)', het Centraal Tuchtcollege in plaats daarvan leest: 'Klachtonderdelen **4 en 5** (kwakzalverij, drogredenen en colluderen met de verzekeraar'.

4.8 Waar klager in zijn beroepschrift heeft aangevoerd dat het mondeling vooronderzoek en het daarvan opgemaakte proces-verbaal in eerste aanleg inadequaat zijn geweest, overweegt het Centraal Tuchtcollege dat voor zover er in eerste aanleg sprake is geweest van een verzuim dit is hersteld door de behandeling van de zaak in beroep. Klager heeft in beroep opnieuw de gelegenheid gekregen zijn standpunten naar voren te brengen en het volgens klager onjuiste oordeel van het Regionaal Tuchtcollege over de door hem ingediende klachten ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege kunnen voorleggen. Deze beroepsgrond treft derhalve geen doel.

4.9 De slotsom is dat ook het Centraal Tuchtcollege van oordeel is dat van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen of nalaten geen sprake is.

4.10 Dit betekent dat de klacht van klager faalt en het beroep zal worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter; B.J.M. Frederiks en M.W. Zandbergen, leden-juristen en H.S. Boersma en J.H.M. Brouwer, leden-beroeps-
genoten en D. Brommer, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 18 juni 2019.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.