

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2024/6905

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 30 oktober 2024 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klager,

tegen

C,
verzekeringsarts,
werkzaam in D,
verweerder, hierna ook: de verzekeringsarts.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 Klager is tandarts. Hij heeft gezondheidsklachten en heeft als gevolg daarvan sinds begin 2020 zijn werk niet meer kunnen doen. Klager heeft E (waar hij verzekerd is voor arbeidsongeschiktheid) gevraagd om een uitkering. In dat kader heeft de verzekeringsarts een verzekeringsgeneeskundig onderzoek uitgevoerd op 8 maart 2023, en daarvan een rapport uitgebracht aan E.

1.2 Klager is van mening dat de verzekeringsarts een onvolledig onderzoek heeft uitgevoerd, een verkeerde diagnose heeft gesteld en een onjuist rapport heeft uitgebracht, als gevolg waarvan hij mogelijk gezondheidsschade heeft opgelopen.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht deels gegrond is. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 5 februari 2024;
- het verweerschrift;
- de brief van klager met de bijlagen van 13 mei 2024, binnengekomen op 14 mei 2024;
- het proces-verbaal van het op 22 mei 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 18 september 2024, gelijktijdig met een klacht tegen de (hierna te noemen) medisch adviseur (kenmerk A2024/6906).

De partijen zijn verschenen. De medisch adviseur werd bijgestaan door haar gemachtigde. De partijen en de gemachtigde van de medisch adviseur hebben hun standpunten mondeling toegelicht

3. De feiten

3.1 Klager heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten bij E. Sinds begin 2020 heeft klager, die werkzaam is als tandarts, zijn werk niet meer volledig kunnen doen. Aanvankelijk lagen hier burn-outklachten aan ten grondslag. Op 5 december 2022 heeft klager bij E een aanvullende ziekmelding gedaan in verband met zijn rugklachten.

3.2 Op 13 december 2022 heeft de re-integratieadviseur van E aan klager verzocht om het verslag van de MRI-scan en de verwijzing naar de neuroloog te verstrekken aan E. Op 13 december 2022 heeft klager het verslag van de MRI-scan van 16 november 2022, de verwijzing van de huisarts van 23 november 2022 en de brief van de neuroloog van 12 december 2022 per e-mail verzonden aan de re-integratieadviseur.

3.3 De re-integratieadviseur heeft per bericht van 11 januari 2023 bevestigd dat de door hem verstuurd medische gegevens van 13 december 2022 door medisch adviseur F ter beschikking worden gesteld aan de verzekeringsarts C, teneinde een verzekeringsgeneeskundig onderzoek te verrichten.

3.4 Op 22 februari 2023 heeft de medisch adviseur F de aanvraag voor een verzekeringsgeneeskundig onderzoek verstuurd aan de verzekeringsarts C met daarbij de bij medisch adviseur F bekende medische stukken.

3.5 In het kader van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek is klager op 8 maart 2023 van 15:00 uur tot 16:30 uur door de verzekeringsarts onderzocht. Tijdens het consult heeft klager een brief van de anesthesioloog en pijnspecialist van 6 maart 2023 aan de verzekeringsarts overhandigd. Klager was ten tijde van het consult ook in het bezit van twee brieven van de neuroloog van 30 december 2022 en 8 februari 2023. Deze brieven zijn niet betrokken in het verzekeringsgeneeskundig onderzoek.

3.6 Op 13 maart 2023 heeft de verzekeringsarts C het (concept-) gespreksverslag van zijn onderzoek ter inzage en correctie verzonden aan klager. Op 14 maart 2023 heeft klager op het gespreksverslag gereageerd, waarna de verzekeringsarts het rapport op 15 maart 2023 definitief heeft gemaakt.

4. De klacht en de reactie van de verzekeringsarts

4.1 Klager verwijt de verzekeringsarts (kort omschreven) dat hij:

- a) de diagnose van specialisten (grotendeels) negeert en een eigen diagnose stelt;
- b) heeft verzuimd zijn concept-rapportage aan klager voor te leggen;
- c) een onjuist rapport heeft uitgebracht;
- d) een te summier onderzoek heeft uitgevoerd waardoor hij problemen heeft gemist;
- e) ten onrechte heeft nagelaten om extra informatie op te vragen;
- f) door zijn nalaten mogelijk gezondheidsschade heeft veroorzaakt bij klager;
- g) heeft gedoogd dat zijn onjuiste rapport is opgenomen in het dossier van E.

4.2 De verzekeringsarts heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.1 De vraag is of verzekeringsarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende verzekeringsarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

5.2 Het college zal allereerst het tweede klachtonderdeel behandelen.

Klachtonderdeel b): de verzekeringsarts heeft verzuimd zijn concept-rapport aan klager voor te leggen

5.3 Klager verwijt de verzekeringsarts terecht dat hij heeft nagelaten om klager - voorafgaande aan het uitbrengen van het rapport - een concept-rapport toe te zenden. Daarmee is klager de mogelijkheid ontnomen om te wijzen op (in diens visie) in het rapport opgenomen fouten en/of feitelijke onjuistheden. Er is sprake van een privaatrechtelijke verzekering, dus klager heeft geen blokkeringsrecht (op grond van art. 7:464, tweede lid onder b, BW). Echter, klager heeft wel een inzage- en correctierecht dus de verzekeringsarts had hem daarop moeten wijzen en had klager vooraf een concept-rapport moeten toesturen (vgl. CTG 11 mei 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0273).

5.4 Deze fout is de verzekeringsarts toe te rekenen. Dat klemt te meer, omdat hij in de opdrachtbrief van 22 februari 2023 door E expliciet op deze verplichting is gewezen. Ter zitting heeft de verzekeringsarts desgevraagd erkend dat hij onvoldoende aandacht heeft gehad voor deze (in zijn visie, in vergelijking met eerdere standaard-opdrachtbrieven, nieuwe) passage in de opdrachtbrief.

5.5 De verzekeringsarts heeft in zijn verweer reeds toegegeven dat hij op dit onderdeel onjuist (volgens een op 8 maart 2023 achterhaalde werkwijze) heeft gehandeld. Dit klachtonderdeel is daarmee gegrond.

Het college voegt daar aan toe dat de verzekeringsarts heeft verklaard dat hij in de zomer 2023 (in een ander verband) is gewezen op deze verplichting en daarop zijn handelwijze heeft aangepast (eerst een concept-rapport versturen).

5.6 Het college merkt voorts (volledigheidshalve) op dat de verzekeringsarts weliswaar een concept-gespreksverslag heeft toegestuurd, maar dat was onvoldoende ter vervanging van het toesturen van een concept-rapport. Immers, klager kon eventuele fouten en omissies in het concept-gespreksverslag weliswaar corrigeren en aanvullen (hetgeen hij ook heeft gedaan) maar in het rapport zijn meer en andere feiten opgenomen dan in het gespreksverslag. Door het rapport niet vooraf toe te sturen, is klager de mogelijkheid ontnomen om mogelijke feitelijke onjuistheden in het rapport te (laten) corrigeren.

5.7 Dit klachtonderdeel treft derhalve doel. Dat geldt niet voor de overige, hierna te bespreken klachtonderdelen, het college zal deze ongegrond verklaren en overweegt daartoe als volgt.

Klachtonderdeel a) negeren diagnose van specialisten en een eigen diagnose stellen.

5.8 Klager verwijt de verzekeringsarts dat hij een eigen diagnose heeft gesteld, in plaats van uit te gaan van, dan wel aan te sluiten bij de reeds eerder geraadpleegde specialisten. De verzekeringsarts beperkt zich tot de diagnose Lumbago met uitstraling en negeert de diagnoses van de neuroloog, en de anesthesioloog en pijnspecialist die wel het hele scala aan slijtageprocessen (zichtbaar op de MRI en röntgenfoto's) beschrijven. De verzekeringsarts komt tot een eigen diagnose, inhoudende 'Lage rugpijn en lumbosacraal Radiculair Syndroom' en die diagnose is onjuist, aldus klager.

5.9 Dit verwijt treft geen doel. Het college stelt op grond van de overgelegde stukken vast dat de verzekeringsarts bij zijn rapportage is uitgegaan van de rapportages van de door klager geraadpleegde specialisten. In zijn rapport is geen andere en/of aanvullende diagnose gesteld die niet reeds door bedoelde specialisten was gesteld. Klager heeft zijn stelling dat de verzekeringsarts de diagnoses van de specialisten (deels) terzijde heeft geschoven, niet of althans onvoldoende onderbouwd. Zo verwijst de verzekeringsarts in zijn rapportage nadrukkelijk naar de rapportages van deze specialisten. Evenmin is het college gebleken van een andere (en onjuiste) interpretatie en/of invulling door de verzekeringsarts van de medische terminologie zoals gehanteerd door bedoelde specialisten. Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.10 Klager heeft in verband met dit klachtonderdeel (maar tevens in verband met andere klachtonderdelen) gewezen op het negeren door de verzekeringsarts van de rapportages van de neuroloog van 30 december 2022 en van 8 februari 2023. Ter zitting is vastgesteld dat beide rapportages geen onderdeel uitmaakten van het dossier dat door E aan de verzekeringsarts ter beschikking is gesteld, ze zijn tijdens het onderzoek op 8 maart 2023 dan ook niet besproken. Klager verwijt de verzekeringsarts dat hij geen kennis heeft genomen van beide rapportages

5.11 Partijen verschillen van mening over de gang van zaken bij aanvang van het onderzoek: de verzekeringsarts stelt dat hij eerst met klager alle stukken heeft doorgenomen waarover hij de beschikking had, en dat klager hem niet heeft gewezen op het ontbreken van beide rapportages. Klager kan zich deze (door de verzekeringsarts gestelde) gang van zaken niet herinneren. Hij heeft uit zichzelf geen melding gemaakt van beide rapportages, omdat hij van opvatting is dat het op de weg van de verzekeringsarts had gelegen om (vóór of tijdens het onderzoek) actief te vragen naar recent ingekomen rapportages.

5.12 Wat daar van zij, vast staat dat klager op 5 december 2022 een aanvullende ziekmelding heeft gedaan (rugklachten nadat eerder melding is gedaan van burn out klachten). Op verzoek van E heeft klager op 13 december 2022 de daartoe van belang zijnde stukken (langs elektronisch weg) ingezonden. In de brief aan klager van 11 januari 2023 meldt een medewerker van E: 'De medisch adviseur heeft de informatie die u heeft opgestuurd naar haar beoordeeld' en deelt mede dat een verzekeringsgeneeskundig onderzoek nodig is om te beoordelen of en in hoeverre klager belastbaar is. In de brief wordt vervolgens gemeld: '[de medisch adviseur] zal de informatie die zij van u ontving meesturen naar de verzekeringsarts die het onderzoek gaat doen, zodat hij op de hoogte is van uw situatie'.

Aldus heeft (de medisch adviseur) E aan de verzekeringsarts (alleen) toegestuurd de

stukken die klager zelf op 13 december 2022 aan E ter beschikking heeft gesteld. Daartoe behoren (uiteraard) niet beide rapportages van de neuroloog van 30 december 2022 en 8 februari 2023.

5.13 De verzekeringsarts is uitgegaan van de hem toegezonden stukken, en er was geen enkele indicatie dat zijn dossier onvolledig was en er nog andere (meer recente) stukken bestudeerd moesten worden. Klager heeft hem daar op 8 maart 2023 ook niet op gewezen. Het ontbreken van beide stukken kan dan ook niet aan de verzekeringsarts worden tegengeworpen.

Veeleer lag het op de weg van klager om beide rapportages (van een latere datum dan het toesturen op 13 december 2022) uit eigener beweging ter beschikking te stellen aan de verzekeraar (en daarmee aan de verzekeringsarts). Immers, hij was daartoe uitgenodigd en wist (anders dan de verzekeraar) uit de aard der zaak van bedoelde rapportages. Minst genomen had klager de verzekeringsarts er bij het gesprek op 8 maart 2023 actief op moeten wijzen dat er naderhand (en daarmee het vormen van het dossier dat de verzekeringsarts ter beschikking stond) nog belangrijke stukken waren binnen gekomen.

De verwijzing door klager naar een eerder door hem afgegeven machtiging om bij de huisarts zorgverleners informatie op te vragen, maakt dat niet anders. Deze eerder afgegeven machtiging had betrekking op een geheel andere gezondheidsklacht (burn out klachten) dan de rugklachten waar het onderzoek van de verzekeringsarts op zag, en kon niet worden gebruikt om informatie op te vragen over de later gemelde rugklachten.

Klachtonderdelen c) een onjuist rapport heeft uitgebracht; d) een te summier onderzoek heeft uitgevoerd waardoor hij problemen heeft gemist en e) ten onrechte heeft nagelaten om extra informatie op te vragen

5.14 Het college ziet aanleiding om, vanwege de onderlinge samenhang, de drie klachtonderdelen gezamenlijk te behandelen.

5.15 Klager verwijt de verzekeringsarts dat hij een te beperkt onderzoek heeft uitgevoerd, meer in het bijzonder dat hij slechts een kritische FML heeft opgesteld terwijl hij daar niet mee kon volstaan maar een volledige FML had moeten uitvoeren. Ook is het onderzoek te beperkt uitgevoerd, zowel in tijd als in omvang en diepgang. De verzekeringsarts heeft volstaan met 'cherry-picking' uit rapportages van specialisten, en is daarmee gekomen tot een rapport met onjuistheden en een incomplete en derhalve onjuiste diagnose, aldus klager.

5.16 Deze verwijten slagen niet. Anders dan klager stelt was de verzekeringsarts niet gehouden om een (volledige) FML uit te voeren. Dat het UWV in soortgelijke omstandigheden een volledige FML opmaakt, maakt niet dat bij een privaatrechtelijke verzekering eenzelfde verplichting geldt. Desgevraagd heeft de verzekeringsarts ter zitting toegelicht dat hij weliswaar de hele lijst heeft doorgelopen maar zich in zijn rapportage heeft beperkt tot het enkel vermelden van de items waarvoor hij beperkingen heeft toegekend, zijnde frequent reiken en buigen, duwen/trekken, tillen/dragen, frequent lichte voorwerpen hanteren, frequent zware lasten hanteren, zitten zonder steun en zitten tijdens werk, staan en staan tijdens werk, gebogen of getordeerd actief zijn, het hoofd in een bepaalde stand houden. Langer staan of

gebogen/getordeerd werken afwisselen met lopen of zitten.

Klager heeft, daartoe ter zitting uitgenodigd, zijn verwijt van 'cherry-picking' niet nader onderbouwd met voorbeelden.

Klager heeft niet of althans onvoldoende aannemelijk gemaakt, dat de verzekeringsarts gehouden was om extra (aanvullende) informatie op te vragen, dan wel nader (specialistisch) onderzoek te laten uitvoeren alvorens tot de conclusie te komen waartoe hij is gekomen.

5.17 Het college is op grond van het dossier en de toelichting ter zitting door partijen, van oordeel dat de verzekeringsarts een onderzoek heeft gedaan en vervolgens een rapport heeft opgesteld dat aan de daaraan te stellen eisen voldoet. Dat klager zich niet kan vinden in de conclusie van de verzekeringsarts, maakt dat niet anders. Het niet opnemen van de door klager gebruikte pijnstillers, is onvoldoende om te concluderen tot tuchtrechtelijk verwijtbaar nalaten.

5.18 Het college voegt hier ten overvloede aan toe dat ook als wordt kennisgenomen van de hiervoor besproken rapportages van de neuroloog van 30 december 2022 en 8 februari 2023, dit niet tot een ander oordeel leidt. De rapportage van 30 december 2022 (op basis van een belconsult) is in de kern genomen (zoals ter zitting met klager besproken) een herhaling van de bevindingen zoals vastgelegd in de rapportage van 13 december 2022 (die de verzekeringsarts wel ter beschikking stond). Hetzelfde geldt (grotendeels) voor de rapportage van 8 februari 2023. De hierin opgenomen inhoudelijke aanvullingen en opmerkingen zijn niet zodanig dat die leiden tot een andere conclusie dan getrokken in het rapport van de verzekeringsarts. Zeker niet nu deze aanvullingen (klaarblijkelijk, inhoudelijk) aan de orde zijn geweest tijdens het onderzoek op 8 maart 2023, aangezien de verzekeringsarts daar in zijn rapport naar verwijst.

Het verwijt van klager dat de verzekeringsarts geen zicht had op de 'reeds ingezette behandelingen door de neuroloog', is dan ook onjuist.

Klachtonderdeel f) door zijn nalaten mogelijk gezondheidsschade heeft veroorzaakt bij klager

5.19 Klager neemt (in wisselende stelligheid) de stelling in dat hij (mogelijk) gezondheidsschade heeft opgelopen als gevolg van het langer doorwerken dan verantwoord was, en daarmee door fysieke grenzen is heengegaan. Dit langer doorwerken is in zijn visie veroorzaakt door de ondeskundigheid van de verzekeringsarts, omdat hij mede op basis van rapport van de verzekeringsarts vooralsnog geen volledige uitkering heeft ontvangen en dus moest doorwerken om in zijn levensonderhoud te voorzien.

5.20 Het college kan klager hierin niet volgen. Klager heeft, hoewel daartoe nadrukkelijk uitgenodigd ter zitting, dit standpunt niet nader onderbouwd door een beschrijving (of minst genomen een indicatie) te geven van de aard en omvang van de gestelde (mogelijke) gezondheidsschade, en het al dan niet aanwezige causale verband met het handelen van de verzekeringsarts. Nu iedere onderbouwing ontbreekt, zal het college dit klachtonderdeel ongegrond verklaren.

Het college merkt in dat verband nog op dat het in het tuchtrecht gaat om de vraag of de beroepsbeoefenaar heeft gehandeld conform de redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot (zie 5.1). Het uiteindelijk gevolg van het verweten handelen is daarbij niet van belang. Dat betekent dat de vraag of er een causaal verband

bestaat tussen de gezondheidsschade bij klager en het handelen van de medisch adviseur reeds daarom onbeantwoord kan blijven.

Klachtonderdeel g) gedogen dat een onjuist rapport is opgenomen in het dossier van E.

5.21 Klager is van mening dat het rapport van de verzekeringsarts (vanwege de door hem gestelde tekortkomingen) verwijderd moet worden uit het dossier van E. E heeft dit verzoek afgewezen. Klager verwacht (blijkbaar) van de verzekeringsarts dat hij dit bewerkstelligt. Zo klager in dit klachtonderdeel al ontvankelijk is (in wezen klaagt klager over de opdrachtgever van de verzekeringsarts, terwijl een zorgverlener alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen), wijst het college dit klachtonderdeel af. Het ligt niet op de weg van de verzekeringsarts om E ertoe te bewegen om (de inhoud van) het door E aangelegde en bijgehouden dossier aan te passen – zo daar al aanleiding toe is en zo de verzekeringsarts daar al de mogelijkheid toe heeft.

5.22 De verzekeringsarts past hier dan ook geen (tuchtrechtelijk) verwijt. Het college zal dit klachtonderdeel dan ook ongegrond verklaren.

Slotsom

5.23 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdeel b) gegrond is en alle overige klachtonderdelen ongegrond zijn.

Maatregel

5.24 De verzekeringsarts heeft ten onrechte klager niet in de gelegenheid gesteld om (alvorens een definitief) rapport uit te brengen, te reageren op (mogelijke feitelijke onjuistheden in) het rapport.

5.25 Nu de verzekeringsarts zijn fout heeft onderkend en toegegeven, zijn onjuiste werkwijze al kort na de verweten gedragingen heeft aangepast en heeft toegezegd deze fout niet meer te maken, volstaat het college met het opleggen van een waarschuwing (een zakelijke terechtwijzing).

Publicatie

5.26 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere verzekeringsartsen (en ook verzekeraars) mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel b) gegrond;
- legt de verzekeringsarts de maatregel op van waarschuwing;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Medisch Contact, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde.

Deze beslissing is gegeven door A.M.J.G. van Amsterdam, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, P. van Haren, F.J. Perquin, en M.A.L. Piegza, leden-beroepsgenoten,

bijgestaan door V.K.M. Hanssen, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 30 oktober 2024.