

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2024/2582

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2024/2582 van:

A., wonende in B., C., appellant, klager in eerste aanleg,
hierna: klager,

tegen

D., verzekeringsarts, werkzaam in E., verweerster in beide instanties, hierna: de verzekeringsarts, gemachtigde:

mr. A.B. Schippers-Juergens, werkzaam te Amsterdam.

1. Procesverloop, leeswijzer en oordeel

Klager heeft op 13 december 2023 bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Amsterdam een klacht ingediend tegen de verzekeringsarts. Dat college heeft in zijn beslissing in raadkamer van 2 augustus 2024 met nummer A2023/6710, de klacht in al haar onderdelen kennelijk ongegrond verklaard.

Klager heeft tegen die beslissing op tijd beroep ingesteld. De verzekeringsarts heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De zaak is behandeld op de openbare zitting van het Centraal Tuchtcollege van 13 januari 2025. De verzekeringsarts was samen met haar gemachtigde op de zitting aanwezig. Klager was aanwezig via een videoverbinding. Partijen hebben vragen van het Centraal Tuchtcollege beantwoord en hun standpunten nader toegelicht. Klager en mr. Schippers-Juergens hebben een pleitnota voorgelezen. Klager heeft zijn pleitnota voorafgaand aan de zitting aan het college toegezonden. Mr. Schippers-Juergens heeft haar pleitnota op de zitting aan het college overhandigd. Het Centraal Tuchtcollege zal het beroep van klager verwerpen omdat het college het eens is met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege herhaalt hierna in paragraaf 2 eerst de inhoud van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. In paragraaf 3 legt het Centraal Tuchtcollege uit hoe het tot zijn oordeel is gekomen. Omdat het Centraal Tuchtcollege zich vrijwel geheel kan vinden in de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege is deze uitleg beknopt.

2. Het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege

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

“De zaak in het kort

1.1 Klager is een thans 57-jarige man die sinds 1999 een WAO-uitkering ontvangt.

1.2 De verzekeringsarts is in het kader van een bezwaar- en beroepsprocedure gevraagd om, na het initiële rapport van een andere verzekeringsarts, de situatie van klager opnieuw te beoordelen. De verzekeringsarts, verweerster in casu, is tot de conclusie gekomen dat het initiële rapport geen wijziging of aanvulling behoefde. Op grond van deze beoordeling is het bezwaar ongegrond verklaard. Klager verwijt de verzekeringsarts dat haar rapport niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is. 'Kennelijk' betekent dat het niet nodig is om nog vragen aan de partijen te stellen en dat duidelijk is dat de klacht niet gegrond kan worden verklaard. 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 ontvangen op 13 december 2023;
- de brief van 11 januari 2024 met aanvullende stukken van klager;
- de e-mail van 17 januari 2024 met aanvullende stukken van klager;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de brief van 10 maart 2024 van klager;
- de brief van 12 maart 2024 van klager met nadere toelichting op de klacht;
- het aanvullend verweerschrift.

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 Het college heeft de klacht in raadkamer behandeld. Dit betekent dat het college de zaak beoordeeld heeft op basis van de stukken, zonder dat de partijen daarbij aanwezig waren.

3. De feiten

3.1 Klager is een thans 57-jarige man die in C. woont.

3.2 Hij heeft sinds 1999 een WAO-uitkering.

3.3 Het arbeidsongeschiktheidspercentage is door het G. een aantal keer herzien, laatstelijk bij besluit van 21 november 2008, gewijzigd bij besluit van 27 mei 2009. Het arbeidsongeschiktheidspercentage is toen per 25 mei 2009 vastgesteld op 35-45%.

3.4 Klager heeft meerdere procedures gevoerd over de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid.

3.5 Op 21 en 22 oktober 2020 en op 17 januari 2020 heeft hij verzoeken ingediend om terug te komen op het besluit van 27 mei 2009 en om herziening in verband met een wijziging in zijn gezondheid.

3.6 Die verzoeken zijn, nadat een beoordeling heeft plaatsgevonden door de primaire verzekeringsarts, door het G. bij besluit van 13 juli 2022 afgewezen.

3.7 Naar aanleiding van het bezwaarschrift tegen dit besluit heeft de verzekeringsarts, als bezwaarverzekeringsarts, een medisch rapport opgesteld, gedateerd 20 januari 2023.

3.8 In dat rapport kwam de verzekeringsarts tot de conclusie dat de primaire beoordeling geen aanvulling of wijziging behoeft. Daarop is het bezwaar door het G. bij besluit van 15 maart 2023 ongegrond verklaard.

3.9 Klager is tegen dat besluit in beroep gegaan bij de rechtbank.

3.10 De verzekeringsarts heeft in reactie op de beroepsgronden op 3 november 2023, en 20 november 2023 nader gerapporteerd.

3.11 Het beroep is door de rechtbank bij uitspraak van 22 december 2023 ongegrond verklaard.

4. De klacht en de reactie van de verzekeringsarts

4.1 Klager verwijt de verzekeringsarts dat zij

1. een rapport heeft opgesteld dat niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet omdat zij:

- a) onvoldoende kennis heeft genomen van het dossier van klager;
- b) bij het opstellen van haar rapport selectief te werk is gegaan;

- c) liegt en zaken aanneemt die nergens op gestoeld zijn;
 - d) in redelijkheid niet tot haar conclusies heeft kunnen komen.
2. Klager inzage heeft geweigerd in zijn dossier.

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

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de verzekeringsarts de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende verzekeringsarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de verzekeringsarts geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

5.2 Het college oordeelt dat de verzekeringsarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en licht dat als volgt toe.

Klacht 1) rapport

5.3 Klager verwijt de verzekeringsarts dat zij bij het opstellen van haar rapport niet in overeenstemming met de daaraan te stellen eisen heeft gehandeld. Bij de beoordeling van de vraag of een advies van een arts voldoet aan de daaraan te stellen eisen dienen de volgende criteria in aanmerking te worden genomen:

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 haar conclusie heeft kunnen komen.

5.4 Voorts gelden de richtlijnen die door het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV) zijn geformuleerd in het Rapportageprotocol Verzekeringsgeneeskunde van

maart 1999. Volgens dit protocol moet – onder meer - uit een verzekeringsrapportage op inzichtelijke wijze blijken hoe de verzekeringsarts tot zijn of haar oordeel is gekomen.

Klachtonderdeel a

5.5 Klager verwijt de verzekeringsarts dat zij onvoldoende kennis heeft genomen van zijn medisch dossier. Uit het door de verzekeringsarts als bijlage bij haar verweerschrift overgelegde medische rapportage blijkt echter dat zij daarin een uitgebreide beschrijving heeft gegeven van de inhoud van het medisch dossier van klager. Zij heeft daarin vermeld in welke periode en door welke artsen klager is onderzocht en wat de relevante conclusies waren. Daarmee heeft zij gehandeld conform de hierboven vermelde richtlijnen. Dat zij daarbij niet ieder verslag afzonderlijk heeft benoemd kan niet als onzorgvuldig worden gekwalificeerd. Dit is immers niet nodig voor een complete en inzichtelijke weergave van het medisch dossier. Voor zover de verzekeringsarts voor haar oordeel gebruik heeft gemaakt van concrete documenten zijn die door haar genoemd. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel b

5.6 Klager verwijt de verzekeringsarts dat zij in haar rapport selectief te werk is gegaan. Uit de toelichting op zijn klacht maakt het college op dat klager op diverse onderdelen meent dat de verzekeringsarts daaraan in haar rapport onvoldoende aandacht heeft besteed. Het gaat hierbij – kort samengevat – om de volgende aspecten:

- Beperking ten aanzien van zitten;
- Noodzaak van een duurbepanking;
- Toegenomen psychische klachten;
- De 'range of motion';
- Chronische pijnklachten type RSI versus myalgische klachten van de nek;
- Spanningshoofdpijnen.

Klager meent bovendien dat de verzekeringsarts onderzoek had moeten verrichten naar de vraag of in 2009 reeds de diagnose fibromyalgie gesteld kon worden. Verder stelt hij dat de expertiserapporten van dr. F. onvoldoende zijn en dat de verzekeringsarts daarover nadere vragen had moeten stellen.

5.7 De verzekeringsarts heeft in haar verweerschrift toegelicht dat zij als bezwaarverzekeringsarts een selectie heeft gemaakt van de informatie die zij relevant achtte. Zij bespreekt daarbij uitvoerig de aspecten die klager in zijn klaagschrift benoemt. Daarbij licht zij toe dat zij in het licht van de beoordeling diende te onderzoeken of er nieuwe medische feiten of omstandigheden waren vast te stellen die tot meer of andere beperkingen leidden, dan wel die aanleiding geven om de toenmalige medische situatie of belastbaarheid in retrospect anders in te schatten. Ook heeft zij toegelicht dat alleen medisch te objectiveren beperkingen daarbij kunnen worden betrokken. Het was aan klager om informatie aan te dragen en onderzoeken te laten verrichten. Op basis van de aangedragen informatie achtte de verzekeringsarts geen grond om meer of andere beperkingen aan te nemen, en achtte zij evenmin aanleiding tot nader onderzoek. Zij beoordeelde de informatie van dr. F. niet als onvoldoende, maar is bovendien niet verantwoordelijk voor diens professioneel handelen. De verzekeringsarts betwist dat er aanleiding was om te onderzoeken of met terugwerkende kracht in 2009 de diagnose fibromyalgie gesteld kon worden. Dit valt namelijk buiten hetgeen bij een 'terugkomen op' dient te worden onderzocht, zoals ook de bestuursrechter te Amsterdam in het vonnis van 23 december 2023 heeft geoordeeld.

5.8 Het college stelt voorop dat het tot de taak van de beoordelend verzekeringsarts behoort om uit de haar ter beschikking gestelde informatie, aangevuld met haar eigen bevindingen, de gegevens te selecteren die voor de beoordeling relevant zijn. In zoverre kan 'selectief te werk gaan' geen grond opleveren voor een tuchtrechtelijk verwijt. Bovendien heeft zij zorgvuldig toegelicht op grond waarvan zij tot haar selectie is gekomen. Het college stelt vast dat zij op inzichtelijke wijze heeft toegelicht waarom zij, met inachtneming van het door haar genoemde beoordelingscriterium, haar keuzes heeft gemaakt. Het college is van oordeel dat de keuzes die zij daarin heeft gemaakt zorgvuldig zijn beschreven en goed te volgen zijn. Dat zelfde geldt voor de conclusies die zij daaraan heeft verbonden. Zij heeft daarmee gehandeld in overeenstemming met de hiervoor genoemde criteria en de richtlijn van de LISV.

5.9 Ten aanzien van de stelling van klager dat de diagnose fibromyalgie met terugwerkende kracht moet worden vastgesteld, overweegt het college nog in het bijzonder als volgt. In het kader van hier aan de orde zijnde beoordeling gaat het om de vraag of klager nieuwe feiten en omstandigheden heeft aangevoerd die golden op 25 mei 2009, maar die niet eerder konden worden aangevoerd of bewijsstukken die

niet eerder konden worden overgelegd. Anders dan klager meent blijkt uit de rapportages van dr. F. niet dat hij in 2009 klachten had die behoorden bij fibromyalgie. Daarbij wijst het college erop dat dr. F. juist in 2021 heeft gerapporteerd dat er in 2015 en 2018 nog geen aanwijzingen waren voor fibromyalgie. Dat er redenen waren op grond waarvan de verzekeringsarts haar oordeel niet (mede) heeft kunnen baseren op de rapportage van dr. F., is het college niet gebleken. Het klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel c

5.10 Met dit klachtonderdeel verwijt klager de verzekeringsarts dat zij liegt en zaken aanneemt waarvoor geen grond is. Het is het college niet duidelijk op welke passages in het rapport klager hierbij doelt. In de toelichting wordt gewezen op de volgens klager onjuiste vermelding over het ontstaan van de beenklachten, zodat het college aanneemt dat dit klachtonderdeel (mede) hierop ziet. Het gaat klager hierbij waarschijnlijk om de volgende passage uit het rapport van 20 januari 2023:

“Uitgangspunt voor de laatste herziening in 2009 is een uitgebreid medisch onderzoek geweest in Nederland in 2008.

Hierbij werd betrokken[e] door een verzekeringsarts onderzocht en werden expertise onderzoeken verricht door een neuroloog en een psychiater.

Hij had toen last van psychische klachten en pijnklachten aan arm en hand, vooral rechts.

Op grond van de volgende diagnoses werden beperkingen vastgesteld (dit zijn de verzekerde klachten)

Chronische aanpassingsstoornis

Sociale fobie

Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Myalgiforme pijnklachten van de nek

in 2010 werd betrokkene opnieuw in Nederland onderzocht door een verzekeringsarts en werden expertise onderzoek[en] verricht door een neuroloog, een psychiater en een oogarts. Deze laatste vanwege pijnklachten aan de ogen. Hij had toen ook klachten aan de benen.

De conclusie was dat er geen wezenlijke wijzigingen waren van het medisch beeld ten opzichte van 2008. Zodoende ook geen wijziging van de belastbaarheid. (...)

5.11 Het college overweegt dat klager dit verwijt ook reeds kenbaar heeft gemaakt in de bezwaarprocedure. Daarop heeft verweester als volgt gereageerd in haar rapport van 3 november 2023: Ik schrijf niet dat de klachten aan de benen pas in 2010 aanwezig waren. Ik schrijf dat er in 2010 ook klachten aan de benen waren.

5.12 De verzekeringsarts licht toe in haar verweerschrift dat, waar zij in haar rapport van 20 januari 2023 beschrijft dat klager in 2010 ook klachten aan de benen had, zij daarmee bedoelde dat de klachten waarvoor in 2008 beperkingen waren toegekend en waar een relatie was met de verzekerde klachten, niet de benen betroffen. Zij heeft hiermee niet bedoeld te zeggen dat de klachten aan de benen pas in 2010 werden vermeld in het dossier.

5.13 Het college overweegt dat de verzekeringsarts, mede gelet op de reactie in het rapport van 3 november 2023, geen onjuistheid heeft vermeld ten aanzien van de klachten aan de benen, laat staan dat zij hierover bewust zou hebben gelogen. Voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling is het overigens niet relevant.

5.14 Klager wijst voorts op de opmerking in het rapport van 20 januari 2023 dat uit het verslag van de primaire verzekeringsarts zou blijken dat klager in 2005 onder behandeling is geweest van een reumatoloog. Volgens klager is dat niet juist. Dat staat volgens klager niet het rapport van de primaire verzekeringsarts en is ook

overigens onjuist. Het betrof hier een eenmalige beoordeling door een reumatoloog op verzoek van het G..

5.15 Het college overweegt dat, ook als moet worden aangenomen dat de verzekeringsarts met deze opmerking de primaire verzekeringsarts onjuist heeft geciteerd, er geen grond is om aan te nemen dat zij daarmee bewust onjuist heeft gerapporteerd. Het predicaat liegen is daarmee niet op zijn plaats. Voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling is ook dit niet van belang.

5.16 Tot slot stelt klager dat de verzekeringsarts in haar rapport heeft vermeld dat het onderzoek in C. in 2022 plaatsvond naar aanleiding van het verzoek van klager om terug te komen op de beslissing van 2009. Dat is volgens klager pertinent onjuist en gelogen. De verzekeringsarts heeft in haar verweer toegelicht dat zij op grond van het dossier heeft vastgesteld dat het onderzoek is geïnitieerd naar aanleiding van het verzoek van klager om terug te komen op de beslissing van 2008, maar dat het onderzoek in verband met Covid-19 niet eerder kon worden uitgevoerd. Zij heeft zich daarbij gebaseerd op de inhoud van de brief van het G. van 18 februari 2022. Een andere reden voor het onderzoek was haar niet bekend.

5.17 Het college is van oordeel dat de verzekeringsarts op basis van de haar bekende informatie (in het bijzonder de brief van 18 februari 2022) redelijkerwijs heeft kunnen concluderen dat het onderzoek was geïnitieerd in het kader van het verzoek van klager om terug te komen op de beslissing van 2008. Dat dit onderzoek in werkelijkheid om andere redenen is geïnitieerd heeft klager niet nader toegelicht of met stukken onderbouwd, zodat het college dat niet heeft kunnen vaststellen. Dat betekent dat niet is gebleken dat de verzekeringsarts op dit punt een onjuistheid, laat staan een leugen heeft vermeld in haar rapport.

5.18 Ook van overige onjuistheden of ongefundeerde aannames is het college niet gebleken. Dit klachtonderdeel is eveneens ongegrond.

Klachtonderdeel d

5.19 Het college begrijpt dat klager met klachtonderdeel d, op grond van de door hem opgesomde ongerijmdheden in het rapport en de totstandkoming daarvan, tot de slotsom komt dat de verzekeringsarts niet in redelijkheid tot haar conclusies heeft kunnen komen. Met het falen van de vorige klachtonderdelen, faalt ook dit klachtonderdeel. Het college is van oordeel dat de verzekeringsarts in haar rapport op inzichtelijke en consistente wijze heeft uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen. Zij heeft daarbij uitvoerig weergegeven op grond van welke informatie en bevindingen zij tot haar conclusies is gekomen en welke criteria zij daarbij heeft gehanteerd. Haar keuzes en conclusies zijn deugdelijk gemotiveerd en goed te volgen. De verzekeringsarts kon naar het oordeel van het college op basis van de haar ter beschikking gestelde informatie in redelijkheid tot haar conclusies komen. Klachtonderdeel 1 is daarmee in al zijn onderdelen ongegrond.

Klacht 2) inzage dossier

5.20 Met de tweede klacht stelt klager dat de verzekeringsarts hem geen inzage heeft gegeven in zijn dossier. Desgevraagd heeft klager nader toegelicht dat dit gaat om twee verschillende feiten. Ten eerste worden niet alle relevante documenten aan hem verstrekt en ten tweede is hem de onderzoeksopdracht aan dr. F. in C. in 2022 niet verstrekt.

5.21 Hij voert daartoe aan dat hij bij het indienen van het bezwaarschrift heeft gevraagd om de stukken. Dat is volgens hem hetzelfde als vragen om inzage in zijn medisch dossier. Hij geeft toe dat niet erg duidelijk was dat hij alle relevante stukken wenste te ontvangen, maar het was in elk geval overduidelijk dat hij de vraagstelling aan dr. F. wenste in te zien. Nadat hem stukken waren toegestuurd heeft hij bij brief

van 6 december 2022 aangegeven dat er stukken ontbraken uit 2008 en de vraagstelling aan dr. F.. Ook in de procedure bij de rechtbank heeft hij erop gewezen dat die vraagstelling ontbrak, waarop de rechtbank het G. om overlegging daarvan heeft gevraagd.

5.22 De verzekeringsarts betwist dat zij klager inzage in zijn dossier heeft geweigerd. Zij heeft geen kennis van een dergelijk verzoek. Zij merkt op dat klager in de beroepsprocedure gevraagd heeft om de vraagstelling aan dr. F., maar dat die zich niet in haar dossier bevindt. Desondanks kon klager op de hoogte worden gebracht van de vragen die aan dr. F. waren gesteld, omdat dr. F. die in zijn rapport puntsgewijs heeft beantwoord.

5.23 Het college kan uit hetgeen klager heeft aangevoerd, noch uit de inhoud van het dossier afleiden dat op enig moment aan de verzekeringsarts het verzoek is gedaan tot inzage in het medisch dossier. Voor zover het door klager - in de beroepsprocedure - gedane verzoek betreffende de vraagstelling aan dr. F. aan de verzekeringsarts was gericht, heeft zij aan dat verzoek niet kunnen voldoen omdat die vraagstelling zich niet in haar dossier bevond. Van enig tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen door de verzekeringsarts is dan ook niet gebleken. Ook dit onderdeel van de klacht is ongegrond.

Slotsom

5.24 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht kennelijk ongegrond zijn.”

3. Het oordeel van het Centraal Tuchtcollege
Vaststaande feiten en omstandigheden

3.1 Het Centraal Tuchtcollege gaat bij de beoordeling van het beroep uit van de feiten die zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege. Die weergave is in beroep niet of in elk geval onvoldoende bestreden.

Standpunten partijen

3.2 Klager is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en wil met zijn beroep bereiken dat het Centraal Tuchtcollege zijn klacht in volle omvang (her)beoordeelt en in beroep alsnog gegrond verklaart.

3.3 De verzekeringsarts kan zich vinden in het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en verzoekt het Centraal Tuchtcollege om het beroep van klager te verwerpen.

Inhoudelijk oordeel

3.4 Op basis van de stukken en de mondelinge toelichting daarop komt het Centraal Tuchtcollege tot het oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht terecht in al haar onderdelen ongegrond heeft verklaard. Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat de behandeling van de zaak in beroep geen aanleiding geeft tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege, en neemt datgene wat het Regionaal Tuchtcollege onder ‘5. De overwegingen van het college’ heeft overwogen hier over. Daarmee sluit het Centraal Tuchtcollege zich aan bij het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat het onderzoek door de verzekeringsarts zorgvuldig is geweest en de verzekeringsarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De behandeling van de zaak in beroep geeft het Centraal Tuchtcollege wel aanleiding tot enkele aanvullende opmerkingen.

3.5 Klager blijft erbij dat de verzekeringsarts onderzoek had moeten verrichten naar de vraag of in 2009 reeds de diagnose fibromyalgie kon worden gesteld. Bij een verzekeringsgeneeskundige beoordeling in het kader van de WAO wordt gekeken naar de mogelijkheden en beperkingen met de aanwezige gezondheidsklachten. De diagnose fibromyalgie verandert niets aan de klachten die er waren, er is alleen

sprake van een label voor die klachten. Of er sprake is van een combinatie van losstaande klachten of fibromyalgie is voor de beoordeling van de mogelijkheden en beperkingen niet relevant. De verzekeringsarts kan ook om die reden niet worden verweten dat zij niet nader heeft onderzocht of in 2009 reeds de diagnose fibromyalgie kon worden gesteld.

3.6 Het is het Centraal Tuchtcollege duidelijk dat klager meer klachten en een langere hersteltijd ervaart. Een toename in klachten betekent niet dat er automatisch ook sprake is van een toename in verzekerde beperkingen. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de verzekeringsarts op basis van haar onderzoek in redelijkheid tot de conclusie kon komen dat, ondanks de toename in klachten, geen sprake is van een toename in verzekerde beperkingen.

Conclusie

3.7 Het Centraal Tuchtcollege komt tot de conclusie dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht terecht ongegrond heeft verklaard. Dit betekent dat het beroep van klager wordt verworpen.

Deze beslissing is gegeven door Z.J. Oosting, voorzitter; Y. Buruma en H.M. Wattendorff, leden-juristen en J.H.M. de Brouwer en E.H. Groenewegen, leden-beroepsgenoten en bijgestaan door K.M. ten Pas, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 3 februari 2025.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.