

# GAVscoop

Tijdschrift voor Geneeskundig Adviseurs  
in particuliere Verzekeringszaken

GAVscoop jaargang 11, nummer 3, december 2007

<b>Van de redactie</b>	50
<b>Van het bestuur</b>	50
<b>De arbeidsongeschiktheidbepaling in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering</b>	51
<i>Mr. W.G.L. Braakhuis</i>	
<b>Verhaal halen: "Regres door UWV bij letselschade"</b>	58
<i>Mw. D. van Klarbergen-van Holland</i>	
<b>De redelijke arbeidsurenbelasting van de zelfstandige ondernemer</b>	61
<i>J.P.H.M. Verhoeven</i>	
<b>Medisch Tuchtcollege Amsterdam, vonnis van 2 mei 1989</b>	62
<i>Dr. Mr. J.W. Bins</i>	
<b>Commissie Toetsing Gezondheidsgegevens</b>	63
<i>Verslag W.C. Appeldoorn</i>	
<b>Ingezonden: "Simuleren en coachen, een reactie"</b>	65
<i>C.J.F. Kemperman</i>	
<b>Ingezonden: "De positie van de medisch adviseur in het medisch tuchtrecht"</b>	66
<i>Dr. Mr. J.W. Bins</i>	
<b>Agenda</b>	67
<b>Colofon</b>	68

## Van de redactie

Zijn wij medisch adviseurs, al dan niet RGA, dokters, échte dokters? Natuurlijk zijn wij dat. Niet voor niets hebben wij deze studie gekozen. De interesse in de mens als persoon, de psyche zowel als het fysiek, is ons als het ware met de paplepel ingegeven. En als zodanig lezen wij menig medisch tijdschrift door. Of althans, de ervaring leert dat er veelal sprake is van doorbladeren en diagonaal lezen. Bij lange artikelen over ingewikkelde dubbel-blind onderzoeken met lastige statistische uitwerkingen beperken wij, ik ook, ons vaak tot de essentie en de samenvatting.

Casuïstiek, liefst met aardige plaatjes, die doen het het beste.

En toch, als je je even over de eerste schroom heenzet dan gaat er een wereld voor je open van uiterst interessante, toepasbare en praktische zaken, óók, of liever gezegd juist, in die wat langere stukken. Daar is namelijk over nagedacht. De schrijver heeft voor ons nagedacht en de essentie in zijn artikel verwerkt. De schrijver kan het ook niet helpen, dat het door hem gekozen terrein zo uitgebreid is. Een korte samenvatting is nu eenmaal niet altijd mogelijk.

Ik hoop met bovenstaande toch ook de aarzelaars over de streep te trekken om, ondanks de lengte van sommige artikelen in dit nummer van GAVscoop, zich erop te storten. Want werkelijk, wij zijn er naar mijn mening in geslaagd met deze aflevering van GAVscoop u een uiterst bruikbaar en praktisch handvat te geven voor een aantal in de dagelijkse praktijk optredende problemen en knelpunten.

Zijn wij échte dokters? Natuurlijk, maar met een wel heel speciaal vak. De geneeskunde in het hele bereik, dat wel. Weliswaar niet “in volle omvang”, maar in het gebied, grenzend aan het werkkterrein van anderen, het meest frequent het werkkterrein van juristen. Juridische stukken bevatten in de regel niet veel plaatjes en zijn in de regel eerder lang dan kort. Dit nummer van GAVscoop bevat nogal wat “juridisch grensgebied”. Misschien niet altijd even makkelijk toegankelijk, maar voor ons vakgebied uiterst nuttig en praktisch.

Lezen dus!

*K. de Wilde*

---

## Van het bestuur

### *Eén jaar verder*

Wat is er gebeurd in dit jaar, dat uw vernieuwde bestuur aan het werk is?

Een eeuwoude, maar springlevende vereniging, onze GAV, die ons samenbindt in het werk voor particuliere verzekeringszaken. Waar we kennis en ideeën uitwisselen, op een open manier, kritisch maar ook gezellig. De blik is meer naar buiten gericht en onderwijs/opleiding heeft de prioriteit.

Een opsomming:

- succesvolle GAV-dagen, het neusje van de zalm.
- vernieuwing van de GAV-site.
- vernieuwing en academisering van de opleiding. Het opleidingsplan (“competenties en EPA’s”) goedgekeurd door het CSG.
- onze RGA-opleiding blijft bestaan, maar losgekoppeld van het GAV-lidmaatschap; bespreken van een overgangsregeling voor de registratie.

- contacten met het Verbond van Verzekeraars, evaluatie van HIV-verzekeren, Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens, vernieuwing van de gezondheidsverklaring.
- “mediprudentie”, opstellen van modelcasus, samen met de collegae van de NVVG.
- een werkgroep “medisch advies” gaat aan de gang, voortbouwend op het eerdere werk door de commissie personenschade.
- exploreren of we de contacten met onze collegae van de VAGZ, ons vierde aandachtsgebied, maar in onze vereniging wat onderbelicht, kunnen aanhalen.

Er is nog veel meer dat moet gebeuren, maar we komen handen en breinen tekort. Zet u in, meldt u aan voor werkgroepen, commissies, kom met ideeën. Het is waar, het kost tijd, maar het is leuk, inspirerend werk. De GAV en uiteindelijk uzelf worden er beter van.

*S.P. Israëls,  
voorzitter GAV*

# De arbeidsongeschiktheidsbepaling in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering

Mr. W.G.L. Braakhuis\*

Dit artikel beoogt een juridische benadering te geven tot het begrip “arbeidsongeschiktheid” in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, met andere woorden: “wat is arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis?”

Uitgangspunt voor de uitleg van elk contract in het Nederlands recht is het zg. Haviltex-criterium (vernoemd naar een van de partijen van het eerste arrest van de Hoge Raad waarin dit criterium gebruikte op 13-03-1981 NJ 1981,635):

*De vraag hoe in een schriftelijk contract de verhouding van pp. is geregeld en of dit contract een leemte laat die moet worden aangevuld, kan niet worden beantwoord op grond van alleen maar een taalkundige uitleg van de bepalingen van dat contract. Voor de beantwoording van die vraag komt het immers aan op de zin die pp. in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. Daarbij kan mede van belang zijn tot welke maatschappelijke kringen pp. behoren en welke rechtskennis van zodanige pp. kan worden verwacht.*

Dat wil zeggen dat het begrip “arbeidsongeschiktheid” in het kader en de context van deze verzekering moet worden uitgelegd. Dit houdt in dat het begrip anders kan worden uitgelegd indien er sprake is van een ander kader en andere context, bijvoorbeeld wanneer het in een wet gebruikt wordt zoals in de definitie van art. 46 lid 1 van de WIA.

De definitie van arbeidsongeschiktheid in meeste arbeidsongeschiktheidspolissen, luidt: “Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval objectief medisch vast stellen stoornissen bestaan, waardoor verzekerde beperkt is in de uitvoering van zijn werkzaamheden.” Deze definitie is vrij recent, daarvóór luidde de definitie: “Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte voor tenminste 25% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden.”

Ik ga in de rest van dit artikel uit van de nieuwe polisdefinitie. De genoemde jurisprudentie is echter voor een deel gewezen op grond van de oude definitie maar deze blijft m.i. ook voor de interpretatie van de nieuwe definitie van belang. Uitgaande van de huidige definitie houdt dit dan ook in dat, wil er sprake zijn van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polisvoorwaarden, er voldaan moet zijn aan drie voorwaarden, vereisten:

- (a) er moet sprake zijn van objectief medisch vast te stellen stoornissen die
- (b) in relatie staan tot ziekte of ongeval waardoor verzekerde
- (c) beperkt is in zijn functioneren.

Deze voorwaarden zijn cumulatief, dat wil zeggen dat aan alle drie voorwaarden moet zijn voldaan wil er recht bestaan op een uitkering op grond van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Soms wordt wel eens, door of namens verzekerden, geuit dat elke stoornis op zich, dus zonder dat sprake is van een relatie tot ziekte of ongeval, die een verzekerde beperkt in zijn functioneren behoort te leiden tot een uitkering.

De redenering is dan ongeveer als volgt: ook bij de polisvoorwaarden uit een verzekeringsovereenkomst komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten. Doordat verzekerde redelijkerwijs mocht verwachten dat als hij door een lichamelijke of geestelijke stoornis wordt getroffen waardoor hij beperkt is in zijn functioneren een uitkering zou krijgen en de verzekeraar dit had kunnen begrijpen, behoort een verzekeraar uit te keren.

Gezien de definitie van arbeidsongeschiktheid is deze m.i. echter niet houdbaar: de woorden van de definitie zijn op zich voldoende duidelijk: er moet een stoornis zijn in relatie tot ziekte of ongeval. De stoornis op zichzelf is, althans volgens de polisdefinitie, geen ziekte.

Volgens het Haviltex-criterium mag de tekst dan wel niet uitsluitend een rol spelen bij de interpretatie van een contract, helemaal betekenisloos is zij ook niet.

\* Mr. W.G.L. Braakhuis, Juridisch Stafmedewerker,  
De Amersfoortse Verzekeringen

Toch roept deze definitie vragen op: wat is nu een stoornis, hoe wordt die objectief medisch vastgesteld, wat is ziekte en wat zijn beperkingen? Bovendien is de vraag: wanneer is er sprake van een objectief medisch vaststellen? Daarvoor kan men niet anders dan kijken naar wat de rechtspraak daarover stelt omdat het immers de uitleg van een privaatrechtelijk overeenkomst betreft.

### Stoornis

Het valt op dat in de jurisprudentie het woord “stoornis” niet wordt gebruikt: men heeft het over klachten die al dan niet reëel zijn. Daarbij lijkt het weinig uit te maken of men nu van de oude arbeidsongeschiktheiddefinitie uitgaat of niet. Vgl. Interpolis-arrest Hoge Raad 16-04-1999 nr. 666 waar onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende soorten klachten,

- a. klachten waarbij sprake is etc. .... ;
- b. klachten, waarbij etc. .... ;
- c. klachten, waarvoor etc. .... .

Hof Den Bosch 17 mei 2005 (te kennen uit [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN AT9892) rechtsoverweging 4.6:

*Hierin brengt de rechtbank tot uitdrukking dat ook ingeval niet een objectief medische diagnose dan wel een eenduidige medische oorzaak voor de klachten is vast te stellen, ....*

Gerechtshof 's-Gravenhage 2 januari 2007 (te kennen uit [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN BA3845,) r.o 7:

*Het hof stelt voorop dat A.(verzekeraar) heeft erkend dat de klachten van [appellant], edelsteen setter van beroep, serieus en reëel zijn.*

Hoewel deze terminologie aansluit bij de het dagelijkse spraakgebruik (maagklachten, gewrichtsklachten etc.) acht ik deze toch wat onzorgvuldig. De term klachten legt immers m.i. veel te veel nadruk op de subjectieve beleving van de verzekerde terwijl het volgens de polisdefinitie moet gaan om “stoornissen”, welk woord een objectievere connotatie heeft. Ik denk dan ook dat het begrip “stoornis” in deze definitie wel van belang is: het gaat er immers niet om of de klachten van een verzekerde al dan niet reëel zijn, het gaat erom of er sprake is van een objectief medisch vast te stellen stoornis. Al is het al dan niet reëel zijn van de klachten natuurlijk wel van belang bij het medisch vaststellen van de stoornis, het is niet hetzelfde.

Voor een definitie van het begrip “stoornis” kan m.i. worden aangesloten bij de hoofdlijnen van de International Classification of Functioning, Disability and Health: een stoornis wordt dan gedefinieerd als “afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen.” Waarbij dan functies kunnen worden gedefinieerd als “fysiologische of mentale

eigenschappen van het menselijk functioneren” en anatomische eigenschappen als “de positie, aanwezigheid, vorm en continuïteit van onderdelen van het menselijk lichaam” (zie bijlage C van het advies van de Gezondheidsraad van 25 januari 2005 inzake het Chronische-vermoedheidssyndroom). Voor de bepaling van de arbeidsongeschiktheid is het dan ook niet (in de eerste plaats) van belang of de klachten van verzekerde reëel zijn, van belang is of er sprake is van een stoornis (in verband met ziekte of ongeval).

### Objectief medisch vastgesteld

Volgens de polisvoorwaarden moeten de stoornissen objectief medisch worden vastgesteld.

Dit is nog eens bevestigd door de Hoge Raad in haar arrest Bijen - De Amersfoortse van 10-10-2003 ([www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN AI0859):

*De beleving van [verzekerde] kan - hoezeer deze ook bestaat en voor haar van belang is - immers geen zelfstandige grond opleveren voor een vaststelling van de arbeidsongeschiktheid, omdat, naar het hof had vastgesteld, de polis vereist dat het moet gaan om medisch vast te stellen gevolgen van ziekte of ongeval.*

(Wat hier gesteld wordt voor de “medisch vast te stellen gevolgen van ziekte of ongeval” geldt m.i. ook voor “objectief medisch vast te stellen stoornissen”.)

Vervolgens is het natuurlijk de vraag hoe een stoornis objectief medisch is vast te stellen. Wat houdt een objectief medische vaststelling eigenlijk in? Op zich is dit nergens geregeld en moet dit uit de interpretatie van het contract worden opgemaakt.

Duidelijk is voor ons in de eerste plaats dat het begrip “medisch” inhoudt dat het een medicus moet zijn die, vanuit zijn vakbekwaamheid en volgens in de medische wetenschap heersende bestaande opvattingen zijn/haar oordeel moet geven over het al dan niet bestaan van objectief vaststelbare stoornissen. Of, van een negatieve kant benaderd, een rapport van een fysiotherapeut, een psycholoog of andere paramedicus kan dan ook niet voldoen aan het contractuele vereiste van een objectief medische vaststelling.

Vgl. Hof 's-Hertogenbosch 18-05-2005 ([www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN AT9892) r.o.4.8:

*Voor dat standpunt biedt deze rapportage van [therapeut] naar het oordeel van het hof evenwel onvoldoende feitelijke onderbouwing, ook wanneer deze wordt gezien in samenhang met de andere rapportages. Hierbij neemt het hof mede in aanmerking dat [therapeut] kennelijk geen arts is, zodat ook om die reden aan zijn rapportage in dit verband geen doorslaggevende betekenis toekomt.*

Hetzelfde geldt voor een rechter. In de bovengenoemde zaak Bijen – De Amersfoortse was er

verschil van mening tussen de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde medische beoordelaars enerzijds en verzekerde anderzijds. Het hof stelde toen de arbeidsongeschiktheid naar redelijkheid en billijkheid vast op 50%. Dit werd door de Hoge Raad niet aanvaard: het moest gaan om de medisch vast te stellen gevolgen van arbeidsongeschiktheid en de rechter mocht dit dus niet zelf doen.

Als hij, de rechter, zich niet kon vinden in het medische rapport had hij de medicus nadere vragen moeten stellen of op basis van de door de (medische WGL B.) deskundige verschaftte gegevens een eigen oordeel moeten geven, met andere woorden de door de medicus verstrekte gegevens zijn de basis voor het bepalen van de arbeidsongeschiktheid.

In het verleden werd door verzekeraars wel staande gehouden dat onder "medisch" (in de oude definitie) niet alleen moest worden verstaan dat de gevolgen van ziekte of ongeval door een medicus moesten worden vastgesteld maar ook dat het moest gaan om een lichamelijke of geestelijke afwijking die door een medicus, bij wijze van spreken zonder verzekerde zelf te horen, kon worden vastgesteld. Er moest een medische oorzaak voor de stoornissen zijn te vinden. Een collega-arts zou op grond van de resultaten van laboratoriumonderzoek, röntgenfoto's etc. tot dezelfde conclusie kunnen/moeten komen.

Deze uitleg bleek echter in de rechtspraak niet houdbaar, vooral omdat er bij verschillende door de verzekerde aangegeven stoornissen geen oorzaak te vinden was. Dat wil zeggen de lichamelijke conditie van die verzekerde verschilde niet of nauwelijks van een gelijk persoon van dezelfde leeftijd; er was geen medische oorzaak aan te wijzen.

Ook in de medische wetenschap erkende men bepaalde soorten stoornissen als ziekte, althans gaf aan een bepaalde combinaties van stoornissen een etiket: fibromyalgie, het chronische vermoeidheidsyndroom, whiplashsyndroom.

Daarbij komt natuurlijk meteen de vraag op hoe dit dan medisch moet worden vastgesteld.

Immers, als er niets is te vinden moet men wel uitgaan van de anamnese, die in beginsel uitsluitend bestaat uit de klachten van de verzekerde, en het waarneembaar gedrag van een verzekerde.

Beide zijn voor manipulatie door een verzekerde vatbaar en het feit dat er een uitkering op het spel kan staan maakt de kans daarop zeker niet minder. Hier echter kan (en volgens de polisdefinitie: moet) de medicus een voorname rol spelen.

Hij zal de vaststelling op grond van in de medische wetenschap algemeen aanvaarde standaarden moeten doen, zowel door de klachten en uitingen van de verzekerde daaraan te toetsten als door de wijze waarop hij rapporteert. Hierbij kunnen de richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium uit september 1996 van de LISV (Landelijk Instituut

sociale verzekeringen, voorganger van de UWV) (hierna de MAOC richtlijn) evenals art. 4 van het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten (Stbl 2000.307) en Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen arbeidsongeschiktheidswetten (Stcr 2006,33) (hierna: de regeling), hoewel niet van toepassing op een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering, wel een verhelderende rol spelen. Met name de kwaliteitseisen die zij stellen over de wijze waarop een medicus zijn onderzoek behoort te doen en waar hij bij een onderzoek op behoort te letten, kunnen hier een aanwijzing zijn omtrent de medisch algemeen aanvaarde standaard op grond waarvan de medicus een stornis behoort vast te stellen. Zo zullen de kwaliteitseisen waaraan een verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet voldoen, zoals geformuleerd in bijlage 5 bij de regeling (waarbij wordt verwezen naar de toetsbaarheid, de reproduceerbaarheid en de consistentie van verzekeringsgeneeskundig onderzoek) ongetwijfeld ook in het kader van een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering van belang moeten zijn.

De MAOC richtlijn en de regeling zeggen echter niet alleen iets over de wijze waarop volgens in de medische wetenschap algemeen aanvaarde normen een verzekeringsgeneeskundig onderzoek moet plaatsvinden maar ook hoe volgens deze normen tot een stornis bij een verzekerde zelf moet worden geconcludeerd: om tot een stornis te concluderen zullen de klachten, uitingen en gedragingen onder andere objectiveerbaar en consistent moeten zijn. (De klachten zullen met zijn/haar gedragingen overeen moeten komen, zijn/haar klachten mogen niet met elkaar in tegenspraak zijn etc.)

Ook deze regels geven een indicatie van wat in de medische wetenschap algemeen aanvaarde normen zijn.

### **In relatie tot ziekte of ongeval**

De stornis moet volgens de polisvoorwaarden in relatie staan met ziekte of ongeval.

Dit houdt in elk geval in de eerste plaats in dat een stornis die aangeboren is, of onder het normale verouderingsproces valt, niet onder de dekking van de verzekering valt. Blind geboren geeft geen aanleiding tot uitkering, blind geworden door bijvoorbeeld een ontsteking, wel. Wat een ongeval is, is meestal wel duidelijk, moeilijker is het wanneer het om het begrip ziekte gaat. Omdat het hier gaat om de interpretatie van een civielrechtelijk (verzekerings)contract moet de uitleg ook hier geschieden door middel van het Haviltex-criterium: *"bij de interpretatie van het contract komt het aan op de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan deze bepalingen mochten toekennen en op hetgeen zij te dien aanzien redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten"*.

In het arrest Wezenbeek, ( 27 januari 1994 NJ. 1998,159) een van de eerste rechtelijke uitspraken waarin de rechter zich over het begrip ziekte in de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering uitsprak, maakte het Hof Amsterdam zich er wel erg gemakkelijk vanaf:

*Vooropgesteld zij dat het hier gaat om de uitleg van een polisclausule die bestemd is om de rechtsverhouding van de Amersfoortse te regelen met verzekerden die doorgaans leek zijn op medisch gebied. Dit brengt mee dat bij de beantwoording van de vraag of een verzekerde lijdt aan een ziekte in de zin van artikel 2 sub 1 van de tussen partijen geldende polisvoorwaarden dient te worden uitgegaan van de betekenis die aan het begrip "ziekte" in het algemeen spraakgebruik wordt toegekend. Het hof verwijst in dit verband naar de Grote Van Dale (11e druk) waarin het woord "ziek" (onder meer) wordt gedefinieerd als "lichamelijk ongesteld" en "zich bevindende in de toestand dat de levensprocessen niet regelmatig en ongestoord verlopen" en het woord "ziekte" wordt gedefinieerd als "het ziek-zijn".*

En dat terwijl de Hoge Raad in het Haviltex arrest nu juist had geleerd dat het niet alleen om de taalkundige uitleg van de bepalingen van het contract ging!

Afgezien van de vraag of het Hof Amsterdam terecht stelt dat een verzekerde, als leek op medisch gebied, er bij het sluiten van het contract niet vanuit zou gaan dat bij een verzoek om uitkering het wel of niet lijden aan een ziekte zou worden beoordeeld door een medisch deskundige met inachtneming van medische normen, is het begrip ziekte wel erg rekbaar. Het komt er op neer dat iemand waarbij de levensprocessen niet ongestoord verlopen recht zou hebben op een uitkering.

Ook Advocaat-generaal mr. Spier vond dit niet juist, althans in rechtsoverweging 3.6.2 van zijn conclusie voor de Hoge Raad van 16 april 1999,666 (dat overigens over een andere zaak ging) stelt hij: *Het standpunt dat zij (= verzekerde WGJ B.) vertolkt komt erop neer dat zij ervan was uitgegaan een uitkering te zullen krijgen telkens wanneer zij meent ziek te zijn. Wat er zij van de vraag of zij deze bedoeling daadwerkelijk heeft gehad, Interpolis heeft haar niet zo behoeven te begrijpen. Van algemene bekendheid is dat er bepaalde kwalen zijn die medisch (nog) niet zijn vast te stellen. Het is vanzelfsprekend mogelijk dat iemand (ik stel het thans heel algemeen) daaraan lijdt en dientengevolge zijn werkzaamheden staakt. Wanneer de niet vast te stellen klachten daadwerkelijk meebrengen dat betrokkene niet meer kan werken, dan is onmiskenbaar triest dat hij een uitkering misloopt. Dat zou slechts kunnen worden voorkomen door een ieder die opgeeft kwalen te hebben een uitkering te geven. Van verzekeraars kan niet worden gevergd aldus te werk te gaan. Noch ook kan worden gezegd dat een dergelijk verwachtingspatroon valt binnen de bescherming die de uitlegeregels (= Haviltex-formule WGJ B.), waarop het onderdeel beroep doet, bieden.*

Ook het Hof 's-Hertogenbosch van 27 augustus 1997 (te kennen uit de uitspraak van de Hoge Raad van 16 april 1999, NJ 1999,666) zat met dit probleem bij de uitleg van ziekte (op grond van de oude definitie) en kwam tot de volgende overweging:

*Klachten kunnen - voor zover thans van belang - veelal grofweg worden onderverdeeld in 3 groepen:*

- a. klachten waarbij sprake is van aanstellerij, inbeelding of aggravatie;
- b. klachten, waarbij er geen reden is om aan te nemen dat sprake is van omstandigheden als bedoeld in sub a, en die op zichzelf dus alleszins serieus te nemen zijn, doch waarvoor geen medische grond is aan te wijzen;
- c. klachten, waarvoor een medische grond valt aan te wijzen.

*Hoezeer ook, vanuit de betrokkene gezien, begrijpelijk is dat deze ook in een situatie als bedoeld in sub b. behoefte heeft aan, en dus aanspraak meent te kunnen maken op een uitkering, laat de hierboven geciteerde tekst, er geen misverstand over bestaan dat genoemd artikel bedoelt de scheidslijn te leggen tussen de categorieën b) en c), en niet tussen de categorieën a) en b). Niet valt in te zien waarom het een particuliere verzekeringsmaatschappij niet vrij zou staan om, teneinde de risico's voor haarzelf - mede in het belang van alle bij haar aangesloten verzekerden - overzichtelijk te houden, van dekking uit te sluiten een categorie van gevallen, waarbij de grens met gevallen als bedoeld sub a) in de praktijk vaak niet duidelijk zal zijn te trekken.*

*Er zullen altijd klachten of ziektepatronen bestaan, waarvan de oorzaak thans nog niet doch (mogelijk) over enkele decennia wel aangetoond kan worden. Naar de letter vallen deze buiten de dekking zoals omschreven in gemeld artikel.*

*In de lijn van de ontwikkelingen op medisch gebied ligt voor de hand, dat op zeker moment aan de hand van bepaalde symptomen een ziektebeeld eerst kan worden herkend en benoemd, en dat enige tijd later ook de oorzaak ervan bekend wordt. Een redelijke uitleg van genoemd polisartikel brengt dan met zich mede, dat ook de tussenfase (waarin het ziektebeeld herkenbaar en benoembaar, doch de oorzaak onbekend is) reeds wordt aangeduid als een "medisch vaststelbaar" gevolg van ziekte.*

Deze overweging is door de Hoge Raad in stand gelaten en heeft in de latere jurisprudentie school gemaakt.

Ook voor de huidige polisdefinitie is deze uitspraak erg bruikbaar, wanneer wij voor a. de situatie lezen dat er geen stoornis is vastgesteld, voor b. de situatie dat er wel een stoornis is vastgesteld maar geen medische oorzaak is aan te wijzen en voor c. het geval waarin een stoornis is vastgesteld waarvoor een medische oorzaak valt aan te wijzen. Daarbij is de voornaamste bron van conflicten tussen verzekeraars en verzekerden uiteraard categorie b. Dat zijn - in terminologie van de huidige polisvoorwaarden -

stoornissen waarvoor niet direct een medische oorzaak is te vinden. Ook in het laatste geval kunnen deze stoornissen reëel zijn, in de zin dat verzekerde ook objectief medisch waargenomen, een subjectieve lijdensdruk ervaart.

Echter er moet wel, volgens de polisvoorwaarden een verband zijn met ziekte of ongeval, dat wil, in de termen van het Hof 's-Hertogenbosch, zeggen dat er sprake moet zijn van een "herkenbaar en benoembaar ziektebeeld."

Vgl. Hof 's-Hertogenbosch 19-12-2002, [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN: AF2224 r.o. 4.4.6 (op grond van oude polisdefinitie):

*Naar het oordeel van het hof brengen inhoud en strekking van de verzekeringsovereenkomst en een redelijke uitleg van de clausule "medisch vast te stellen gevolgen" naar de hiervoor onder 4.4 vermelde maatstaf mee dat redelijkerwijs sprake is van medisch vastgestelde gevolgen van een ongeval in de zin van de verzekeringsovereenkomst indien sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, óók indien de oorzaak naar de huidige stand van de wetenschap thans nog niet is vast te stellen omdat geen aantoonbaar letsel kan worden gevonden.*

Vgl. Hof 's-Hertogenbosch 17-05-2005, [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN AT9892 r.o. 4.6 (op grond van oude polisdefinitie):

*4.6 Het hof stelt voorop dat geen grieven zijn gericht tegen het uitgangspunt van de rechtbank inzake de uitleg van de polis, zoals verwoord onder 3.8 van het vonnis waarvan beroep. Hierin brengt de rechtbank tot uitdrukking dat ook ingeval niet een objectief medische diagnose dan wel een eenduidige medische oorzaak voor de klachten is vast te stellen, doch wel sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, sprake kan zijn van arbeidsongeschiktheid. Het hof gaat hier ook van uit.*

Hof 's-Gravenhage 02-01-2007: [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN BA3845 r.o. 6 (op grond van nieuwe polisdefinitie):

*6. Het hof stelt voorop dat voormelde polisvoorwaarde moet worden uitgelegd aan de hand van het Haviltex-criterium. Partijen zijn het er in dit kader over eens dat ook sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de polis indien weliswaar (nog) geen medische grond voor (serieus te nemen) klachten kan worden aangewezen, maar wel sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Aegon betwist echter dat de klachten van [appellant] kunnen worden aangemerkt als een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.*

Rechtbank Zutphen 14-03-2007; [www.rechtspraak.nl](http://www.rechtspraak.nl) LJN BA8616 r.o. 5.8 (op grond van oude polisdefinitie): *5.8. Een redelijke uitleg van het beding in de polisvoorwaarden brengt overigens wel met zich dat van een medisch vaststelbaar gevolg van ziekte ook kan worden gesproken indien er sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld waarvan de oorzaak (nog) onbekend is.*

De vraag die vervolgens opkomt, is natuurlijk wanneer er sprake is van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.

Deze vraag is eigenlijk alleen door het Hof 's-Gravenhage in haar arrest van 02-01-2007 expliciet beantwoord. Zij stelt in r.o. 10:

*Het hof stelt vast dat het begrip "herkenbaar en benoembaar ziektebeeld" als zodanig in de polis niet nader is omschreven. Aegon heeft evenmin gesteld dat zij op enig ander moment of op andere wijze [appellant] (of zijn assurantietussenpersoon) nader heeft geïnformeerd over de beperkte omvang van de dekking, in die zin dat pijnsyndromen, zoals het cervico-brachiaalsyndroom, niet kunnen worden aangemerkt als "herkenbaar en benoembaar ziektebeeld" en dus niet verzekerd zijn. De stelling van Aegon dat hiervoor ook geen aanleiding is omdat de polisvoorwaarden duidelijk en niet voor tweeërlei uitleg vatbaar zijn, wordt verworpen. In het licht van de betekenis van het begrip "ziekte" in het algemeen spraakgebruik, waarop [appellant] zich heeft beroepen, mocht [appellant] de polisvoorwaarden redelijkerwijs aldus opvatten dat ook bij een pijnsyndroom sprake kan zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld. Dat een pijnsyndroom, zoals Aegon heeft aangevoerd, een aanduiding is voor een verzameling (pijn)klachten, zonder dat daarvoor een duidelijke medische oorzaak kan worden aangewezen, maakt nog niet dat een dergelijke verzameling klachten in het algemeen spraakgebruik niet als ziektebeeld wordt opgevat. Dit geldt met name in het geval de klachten medisch kunnen worden gediagnosticeerd.*

*Voor zover Aegon de polisvoorwaarden anders heeft bedoeld is sprake van een onduidelijkheid die voor haar rekening komt. [Appellant] mocht er naar het oordeel van het hof redelijkerwijs van uit gaan dat ook pijnsyndromen, mits voor een arts herkenbaar en benoembaar, onder de dekking vielen. Nu meerdere artsen de klachten van [appellant] hebben gediagnosticeerd als cervico-brachiaal syndroom, welk syndroom bovendien als zodanig is gecodificeerd in de ICD van de WHO, moet dit pijnsyndroom naar het oordeel van het hof redelijkerwijs als herkenbaar en benoembaar ziektebeeld worden aangemerkt.*

M.i. is dit een ongewenst en onjuist arrest. Een pijnsyndroom is zodanig vaag en ongespecificeerd dat het er weer op neer komt dat als verzekerde een klacht heeft, er een uitkering moet volgen. Daarmee doet het hof geen recht aan het begrip "herkenbaar en benoembaar ziektebeeld".

Het Hof 's-Hertogenbosch van 27 augustus 1997 stelt nu juist dat "aan de hand van bepaalde symptomen een ziektebeeld eerst kan worden herkend en benoemd".

Immers, een uitdrukking cervicobrachiaalsyndroom betekent niet meer dan zoiets als pijn in de nek met uitstraling naar de arm zonder dat er een medische oorzaak is aan te wijzen. Met andere woorden: het is niet meer dan een medische beschrijving van een stoornis. Het doet ook geen recht aan de polisvoorwaarden: immers als men de redenering hiervan

vervolgt zou een enkele verwijzing van een stoornis reeds voldoende zijn: de zinsnede “in verband met ziekte of ongeval” zou niet nodig zijn.

De verwijzing naar het ICD is niet bijzonder sterk als argument om deze stoornis als een ziekte te bestempelen. Wie de moeite neemt de website van de WHO daarover op te slaan (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>) ziet reeds in de inleiding dat de intentie van ICD als volgt wordt omschreven:

“The ICD has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes. It is used to classify diseases and **other health problems** recorded on many types of health and vital records including death certificates and hospital records. In addition to enabling the storage and retrieval of diagnostic information for clinical and epidemiological purposes, these records also provide the basis for the compilation of national mortality and morbidity statistics by WHO Member States”.

Ook de volledige naam duidt hier al: ICD staat voor: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Met andere woorden: het is niet meer maar ook niet minder dan een diagnostisch classificatiesysteem en de vermelding in een dergelijk systeem kan men niet zonder meer gelijk stellen met een ziekte, zoals ook uit de naam en in de inleiding blijkt.

Dit blijkt ook als men naar de rest van de lijst kijkt: zo vindt men bijvoorbeeld bij code R 45.2

“Unhappiness”: het is voor verzekeraars (en voor verzekerden in verband met de hoogte van de premies) niet te hopen dat het Hof 's-Gravenhage het zich-ongelukkig-voelen nu ook als een tot arbeidsongeschiktheid aanleidinggevende ziekte gaat beschouwen! Als men dan ook nog eens naar de code M53.1 kijkt, ziet men dat het hier om een niet elders gekwalificeerde categorie klachten gaat, met andere woorden een categorie waarin gezondheidsproblemen waarvoor men geen medische oorzaak heeft weten te vinden en die men niet elders heeft kunnen benoemen.

Ik denk dan ook dat de uitspraak geen recht doet aan die van het Hof 's-Hertogenbosch van 27 augustus 1997 waarin wordt gesteld:

*In de lijn van de ontwikkelingen op medisch gebied ligt voor de hand, dat op zeker moment aan de hand van bepaalde symptomen een ziektebeeld eerst kan worden herkend en benoemd, en dat enige tijd later ook de oorzaak ervan bekend wordt.*

Het gaat derhalve om de ontwikkelingen op medisch gebied waarbij op een zeker moment aan de hand van bepaalde symptomen een bepaald ziektebeeld kan worden herkend en benoemd. Met andere woorden: het gaat er om wat volgens de heersende opvattingen in de medische wetenschap als ziekte wordt herkend en benoemd.

Daarbij is het inderdaad niet nodig dat de medische oorzaak wordt vastgesteld maar wel is nodig dat de symptomen of een combinatie daarvan in de medische literatuur wordt beschreven en op grond daarvan door de heersende opvattingen in de medische wetenschap als ziekte wordt herkend en benoemd. Hierbij zullen ook bijvoorbeeld de criteria die specialistenorganisaties, zoals bij voorbeeld de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, van belang zijn.

Ik denk dat een dergelijk opvatting recht doet aan het Haviltex-criterium, evenwichtig is en ook recht doet aan de belangen van beide partijen: een verzekerde mag er in deze visie dan vanuit gaan dat, wat algemeen in de medische wetenschap als ziekte wordt beschouwd onder de dekking van de verzekering valt (mits deze uiteraard beperkingen geven die de oorzaak zijn van arbeidsongeschiktheid), ook al is er (nog) geen medische oorzaak vast te stellen. En dat tegelijkertijd een verzekeraar ervan mag uitgaan dat niet elke klacht van verzekerde, (in de woorden van a.g. MR. Spier: elke keer dat hij opgeeft kwalen te hebben) ook al is er geen medische oorzaak te vinden, kan leiden tot een uitkering op grond van arbeidsongeschiktheid.

Daarbij maakt het enkele feit dat er voor een stoornis van verzekerde een medische term bestaat deze stoornis nog niet tot een in de medische wetenschap herkenbare en benoembare ziekte.

Daarbij zullen ongetwijfeld verzekerden tussen wal en schip belanden, met andere woorden er zullen mensen zijn met een reële subjectieve lijdensdruk waardoor zij beperkt zijn in hun functioneren zonder dat er een medische oorzaak valt aan te wijzen en zonder dat hun stoornis(sen) als ziekte in de medische literatuur wordt beschreven.

Deze mensen zullen dan, doordat niet aan de polisdefinitie van arbeidsongeschiktheid is voldaan, geen recht hebben op een uitkering. Dat is voor hen onmiskenbaar triest maar men moet dan aan de andere kant bedenken dat er in medisch opzicht niets aan hen te zien is wat verschilt van andere, gezonde mensen van dezelfde leeftijd. Om aan deze mensen ook een uitkering verlenen zou niet stroken met de polisvoorwaarden noch met het verwachtingspatroon van verzekeraars, een van de partijen bij de overeenkomst. Immers, ergens zal een grens moeten worden getrokken tussen verzekerden die wel en verzekerden die geen recht op een uitkering hebben. Deze grens te laten bepalen door wat de internationale medische wetenschap als “ziekte” wordt bestempeld doordat bedoelde wetenschap de symptomen beschrijft en daaruit een conclusie trekt, is m.i. zo gek nog niet. Een ander objectief criterium is m.i. moeilijk te vinden.

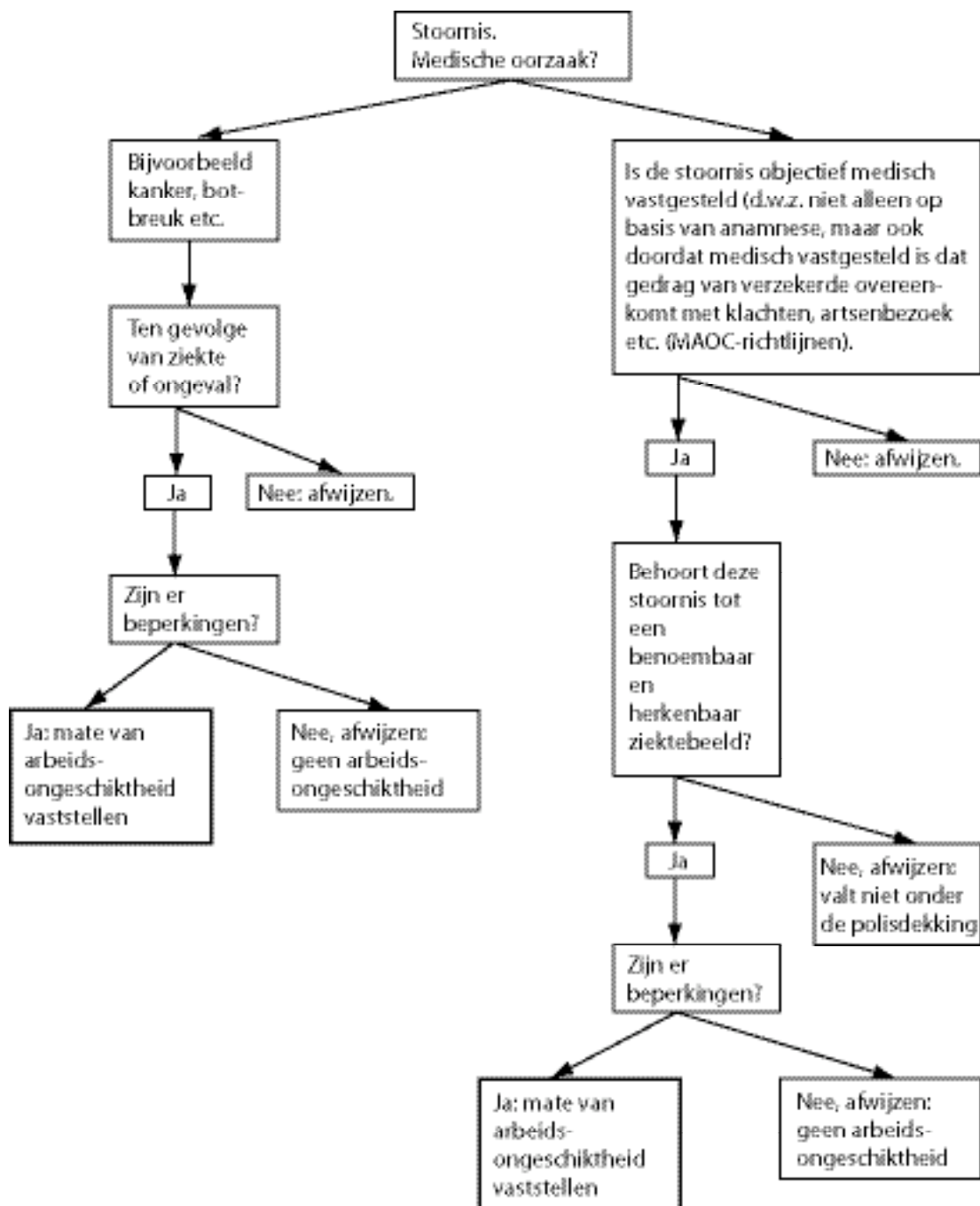


## Beperkt is in zijn functioneren

Ten slotte moeten deze medisch geobjectiveerde stoornissen in verband met ziekte en ongeval ook beperkingen geven in het functioneren van verzekerde. Dit is eigenlijk het minst problematische deel van de definitie: het gaat hier om vermindering of verlies van normale gedragingen en activiteiten en van normale sociale rolvervulling. Dat is een feitelijke medisch vaststelling.

Daarbij kan uiteraard tussen (de medisch adviseur van) verzekerde en (de medisch adviseur van) verzekeraar wel verschil van mening bestaan over de vraag óf en

zo ja hoe groot die beperkingen zijn, een principiële discussie in de zin dat beide partijen het erover eens zijn dat er een vermindering van een normale gedraging is maar dat dit geen beperking is, zal er niet zo gauw zijn. Immers als men eenmaal de hobbel heeft genomen dat deze vermindering of dit verlies van normale gedragingen en/of activiteiten of van een normale sociale rolverdeling een gevolg is van een medisch geobjectiveerde stoornis in verband met ziekte en/of ongeval, geeft de feitelijke invulling vaak geen aanleiding meer tot een principiële discussie. Concluderend zou je m.i. de definitie van arbeidsongeschiktheid in de polis in het volgende schema kunnen samenvatten:



# Verhaal halen: "Regres door UWV bij letselschade"

Mw. D. van Klarbergen-van Holland\*

*Het UWV<sup>1</sup> kan als instituut regres nemen, daar waar zij uitkeert aan verzekerden die arbeidsongeschikt zijn geworden ten gevolge van letsel toegebracht door derden. Tussen de verzekeraars en het UWV is een convenant afgesloten waarin spelregels zijn neergelegd over deze regresname. In de uitvoering hebben in een aantal gevallen medisch adviseurs van beide partijen hierin een rol, vooral bij causaliteitsdiscussies. De werkwijze van de afdeling regres UWV en met name die van de medisch adviseur van die afdeling komt in dit artikel aan de orde.*

## Inleiding

Lijdt een individu schade door derden, dan kan hij verhaal halen. Ook instanties, zoals het UWV kunnen schade lijden, doordat ze een uitkering moeten verstrekken door gedrag van anderen. Deze instanties hebben in die situaties een wettelijk regresrecht toegekend gekregen. Zo ook het UWV (Uitvoeringsinstituut voor werknemersverzekeringen<sup>2</sup>). In die gevallen dat de arbeidsongeschiktheid een gevolg is van door derden veroorzaakt letsel, spreekt het UWV de veroorzaker aan om de uitkeringskosten te verhalen. Meestal is de veroorzaker verzekerd en vindt verhaal plaats op de betreffende verzekeraar. Er vindt regelmatig overleg plaats tussen het UWV en het Verbond voor Verzekeraars. Dit heeft tot een convenant<sup>3</sup> geleid, waarin 'spelregels' zijn vastgelegd bij het uitoefenen van dit regresrecht.

Sinds ca 1,5 jaar vinden alle regresactiviteiten van het UWV centraal plaats vanuit het UWV-kantoor te Almere. Voordien hadden de voorlopers van het UWV (Cadans, GAK, GUO, SFB en USZO) elk een eigen regresafdeling met een eigen werkwijze. Nu is er sprake van een uniforme aanpak.

Medisch adviseurs die voor of bij letselschade-verzekeraars werken (Mav), hebben regelmatig met regreszaken van het UWV te maken. Ik schets hier iets

over de werkwijze in het algemeen. Daarna ga ik in op een aantal punten waar de Mav en de medisch adviseur van het UWV (Mau) elkaar op de inhoud tegenkomen.

## Is regres aan de orde?

Op de werkvloer waar de claimbeoordelingen plaats vinden onderkennen de verzekeringartsen en/of de procesbegeleiders dat het verzuim door een ongeval<sup>4</sup> veroorzaakt is. Er gaat dan een signaal naar Almere. De regresafdeling start een nader onderzoek en start, indien aan de orde, de aansprakelijkheidstelling. Vaak vond het ongeval al gauw twee jaar eerder plaats. Dit betekent dat veel correspondentie over situaties in het verleden gaan. Ontstaat er een discussie over causaliteit dan is men zo maar vijf jaar verder. In principe zal bij een medisch stabiele situatie voor een afkoopregeling gekozen worden. Juist ook in zo'n afrondende fase kijkt men nog eens kritisch naar de claim. Causaliteit is daarbij het sleutelwoord.

## Causaliteit tussen de arbeidsongeschiktheid en 'het' ongeval

In principe gelden bij de behandeling van een regresclaim dezelfde criteria ten aanzien van aansprakelijkheid als bij de privé-afhandeling van een letselschadezaak. Dat wil zeggen dat bij verhaal van een arbeidsongeschiktheidsuitkering duidelijk moet zijn dat het in geding zijnde ongeval de oorzaak is van de geclaimde arbeidsongeschiktheid. Maar anders dan bij de privé-claim speelt hier een extra beoordelings-element. De vraag is niet alleen of het ongeval tot een bepaalde mate van personenschade heeft geleid, maar ook of de vastgestelde personenschade tot arbeidsongeschiktheid leidt. In veel gevallen is dit evident en betreft de verzekeraar noch het UWV voor de beoordeling van deze regresclaim een medisch adviseur bij de afhandeling. In andere gevallen zijn er causaliteitsvragen. Dan doen partijen op enig moment een beroep op hun medisch adviseur.

De contacten tussen de verzekeraar en het UWV lopen grotendeels via de schadebehandelaar (verzekeraar) en

\* Mw. D. van Klarbergen-van Holland, RGA/VA, medisch adviseur.

<sup>1</sup> UWV: Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen.

<sup>2</sup> Het UWV voert de beoordeling en toekenning uit van uitkeringen in het kader van de ZW voor uitzendkrachten en WW-gerechtigden, de WAO of WIA, WAZ (deze bestond tot 1 augustus 2004) en de Wajong.

<sup>3</sup> Het convenant is integraal te vinden op de PIV leden-site.

<sup>4</sup> Ik spreek in dit stuk steeds van 'ongeval', ook als het een ander voorval kan betreffen, zoals bijvoorbeeld een medische fout e.d.

de claimbehandelaar<sup>5</sup> (UWV). De schadebehandelaar vraagt de Mav op enig moment zich uit te spreken over een claim van het UWV. Het UWV wordt gevraagd voor deze claim onderbouwing te leveren. De claimbehandelaar zal in de meeste gevallen, in overleg met/onder auspiciën van de Mau in eerste instantie hiervoor gebruik maken van de verzekerings-geneeskundige en arbeidskundige rapportages die aan de uitkering ten grondslag liggen. Dat wil zeggen de neerslag van de beoordelingen ter vaststelling van het recht op en de mate van een arbeidsongeschiktheids-uitkering. Zo is dit ook afgesproken in het convenant<sup>6</sup>. Het voordeel van deze werkwijze is dat niet alleen de medische maar ook de arbeidskundige beoordeling, die ten grondslag ligt aan de arbeidsongeschiktheids-uitkering, ter beschikking komt.

Het onderzoek van de verzekeringsarts ter vaststelling van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering is weliswaar niet primair bedoeld om zich expliciet over de causaliteit uit te spreken, maar dit is over het algemeen wel in de beoordeling terug te vinden. Daarnaast beschikt de (medisch adviseur van de) verzekerder vanuit het dossier betreffende de privé-claim van de verzekerde meestal ruim over medische informatie. Het convenant spreekt expliciet uit in art 7, lid 2, dat de verzekerder niet naar de "bekende weg zal vragen". De Mav zal dan ook op basis van het totaal aan gegevens meestal wel tot een oordeel kunnen komen hoe de regresclaim zich verhoudt tot het ongeval. Daar start dan meestal de ontmoeting tussen de Mav en de Mau.

Voordat ik hierover verder ga, hierbij eerst nog de volgende opmerking. De medische en arbeidskundige gegevens die het UWV in dit kader verstrekt, zijn exclusief ten behoeve van de beoordeling van het recht op regres en mogen niet voor een ander doel worden gebruikt, zoals voor de afhandeling van de privé-claim (art.7.3 convenant)! Dit blijkt niet altijd bij alle medisch adviseurs van de tegenpartij bekend.

### De inhoudelijke ontmoeting tussen de Mav en de Mau

Er is casuïstiek waarbij de schadebehandelaar aangeeft dat de medisch adviseur over onvoldoende medische gegevens beschikt om zich een mening te kunnen vormen over de claim en/of (nog) niet overtuigd is van de causaliteit. Op grond daarvan stelt de Mav of

de schadebehandelaar verschillende aanvullende vragen.

#### 1) *De Mav kan zich nog geen mening vormen over de regresclaim in verband met onvoldoende gegevens*

De schadebehandelaar of de Mav vragen om meer medische gegevens, bijvoorbeeld informatie uit de behandelende sector die bij het UWV voorhanden is. De Mau kijkt of er meer gegevens zijn, bijvoorbeeld onderliggende gegevens die de verzekeringsarts in het kader van zijn beoordeling bij de curatieve sector heeft opgevraagd. Deze gegevens zijn oorspronkelijk voor een ander doel verzameld, daarom kan de Mau deze niet zonder expliciete toestemming van verzekerde doorsturen<sup>7</sup>. Indien daarin wel aanvullende informatie staat, zal de Mau deze prudent samenvatten en zo aanvullende onderbouwing leveren. Vindt de Mau de informatie ook wat mager ter ondersteuning van de claim van het UWV, dan completeert de Mau eerst het dossier. De Mau doet dit door zoveel mogelijk aanvullende gegevens te verzamelen bij derden, zoals behandelaars, belangenbehartigers e.d. Dit kan uiteraard alleen maar als verzekerde de Mau voor dit speciale doel apart machtigt. Afhankelijk van de toestemming van verzekerde stuurt de Mau deze door of vat de feiten weer samen. Behalve dat de Mau feiten aanlevert, zal deze in dit stadium regelmatig direct argumenten toevoegen waarom volgens het UWV causaliteit aan de orde is, en in welke omvang (procentueel, duur e.d.). Indien de Mau een claim beargumenteert, gebeurt dit zo transparant mogelijk, door aan te geven welke onderliggende stukken bij de argumentatie zijn gebruikt.

#### 2) *De Mav is (nog) niet voldoende overtuigd van de causaliteit*

De twijfel aan de causaliteit kan op strikt medisch terrein liggen, maar ook meer op het arbeidskundige als het om een regresclaim van het UWV gaat.

#### *Medische causaliteit*

Het convenant laat ruimte voor een medische causaliteitsdiscussie. De discussie gaat veelal over de rol van predisposities en pre-existentïes. Ook kan het om de ernst van de gevolgen gaan, in dit geval vertaald naar de ernst en/of de duur van de ongevalgerelateerde beperkingen. Dit is niet anders dan in de privé-schade. Daarbij is het mijns inziens een misverstand dat het vaststellen van beperkingen bij arbeidsongeschiktheid bij het UWV<sup>8</sup> wezenlijk

<sup>5</sup> De claimbehandelaar van het UWV is de persoon die enerzijds de correspondentie met de schadebehandelaar van de tegenpartij voert en de claim bij de verzekerder namens het UWV indient, anderzijds ook een ondersteunende functie heeft ten aanzien van de medisch adviseur.

<sup>6</sup> Convenant art. 7, lid 1 t/m 4. Bij de medische informatie-uitwisseling, zijn volgens dit artikel de NPP-richtlijnen ten aanzien van het medisch traject van toepassing.

<sup>7</sup> Regelgeving medische gegevensuitwisseling vastgelegd door het NNP (medisch traject), de KNMG e.d.

<sup>8</sup> Schattingsbesluit 08072000, Staatsblad 307, art. 3 + toelichting: ..... de taak van de verzekeringsarts om vast te stellen of iemand wegens (*na TBA als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van*) ziekte of gebrek, ..... geheel of gedeeltelijk niet in staat is .....

anders is dan het vaststellen van beperkingen in het kader van letselschade. De verzekeringsarts van het UWV hoeft weliswaar niet allereerst naar de oorzaak te kijken bij het vaststellen van de beperkingen, maar de verzekeringsarts dient wel conform het medisch arbeidsongeschiktheids criterium de beperkingen te objectiveren als (aannemelijk) voortkomend uit ziekte of gebrek. Naarmate de ziekte(of gebrek)-entiteit op zich moeilijker objectiveerbaar is, zoals bijvoorbeeld bij een WAD<sup>9</sup>, speelt het consistentie-vereiste een grotere rol. Dit komt overeen met het begrip concordantie in de NVvN-richtlijn<sup>10</sup>.

Het is evident dat bij een regresclaim, de aanvullende vraag speelt of de vastgestelde beperkingen niet alleen aannemelijk aan ziekte of gebrek gerelateerd zijn, maar ook of deze ziekte of gebrek dan ongevalgevolg is. De verzekeringsarts kan heel terecht beperkingen hebben gegeven, maar niet alle zijn altijd (nog) aan het ongeval te relateren. Aanvullende vragen van de Mav zijn op dat moment begrijpelijk, als de causaliteitsrelatie ongeval/arbeidsongeschiktheidsclaim niet één op één uit de voorhanden zijnde informatie blijkt.

#### *Ernst van de beperkingen en de belastbaarheidpatronen*

De Mav stelt de ernst van de beperkingen, zoals neergelegd in de belastbaarheidpatronen, nog wel eens ter discussie. Het meest betreft dit een toegepaste urenbeperking. Elke verzekeringsarts die niet in de spreekkamer aanwezig was, zal voorzichtig moeten zijn met dergelijke kritiek. Niet elke verzekerings-geneeskundige rapportage is altijd even transparant<sup>11</sup>, maar dat wil niet op voorhand zeggen dat de uitkomsten ten aanzien van de belastbaarheid per definitie onjuist zijn. Gegevens van de curatieve sector of een expertise kunnen dan terecht aanvullend dienen voor een eindconclusie over de claim. De Mau neemt die bij de onderbouwing van de visie op de regresclaim dan ook mee. Daarbij is het wel relevant te kijken op welk moment ten opzichte van de ongevaldatum de beperkingen zijn vastgesteld. Natuurlijk kan een medische expertise vijf jaar later uitwijzen dat een uren- of andere beperking niet meer aan de orde is. De Mau maakt dan een inschatting van het verloop van de belastbaarheid in de tijd en adviseert in dat licht.

<sup>9</sup> WAD: Whiplash Associated Disorder.

<sup>10</sup> Objectiveren is niet alleen maar direct vaststellen van ziekte of gebrek m.b.v. klinisch onderzoek of met behulp van een foto of laboratoriumonderzoek. In voorkomende situaties is objectivering het aannemelijk maken van ziekte of gebrek door middel van het vaststellen van aanwezige concordantie/consistentie.

<sup>11</sup> Gelukkig is er de laatste jaren in dit opzicht een kwaliteitsverbetering te onderkennen; rapportages ademen ook de tijdgeest, dat blijkt bij het werken met gegevens uit het (verre) verleden.

#### *Uitkomsten arbeidskundige beoordeling*

Ook als het letsel niet ter discussie staat, speelt soms nog de vraag of deze beperkingen wel tot arbeidsongeschiktheid moeten leiden. De beperkingen die vertaald zijn in belastbaarheidpatronen worden gematched met de arbeidseisen. Dit is puur een arbeidskundige kwestie. De systematiek hiervoor ligt wettelijk vast; ruimte voor kritische noten zijn wat dat betreft beperkt. Een uitgebreide toelichting lijkt hier overbodig, daar het meen ik elke medisch adviseur duidelijk is dat een arbeidsongeschiktheidspercentage bij de sociale verzekeringen heel anders tot stand komt dan een percentage Blijvende Invaliditeit.

#### *Arbeidsongeschiktheid in de voorgeschiedenis*

Regelmatig vraagt de Mav naar de rol van al aanwezige arbeidsongeschiktheid ten tijde van het ongeval of in het wat verdere verleden. Verzuimt een verzekerde al op het moment van een ongeval dan geldt dat over de periode dat voortdurend van het verzuim was te verwachten, het ongeval weggedacht, niet geclaimd wordt. Hetzelfde geldt voor een al bestaande gedeeltelijke WAO-uitkering. Het UWV claimt alleen de toegenomen arbeidsongeschiktheid. Blijkt de verzekerde en/of de Mav dat verzekerde in het verleden al eens een arbeidsongeschiktheids-uitkering ontving, dan verzoekt men regelmatig om alle oude beoordelingsgegevens. Als deze al te achterhalen zijn- dat is niet altijd het geval – gaat de Mau daar prudent mee om, zoals een huisarts dat doet met het journaal. Bij het vaststellen van de claim in relatie tot het ongeval houdt het UWV, zo nodig, daar wel rekening mee. Immers enerzijds kan verzekerde al weer met behouden beperkingen een volwaardig inkomen genieten en naar krachten en bekwaamheden werken. Anderzijds houdt de verzekeringsarts bij het opstellen van een belastbaarheidpatroon naar aanleiding van opgelopen schade bij een ongeval ook rekening met al bestaande beperkingen. Dit kan betekenen dat het arbeidsongeschiktheidspercentage hoger uitvalt dan wanneer alleen ongevalgerelateerde beperkingen een rol zouden hebben gespeeld. Als er al een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheids-uitkering bestaat op basis van dezelfde beperkingen, die door het ongeval verergeren, kan het de ene keer betekenen dat het geen consequenties heeft voor het arbeidsongeschiktheidspercentage. De andere keer kan er wel degelijk een verhoging van het arbeidsongeschiktheidspercentage aan de orde zijn. De toename zal dan over het algemeen ongevalgevolg zijn en als zodanig geclaimd worden. Dit soort aspecten is ook regelmatig punt van discussie tussen de Mav en Mau.

## De praktische ontmoeting tussen de Mav en de Mau

Zoals in de privé-letselschadepraktijk, vindt de meeste uitwisseling van standpunten schriftelijk plaats, al dan niet door tussenkomst van schadebehandelaar en claimbehandelaar. Het is echter ook mogelijk dat via een telefonisch contact, hetzij op initiatief van de medisch adviseurs zelf, hetzij op verzoek van hun opdrachtgevers, een verheldering van visies wordt bereikt en wellicht overeenstemming.

Wat mij persoonlijk betreft ben ik er voorstander van zo transparant mogelijk met elkaar om te gaan en in principe te gaan voor datgene waar de opdrachtgever recht op heeft.

Mijn uitgangspunt is dat er in een aantal gevallen medisch gezien een zwart en een wit gebied is met

regelmatig daartussen een stukje grijs. Over zwart en wit hoeven we niet te discussiëren. In het grijze gebied zal een ieder mogelijkerwijze in de advisering neigen naar die kant die het meest gunstig is voor de opdrachtgever. Maar daarbij gaat het mijns inziens niet aan van grijs zwart of wit te willen maken. Er zijn momenten dat we mijns inziens toe moeten durven geven dat onze kennis begrensd is. Zoals bijvoorbeeld bij vragen over toekomstschade bij predisposities of pre-existente aandoeningen. We kunnen een inschatting maken, maar de evidence is daar nog wel eens betrekkelijk. Dan wordt het tijd de eindbeslissing aan de juristen over te laten. Tenslotte bestaat er naast de medische causaliteit in letselschadeland niet voor niets ook het begrip juridische causaliteit. Dit geldt evenzeer bij regreszaken als bij de privé-schade afhandeling.

# De redelijke arbeidsurenbelasting van de zelfstandig ondernemer

*Notitie met betrekking tot het aantal uren waarmee bij de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van een zelfstandig ondernemer rekening gehouden dient te worden.*

*J.P.H.M. Verhoeven\**

Bij de beoordeling van een claim waarbij de mate van arbeidsongeschiktheid van een zelfstandig ondernemer beoordeeld moet worden dienen de polisvoorwaarden uiteraard als uitgangspunt te worden genomen. De polis is immers leidend. Als bepaald moet worden of iemand wel of niet arbeidsongeschikt is, is het van belang of diens polis zelf al dan niet een uitspraak doet over de werkzaamheden en het aantal te verzekeren dan wel verzekerde uren. Indien dit het geval is, dient hier bij de claimbeoordeling naar gehandeld te worden.

Tijdens het acceptatietraject voorafgaande aan het afsluiten van de polis vult de kandidaat-verzekerde meestal een aanvraagformulier in. Hierop vermeldt hij doorgaans de aard van de te verrichten werkzaamheden in de onderneming met daarbij het aantal uren dat hij gewoonlijk per week werkt. Daarnaast wordt in de meeste gevallen desgevraagd het aantal uren arbeid nader gespecificeerd.

Gebruikelijk is een onderverdeling in het aantal uren Handenarbeid, Leiding geven / toezicht houden, Administratie en Reizen<sup>1</sup>. Als de kandidaat aangeeft handenarbeid te verrichten, wordt vervolgens gevraagd waaruit deze handenarbeid bestaat. Hiermee wordt dan de wijze waarop hij op dat moment in de onderneming werkt en welk tijdsbeslag dit met zich meebrengt feitelijk weergegeven. Omdat het zo tot stand gekomen document derhalve iets zegt over de dekking van de verzekering, is het zeer belangrijk.

In andere gevallen wordt in de acceptatiefase door de verzekeraar een nader onderzoek gedaan naar het te verzekeren risico. Daarbij behoort het bedrijf beschreven te worden met vermelding van de daarin voorkomende taken en het aantal uren dat de te verzekeren persoon gewoonlijk werkt. Tevens wordt het risico aangegeven dat de verzekeraar zal aangaan bij afsluiten van de polis.

Later kan de verzekeraar eventueel bij een beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid in principe van dit document uitgaan.

\* J.P.H.M. Verhoeven RA, Arbeidskundig Bureau Radar B.V. Prinsenbeek

Wat nu te doen bij een verzekerde wiens situatie afwijkt van wat gebruikelijk is, afwijkt van wat opgegeven is in het aanvraagformulier en/of afwijkt van het bij aanvang van de verzekering opgestelde rapport na het risico inventariserende onderzoek? Het is bij een onderzoek in het kader van de mate van arbeidsongeschiktheid algemeen gebruikelijk dat de door de verzekeraar ingeschakelde (arbeids)deskundige bij de beoordeling van het aantal uren een standaard hanteert waarbij de zwaarte van het werk, in combinatie met de leeftijd van de persoon, meegewogen wordt. Zo kan ook met de zogenaamde *involutiefactoren*, waaraan de ouder wordende mens nu eenmaal onvermijdelijk onderhevig is, rekening gehouden worden. Tevens wordt hiermee roofofbouw en het werken ten koste van de eigen gezondheid, zowel fysiek als ook mentaal als gevolg van een bovenmatig aantal uren arbeid, voorkomen.

Door meerdere arbeidskundige bureaus en verzekeraars wordt deze visie en handelwijze onderschreven en gehanteerd. Het is algemeen gebruikelijk om in het kader van een beoordeling bij benadering de volgende richtlijnen aan te houden:

- Personen jonger dan 50 jaar werken in redelijkheid en billijkheid niet meer dan 60 uur per week. Indien het werk bovendien overwegend zware fysieke arbeid betreft, dient dit werk tot 55 à 50 uur per week beperkt te worden.

- Personen van 50 jaar en ouder werken, zonder dat dit ten koste gaat van de gezondheid, maximaal 50 uur per week. Indien het werk overwegend zware fysieke arbeid betreft, dient de arbeidsweek tot 45 uur beperkt te worden.
- Personen van 60 jaar en ouder kunnen in het verlengde van het bovenstaande tot 40 uur per week werken, ongeacht de aard van het werk.

Ten slotte is nog het volgende van belang.

Het is een algemeen geaccepteerd feit dat een jonge startende ondernemer de eerste jaren in zijn bedrijf méér dan 60 uur per week werkt. Werkweken tot 65, 70 of zelfs meer uren per week zijn niet ongebruikelijk. Dit kan echter van niemand langer dan twee tot drie jaar verlangd worden.

Maakt men op deze wijze toch langere werkweken dan de eerder geschetste, dan gaat dit primair ten koste van de gezondheid. Ongezonder langere werkweken dan passend bij de leeftijd dienen derhalve niet alleen in het belang van de verzekerde en diens omgeving zelf, maar ook vanuit de gedachte van de maatschappelijke zorgplicht van de verzekeraar, als onwenselijk te worden beschouwd. Dit impliceert dat dergelijke werkweken noch gedurende langere tijd door de te verzekeren persoon aangehouden, noch door de verzekeraar verzekerd zouden moeten worden.

#### Literatuur

- <sup>1</sup> Verbond van Verzekeraars, Aanvraagformulier en Gezondheidsverklaring voor een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering, 01-04-2004, 2007.

## **Medisch Tuchtcollege Amsterdam, vonnis van 2 mei 1989**

***Mocht de medisch adviseur (MA) het arbeidsongeschiktheidspercentage doorgeven aan het Pensioenfonds?  
Had hij lichamelijk onderzoek bij klager moeten verrichten?***

Bij verzekeringsmaatschappij A is klager verzekerd tegen de geldelijke gevolgen van invaliditeit. Klager meldt dat hij arbeidsongeschikt is en ontvangt daarop een brief van de MA met het verzoek een medisch onderzoek te ondergaan. Deze brief is ondertekend door de MA in zijn hoedanigheid van secretaris/penningmeester van de verzekeringsmaatschappij, onder vermelding van het feit dat hij arts is. De MA heeft twee gesprekken met klager en bestudeert de informatie van behandelende artsen en van een externe deskundige, cardioloog.

Het bestuur van de verzekeringsmaatschappij besluit klager voor minder dan 25% arbeidsongeschikt te beschouwen in zijn beroep als gynaecoloog. Klager gaat van dit besluit in beroep bij de vaste arbitragecommissie van de verzekeraar. Ook meldt klager zich als arbeidsongeschikt aan bij het Pensioenfonds Medische Specialisten. Het Pensioenfonds vraagt aan de verzekeraar sinds wanneer en voor hoeveel procent klager arbeidsongeschikt is. Daarop schrijft de MA dat klager vanaf 8 mei 1986 voor minder dan 50% arbeidsongeschikt te beschouwen is als medicus.

De klacht houdt in dat de MA:

1. zonder voorafgaand onderzoek en
2. zonder toestemming van klager aan een derde mededelingen heeft gedaan over klagers arbeidsongeschiktheid.
3. Bovendien had hij moeten melden dat arbitrage was aangevraagd.

De MA betoogt dat hij niet schreef als arts, maar als secretaris/penningmeester namens het bestuur van A. Bovendien kan een arbeidsongeschiktheidspercentage niet beschouwd worden als medische informatie die niet zonder toestemming van klager aan derden ter kennis mag worden gebracht.

Het Medisch Tuchtcollege oordeelt dat het handelen van de MA onder de werking van de Medische Tuchtwet valt, omdat deze zich als arts heeft beziggehouden met de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid van klager, door het voeren van twee gesprekken met hem, het bestuderen van

gegevens van de behandelend artsen en het vragen van de opinie van een externe deskundige.

Het Pensioenfonds blijkt geen eigen MA te hebben, maar daarvoor gebruik te maken van de diensten van verzekeraar A, ook als een pensioengerechtigde daar geen verzekering heeft. Het doorgeven van een arbeidsongeschiktheidspercentage moet dan ook wel degelijk beschouwd worden als doorgeven van medische informatie. Het Medisch Tuchtcollege verbaast zich dat deze gang van zaken nog niet eerder tot klachten aanleiding heeft gegeven. Uiteraard had ook vermeld moeten worden dat de beslissing ter arbitrage was aangeboden.

Dat de MA lichamelijk onderzoek had moeten verrichten is niet juist. Het onderzoek van de MA is voldoende voor het vaststellen van het percentage arbeidsongeschiktheid ten behoeve van A.

Beslissing: waarschuwing.

JWB

## **Commissie Toetsing Gezondheidsgegevens**

### **Invitational Conference**

*Verslag W.C. Appeldoorn*

Woensdag 30 oktober vond in het gebouw van het Verbond van Verzekeraars te 's Gravenhage een vorm van een 'invitational conference' plaats van de Commissie Toetsing Gezondheidsgegevens en een vijftiengestig genodigden.

Geïnviteerd werden vooral fraudecoördinatoren van een aantal verzekeraars, terwijl via R.F.J.M. Kneepkens tevens een aantal medisch adviseurs van de Commissie Leven werden uitgenodigd.

De Toetsingscommissie bestaat uit de heer De Ruiter, voorzitter en afgevaardigde namens het Verbond, de heer Grobbée, namens het Breed Platform Verzekeren en Werk en de heer Wijers, van de zijde van de KNMG. Eerstgenoemden zijn jurist, laatstgenoemde is de arts in deze commissie.

Na een welkomstwoord gaf voorzitter De Ruiter een uitleg over de werkwijze van zijn Commissie. Deze Commissie is uiteindelijk in mei 2005 ingesteld in het kader van het in november 1999 gesloten Convenant tussen eerdergenoemde partijen alsmede de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

Na ontvangst van een verzoek van een levensverzekeringsmaatschappij om toetsing van de destijds bij aangaan van de verzekering door een kandidaat-verzekerde verstrekte gezondheidsgegevens, wordt eerst de ontvankelijkheid van de aanvraag getoetst.

- Is een verzekerde overleden binnen 1 jaar na afsluiten verzekering, dan wordt de casus altijd ontvankelijk verklaard en in behandeling genomen. Dit op grond van het feit dat de Commissie sinds enige tijd een overlijden binnen een jaar na afsluiten van een verzekering steeds als een fraude-indicator beschouwt.
- Is een verzekerde overleden in de periode tussen 1 en 2 jaar na afsluiten van de overlijdensrisicoverzekering, dan acht de Commissie wel enig vermoeden op incorrecte opgave dan wel verzwijging noodzakelijk.
- Bij een overlijden na afloop van een periode van 2 jaar, moet er sprake zijn van een duidelijke grond voor vermoeden van incorrecte opgave c.q. verzwijging. Bij instellen van de commissie werden de diverse van belang zijnde fraude-indicatoren reeds vastgesteld.

Bij gebleken ontvankelijkheid start collega Wijers het onderzoek, normaliter met een informatieverzoek aan de eerder behandelend huisarts. De belangrijkste vraag is dan: "Wat was de overledene bekend ten tijde van het afsluiten van de verzekering over de aandoening die als doodsoorzaak is opgegeven?".

Wanneer de huisarts geen antwoord wil of kan geven, wordt er zo mogelijk ook nog bij de behandelend specialist geïnformeerd. Daarnaast wordt ook de telefoon nog wel eens gebruikt om een huisarts over te de streep te trekken om de in het kader van het convenant gevraagde gegevens alsnog te leveren of ter verduidelijking van de geleverde informatie. Hierbij wordt opgemerkt dat de bereidheid van de curatieve collegae om mee te werken in de 2,5 jaar dat de Commissie werkzaam is, duidelijk lijkt toe te nemen.

Wanneer de gevraagde gegevens binnen zijn adviseert collega Wijers de commissie, waarna de beslissing genomen wordt. Door de Commissie worden de nabestaanden vervolgens geïnformeerd, alsook de verzekeraar. De beslissing is voor de verzekeringsmaatschappij bindend en kan niet worden teruggedraaid. Wel bestaat in uitzonderlijke gevallen de mogelijkheid dat de verzekeraar alsnog uitkeert, ondanks het advies van de Commissie de claim af te wijzen. Een beslissing ten faveure van de nabestaanden zal evenwel nooit teruggedraaid worden door de Commissie.

De grootste problemen voor de Commissie doen zich voor wanneer er sprake is van een overlijden in het buitenland. In dergelijke gevallen moet alle informatie meestal van de verzekeraar komen. Wanneer een dergelijke casus wordt voorgelegd aan de Commissie, moet de verzekeraar in ieder geval de aard van de verzekering, de doodsoorzaak alsmede de naam en het adres van de huisarts opgeven. Bij gevallen van suïcide en dus een bestaande mogelijkheid op een beroep op de vigerende polisvoorwaarden ligt er geen taak voor de Commissie.

Een gerezen vermoeden op incorrecte opgave van gezondheidsgegevens dan wel verzwijging, moet verder onderbouwd worden in het geval een verzekerde overlijdt meer dan een jaar na het afsluiten van de verzekering. Wanneer er alleen sprake is van slechts een statistisch vermoeden, zoals het geval is bij veel carcinomen, bestaan er meerdere scenario's en zal er door de Commissie een zorgvuldige afweging gemaakt worden of de zaak inderdaad onderzocht zal worden.

Verder heeft de Commissie te maken met het "nieuwe" verzekeringsrecht zoals dat sedert januari 2006 van toepassing is. Een enkel beroep op vernietigbaarheid van de polis op grond van verzwijging zoals in het vroeger gebruikte artikel 251 wetboek van Koophandel, is thans niet meer mogelijk. Er resteren thans drie mogelijkheden om een claim af te wijzen. De eerste mogelijkheid is dat er sprake is van een overlijden als

het rechtstreeks gevolg van hetgeen verzwegen is, dus direct verbandhoudend met de doodsoorzaak. Dit toetst de Commissie. De tweede mogelijkheid is dat de verzwegen gegevens zouden hebben geleid tot afwijzen van de aanvraag en de derde optie is dat de verzekering op andere voorwaarden tot stand zou zijn gekomen wanneer de onder de loep genomen gezondheidsgegevens wel correct gemeld zouden zijn aan de verzekeraar.

De Commissie is van oordeel dat zij, gelet op haar huidige reglement, met deze laatste twee mogelijkheden niets kan, omdat deze sterk afhankelijk kunnen zijn van het acceptatiebeleid van de verzekeraar. Wel overweegt de Commissie hetgeen bij haar onderzoek werd gevonden, terug te koppelen naar de verzekeraar om alsnog binnen het Convenant een beslissing te kunnen nemen. Tot nu toe heeft ze er geen uitspraak over gedaan.

Vervolgens werden nog enkele voorstellen vanuit de zaal naar voren gebracht om het overleg tussen de Commissie en de medisch adviseur van de verzekeraar conform de regelgeving nog beter te laten verlopen.

Verder merkt De Ruiters op dat blijkt dat nog niet alle verzekeraars casus aanleveren.

Momenteel zijn er ruim 200 zaken behandeld en is er in circa 25% van de gevallen door de Commissie incorrecte verstrekking van gezondheidsgegevens dan wel verzwijging geconstateerd.

Tot slot maakt de voorzitter nog een opmerking over de kwaliteit van de door de verzekeringsmaatschappijen gebruikte gezondheidsverklaringen, soms zijn deze wel heel summier. Dit wordt wel degelijk meegewogen in het oordeel.

Vanuit de zaal wordt aan de ene kant opgemerkt dat de motivatie van het afwijzende oordeel van de Commissie aan de nabestaanden, maar vooral aan de verzekeraars als onvoldoende wordt ervaren. De Commissie herkent zich hier niet in, maar neemt het ter harte. Aan de andere kant wordt de Commissie er nadrukkelijk op attent gemaakt dat het noch de Commissie noch de arts van de Commissie vrij staat om de nabestaanden, die hun financiële claim wegens het overlijden van hun erflater in rook op zagen gaan, te informeren aangaande de onder het medisch beroepsgeheim vallende medische situatie van verzekerde ten tijde van het aangaan van de polis. Het lijkt zeer gewenst een oplossing voor de onderhavige problematiek te vinden.

In het tweede deel van de bijeenkomst deelde collega Wijers enige ervaringen met ons. Het blijft ook voor hem lastig te werken in het keurslijf van het Convenant, waarvan de regels bewaakt worden door de twee andere leden van de Commissie. Bij een overlijden na 1 jaar na het afsluiten van de verzekering moet er sprake zijn van een gerechtvaardigd vermoeden. Zo zal hij bij een carcinoom dat te boek staat als langzaam groeiend eerder geneigd zijn een medisch onderzoek in te stellen dan bij een



snelgroeïende tumor. Verder geeft ook hij aan dat de Commissie veel leert uit de eigen ervaringen en van de terugkoppelingen door de collega medisch adviseurs. Hij roept onze beroepsgroep daarom op om casus aan te leveren en een discussie over de beslissing niet uit de weg te gaan.

Al met al betrof het een plezierige en heel nuttige bijeenkomst, temeer omdat duidelijk werd dat de Commissie bereid is lering te trekken uit de eigen ervaringen en naar ons te luisteren.

Het door de toetsingscommissie naar voren gebrachte percentage van 25% afgewezen claims op overlijdensrisicoverzekeringen is dusdanig hoog dat dit zeker een reden zou dienen te zijn om de Commissie voort te laten bestaan, ook na afloop van de in principe drie jaar durende proefperiode in het kader van het gesloten convenant.

*Met dank aan mevrouw G.A. van Beelen voor het gebruik van haar aantekeningen.*

---

## **Ingezonden: "Simuleren en coachen, een reactie"**

**C.J.F. Kemperman**

*Op 11 oktober 2007 organiseerde de Studie Kring Noord een symposium onder de titel "Pillen of Praten, de nieuwste ontwikkelingen in de psychiatrie en de implicaties voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde".*

*Spreker was onder andere neuroloog-psychiater C.J.F. Kemperman, die zijn nieuwste onderzoeksresultaten naar malingering bij psychologische testen besprak.*

*In GAVscoop 2/2005 verscheen een verslag betreffende een eerder onderzoek van collega Kemperman naar malingeren en onderpresteren bij neuropsychologische expertises. (GAVscoop 2005; 9:42).*

*In GAVscoop 2/2007 hebben wij een artikel opgenomen over dit onderwerp van de hand van professor dr. H.L.G.J. Merckelbach en dr. M. Jelicic.*

*Naar aanleiding van diens voordracht van 11 oktober jl. vroegen wij collega Kemperman of zijn eigen onderzoek aanleiding gaf tot commentaar op dit artikel. Onderstaand treft u zijn reactie aan. Red.*

Met interesse heb ik kennis genomen van de bevindingen in GAVscoop 2007;11:32-36, "Simuleren en Coachen" van prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach en dr. M. Jelicic op pagina 32-36.

In eigen onderzoek vonden wij in twee cohorten van drie jaar voor en na 2004 bij neuropsychologische expertises in ongeveer 62% onderpresteren en/of malingering. In ongeveer de helft onderpresteren en in de andere helft (ook) malingering. Dat het van belang is om simulatie tests af te nemen behoeft dan ook geen nader betoog. Zonder deze tests lijkt het testonderzoek met een a priori kans groter dan 50% niet valide.

Interessant is voorts dat in situaties dat de SIMS aanwijzingen voor malingering opleverde, ook de TOMM dat deed. Wanneer de SIMS geen afwijkingen toonde, liet de TOMM deze ook niet zien.

Aanwijzingen voor coaching vonden wij tot nu toe (nog) niet in onze populatie.

*C.J.F. Kemperman  
neuroloog/psychiater*

# Ingezonden: "De positie van de medisch adviseur in het medisch tuchtrecht"

Dr. Mr. J.W. Bins, arts RGA

*De positie van de medisch adviseur in het medisch tuchtrecht zoals deze is geregeld in de wet BIG, is niet helemaal duidelijk en geeft in een aantal gevallen in ieder geval geen aanleiding tot vreugde. Er lijken over éézelfde soort klacht verschillende uitspraken te worden gedaan. Onderstaand artikel van de hand van mw. prof. mr. W.R. Kastelein gaat over deze problematiek. Dit artikel werd eerder gepubliceerd in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (3-2005) en werd met toestemming overgenomen, omdat een tweetal daaronder opgenomen brieven juist dit artikel als uitgangspunt hebben. De materie is niet van recente datum, maar nog immer actueel.*

Red.

## **De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen I en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk**

Mw. Prof. Mr W.R Kastelein

Soms hoeft men echt niet (heel) oud te zijn om terug te verlangen naar de goede oude tijd, in dit geval naar de Wet uitoefening geneeskunst (WUG) en de Medische tuchtwet (MTW). Natuurlijk, die wetten hadden zo hun beperkingen en nadelen, maar duidelijk waren ze wel. Onbevoegde uitoefening van de geneeskunst mocht niet en als een arts vertrouwensondermijnend handelde wachtte hem een tuchtrechtelijke maatregel. Sinds de inwerkingtreding van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) in 1995 en het daarin geregelde tuchtrecht per december 1997 is er veel veranderd. Iedereen mag de geneeskunst uitoefenen zolang het niet om voorbehouden handelingen gaat en geen schade wordt toegebracht of een aanmerkelijke kans daarop bestaat. Verder zijn BIG-geregistreerden alleen tuchtrechtelijk toetsbaar als hun handelen individuele gezondheidszorg betreft en gericht is op de persoon van de patiënt/cliënt. Dat lijkt helder, maar uit de jurisprudentie blijkt dat het dat niet is.

Het begon allemaal met het arrest van de Hoge Raad van 15 oktober 1999<sup>1</sup> waarin de Hoge Raad oordeelde dat de vertrouwensarts kindermishandeling geen beroep uitoefent op het gebied van de individuele gezondheidszorg en dat er tussen de vertrouwensarts en niet-professionele melders geen rechtstreekse relatie in de zin van artikel 1 Wet BIG bestaat.

Eenzelfde lot was de gezondheidszorgpsychologe van de NVVE, Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig

Levensinde, beschoren. De Rechtbank 's-Hertogenbosch oordeelde dat zij in haar advisering aan cliënten over hun doodswens geen beroep uitoefende op het gebied van de individuele gezondheidszorg en derhalve geen beroep kon doen op een verschoningsrecht terzake<sup>2</sup>.

Deze lijn doortrekkend betekent dat, dat de vertrouwensarts en gezondheidszorgpsychologe in deze zaken niet tuchtrechtelijk tot de orde kunnen worden geroepen. Dit in tegenstelling tot de situatie onder de oude wetgeving.

Wat de jaren daarna volgde was een wirwar aan (tuchtrechtelijke) jurisprudentie.

Zonder uitpuittend te zijn noem ik de volgende zaken.

Wel BIG-geregistreerd maar niet tuchtrechtelijk toetsbaar, want niet vallend onder de artikelen 1 en 47 BIG bleken:

- A 1. een arts, voorzitter van de Raad van Bestuur van een ziekenhuis handelend als lid van de Raad van Bestuur<sup>3</sup>;
2. een huisarts, als getuige-deskundige ter zitting door het CTG opgeroepen om zijn oordeel te geven over het handelen van een aangeklaagde collega<sup>4</sup>;
3. een huisarts, voorzitter of bestuurslid van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) handelend als bestuurslid<sup>5</sup>;
4. een arts, lid van de Tweede Kamer handelend als politicus<sup>6</sup>;
5. een tandarts die een collega niet toelaat tot de waarneemregeling<sup>7</sup>;
6. een huisarts handelend als lid van het bestuur van de huisartsenpost<sup>8</sup>;
7. een psychiater die zich in de media uitliet over de gezondheidstoestand van de moordenaar van Pim Fortuyn<sup>9</sup>.

NB: nr. 1, 2, 5 en 7 zouden onder de vigeur van de MTW zonder meer ontvankelijk zijn geacht. Over nr. 3, 4 en 6 kon men aarzelen, maar ook dat was zeker niet uitgesloten.

Wel BIG-geregistreerd en ook tuchtrechtelijk toetsbaar bleken:

- B 1. een huisarts, deskundige die in een tuchtzaak had gerapporteerd op verzoek van een der partijen om zijn oordeel te geven over het handelen van een aangeklaagde collega<sup>10</sup>;



## DE WERELD BESTAAT NIET ALLEEN UIT ANOUKS

Het liefst ziet u natuurlijk dat uw cliënten voldoen aan het ideaalbeeld: jong en kerngezond. Maar de praktijk van iedere levensverzekeraar en tusschenpersoon leert dat er heel wat mensen zijn die niet aan dit beeld voldoen. Bijvoorbeeld doordat zij lijden aan diabetes, een hartafwijking, nierziekte of kanker. U zou ze graag helpen maar vindt het risico verzekeringstechnisch te groot. Dossier gesloten?

Via een professioneel samenroepel van maatschappij, assurantied adviseur en De Hoop is er in veel gevallen toch

een oplossing op maat te vinden in de vorm van een specifieke herverzekering. Op basis van grote expertise, aanpassingen van sterftetabellen en een stevige financiële grondslag kunnen wij ook voor cliënten met een sterk verhoogd medisch risico met een offerte komen. Hoe het precies werkt is minder van belang dan dat het werkt. Inmiddels 100 jaar lang. Staat u voor zo'n vraag, bedenk dan dat het geen onoplosbaar dilemma hoeft te zijn.

 **DE HOOP**  
N.V. LEVENSVZERKERING-MAATSCHAPPIJ

Niemand is perfect

2. een huisarts in zijn functie van dienstdoend huisarts inzake het functioneren van de doktersassistente op de dokterspost<sup>11</sup>;
3. een huisarts die klaagde over het handelen van een collega-huisarts die bij IGZ had gemeld dat hij zou disfunctioneren<sup>12</sup>;
4. een neuroloog die als deskundige op verzoek van de medisch adviseur van een verzekeringsmaatschappij op basis van medische stukken rapporteert<sup>13</sup>;
5. een medisch adviseur van een verzekeraar die een neuroloog eenzijdig op basis van een niet-geanonimiseerd patiëntendossier om een expertise vraagt<sup>14</sup>.

In dit lijstje bevinden zich niet verklaarbare tegenstellingen die wellicht het best tot uitdrukking komen in de verschillende ontvankelijkheidsbeoordeling tussen de twee deskundigen en de door de medisch adviseur ingeschakelde neuroloog. Met een beetje goede wil zou men wellicht nog kunnen zeggen dat de twee deskundigen het handelen van de arts beoordelen en de medisch adviseur en de neuroloog de gezondheidstoestand van de gelaedeerde, ook al hadden zij hem niet persoonlijk onderzocht of gezien. Dat verklaart echter niet de uitspraken A2, A7 en B1. Ook de verschillen tussen A1 en B2 en tussen A6 en B2 zijn niet goed te verklaren.

Als klap op de vuurpijl volgden in september 2004 twee tegenstrijdige uitspraken over de vraag of het handelen van een radioloog die leeftijdsonderzoek verricht bij asielzoekers onder artikel 1 respectievelijk 47 van de Wet BIG valt.

Het Gerechtshof 's-Gravenhage oordeelde op 9 september 2004 vooralsnog van niet en het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam oordeelde op 28 september 2004 in exact dezelfde casus van wel.

Bovenstaande voorbeelden laten zien dat de recente jurisprudentie inzake artikel 1 en artikel 47 van de Wet BIG ondoorzichtig, slecht beargumenteerd en niet te volgen is. De rechtsbescherming die de Wet BIG de burger zou moeten bieden valt in dit opzicht tegen. De interpretatie van het CTG is bovendien niet in overeenstemming met de parlementaire geschiedenis waarin uitdrukkelijk wordt vermeld dat handelen in strijd met het belang van de individuele gezondheidszorg tuchtrechtelijk getoetst kan worden ook als er geen rechtstreekse relatie is met een

bepaalde patiënt. In de in A6 genoemde beslissing stelt het CTG echter uitdrukkelijk dat de MvT wel van belang is voor de interpretatie van de Wet BIG maar niet van doorslaggevende betekenis(!).

Het oude criterium van vertrouwensonderminning klonk wellicht ouderwets maar gaf wel goed weer waar het tuchtrecht op gericht was, namelijk op het vertrouwen dat de stand moet hebben en koesteren bij het publiek. Dat vertrouwen kan geschonden worden door het optreden van een arts als directeur van een zorginstelling, als deskundige in een gerechtelijke procedure of in de media, als vertrouwensarts, maar niet snel door het optreden van een arts als kamerlid of als bestuurslid.

Hoewel in de twee laatstgenoemde gevallen het niet uitgesloten is dat het vertrouwen in de stand wordt ondermijnd, is dat minder waarschijnlijk.

De hierboven weergegeven jurisprudentie is onbegrijpelijk en niet in het belang van de bewaking van de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg respectievelijk een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Zou het niet simpeler en meer in de geest zijn van de wetgever als de lijn weer wordt: noblesse oblige. Met andere woorden: als een beroepsbeoefenaar ervoor kiest ingeschreven te staan in het BIG-register moet hij daarvan in beginsel de lusten en de lasten dragen. Een dergelijke inschrijving betekent dat het publiek vertrouwt op zijn arts-zijn en dat hij daarop dus ook afgerekend moet kunnen worden zowel in de directe beroepsuitoefening als indien en voor zover hij optreedt in een functie waarin zijn arts-zijn van belang is, in die zin dat zijn optreden het vertrouwen in de stand ondermijnt of kan ondermijnen. In moderne BIG-termen heet dat dan dat zijn optreden niet in het belang is van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg, zonder dat dat per definitie een rechtstreekse relatie met een patiënt dient in te houden. Dit zou betekenen dat vrijwel alle hierboven gegeven voorbeelden onder omstandigheden tuchtrechtelijk getoetst zouden kunnen worden. Wellicht zal men mij tegenwerpen dat dit criterium wet erg vaag is. Aan de ene kant is dat zo, aan de andere kant is het veel minder onduidelijk dan de huidige situatie en doet het recht aan de doelstelling van het tuchtrecht, namelijk bewaking van de kwaliteit van de zorg en bescherming van de patiënt.

<sup>1</sup> NJ 2001,42 TvGR 2000/72.

<sup>2</sup> Rechtbank 's-Hertogenbosch 19 april 2002, NJ 2002,434.

<sup>3</sup> CTG 18 december 2001, MC 15 maart 2002.

<sup>4</sup> CFG 30 januari 2003, TvGR 2003/36.

<sup>5</sup> CTG 9 april 2002, Stcrt. 18 april 2002.

<sup>6</sup> CTG 27 augustus 2003, Stcrt. 5-9-2003, TvGR 2003/27.

<sup>7</sup> CTG 12 augustus 2004, Stcrt. 18-8-2004, TvGR 2004/28.

<sup>8</sup> CTG 14 oktober 2004, CT 2003/091.

<sup>9</sup> CTG 22 november 2004, TvGR 2005/10.

<sup>10</sup> CTG 20 maart 2001, MC 19 november 2003.

<sup>11</sup> CTG 18 december 2001, Stcrt. 16-1-2002.

<sup>12</sup> CTG 29 april 2004, Stcrt. 10-5-2004.

<sup>13</sup> CTG 31 augustus 2004, TvGR 2004/59.

<sup>14</sup> CTG 31 augustus 2004, MC 5 november 2004.

<sup>15</sup> Gerechtshof 's-Gravenhage 9 september 2004, TvGR 2004/57.

<sup>16</sup> RT Amsterdam 28 september 2004, RT 03/27.

<sup>17</sup> MvT Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3. p.76 en MvA, Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7. p.97-98.

Aan de Procureur Generaal  
bij de Hoge Raad der Nederlanden

Den Haag, 30 juni 2005

Betreft: verzoek Cassatie in het Belang der Wet  
in te stellen artikelen 1 en 47 wet BIG

Edelhoogachtbare Heer,

Er bestaat onduidelijkheid over de reikwijdte van artikelen 1 en 47 van de wet BIG. Een aantal betrekkelijk recente vonnissen en arresten daarover spreken elkaar tegen. Mevrouw prof. mr. W.R. Kastelein heeft hierover in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht (3-2005 blz. 227-229) een artikel geschreven met als titel "De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen 1 en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk". Als medisch adviseur van advocaten en verzekeringsmaatschappijen wil ik graag weten waar ik aan toe ben en met mij willen tientallen beroepsgenoten dat.

Het handelen van een medisch adviseur is geen handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg in de zin van artikel 1 wet BIG, omdat dat artikel ziet op bevorderen of bewaken van de gezondheid van een persoon. Daarmee houdt een medisch adviseur zich niet bezig. Toetsing van zijn activiteiten aan artikel 1 lid 2 is delicaat. Als regel zal de medisch adviseur niet zelfstandig een persoon onderzoeken. In plaats daarvan baseert hij zich op onderzoeksrapporten van andere artsen. De medisch adviseur geeft geen raad aan een persoon om hem van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of om zijn gezondheidstoestand te beoordelen. Van het verlenen van verloskundige bijstand is nooit sprake. Discussie is mogelijk over de woorden "of zijn gezondheidstoestand te beoordelen". In het commentaar op de wet van mr. M.C.I.H. Bieshaart (Gezondheidsrecht, tekst en commentaar. Uitgave Kluwer Deventer 1999) wordt als toelichting het voorbeeld gegeven van behandelingen van een keuringsarts en verzekeringsarts. Deze artsen verrichten lijfelijk onderzoek aan de persoon en onderscheiden zich daarmee van de beroepsgroep van medisch adviseurs waartoe ik behoor. Naar mijn mening wordt met die woorden niet bedoeld op het geven van uitleg aan advocaten of schaderegelaars of iemands gezondheidstoestand aan bepaalde eisen voldoet.

Artikel 47 lid 1 a wet BIG ziet op handelen of nalaten in strijd met de zorgplicht. Een medisch adviseur is niet betrokken bij de gezondheidszorg. De tweede tuchtnorm van artikel 47 lid 1 b betreft gedragingen die niet door de eerste norm worden bestreken maar niettemin in strijd zijn met het algemeen belang gelegen in een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Met name een arrest van het Hof 's-Gravenhage, (9 september 2004 TvGR 2004-57) en een vonnis van het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam op 28 september 2004 (RT 03/27) lijken verschillende kanten uit te wijzen. Mevrouw Kastelein pleit ervoor, dat een beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk afgerekend moet kunnen worden niet alleen in zijn directe beroepsuitoefening, maar ook als en voor zover hij optreedt in een functie waarin zijn artszijn van belang is. Anders dan zij zou ik een regeling voorstaan waarin een klacht tegen een arts niet ontvankelijk is wanneer de arts niet betrokken was bij de individuele gezondheidszorg en geen keuring aan de patiënt heeft verricht waardoor hij inbreuk moest maken op zijn lichamelijk of geestelijke integriteit.

Een kopie van het artikel van mevrouw Kastelein voeg ik hierbij. Het betreft een duidelijke overzichtelijke rechtsvraag. Er heeft zich uiteenlopende rechtspraak ontwikkeld. Het algemeen belang vraagt om duidelijkheid op dit punt. Om deze reden verzoek ik u Cassatie in het Belang der Wet in te stellen tegen een der door mevrouw Kastelein genoemde vonnissen.

Met de meeste hoogachting,  
dr. mr. J.W. Bins, arts RGA

Dr.mr. J.W. Bins, arts RGA, 13 juli 2006

Geachte heer Bins,

In uw brief van 30 juni 2005 vraagt u mijn aandacht voor een artikel van prof. mr. W.R. Kastelein, getiteld: "De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen 1 en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk" in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2005, p. 227-229. In dit artikel schrijft Kastelein dat de jurisprudentie inzake de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg ondoorzichtig, slecht beargumenteerd en niet te volgen is. In dat verband haalt zij een aantal uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (verder: "CTG") aan. U verzoekt mij tegen een dezer uitspraken cassatie in het belang der wet in te stellen.

Ter motivering van dit verzoek stelt u dat u als medisch adviseur van advocaten en verzekeringsmaatschappijen duidelijkheid wenst omtrent de vraag in hoeverre een medisch adviseur op grond van art. 47 jo art. 1 Wet BIG tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden. Uit hetgeen u schrijft, maak ik op dat u van mening bent dat een medisch adviseur niet valt onder de tuchtnorm van art. 47 lid 1 jo art. 1 Wet BIG. Daarmee neemt u een standpunt in dat afwijkt van de opvatting van de auteur van de door u toegestuurde publicatie, prof. mr W.R. Kastelein.

De jurisprudentie van het CTG heeft over de positie van de medisch adviseur duidelijkheid gebracht. Zo heeft het CTG verschillende malen het handelen van een medisch adviseur tuchtrechtelijk getoetst. Bovendien heeft het CTG in zijn uitspraak van 31 augustus 2004, Medisch Contact 5 november 2004 expliciet overwogen dat het optreden van een medisch adviseur die gehouden is de (actuele) gezondheidstoestand van een persoon te beoordelen, gelet op de tekst en de strekking van de Wet BIG, beschouwd moet worden als een handeling op het gebied van de individuele gezondheidszorg in de zin van art. 1 lid 2 onder a van de wet.

Volgens het CTG vormen de in de Memorie van Toelichting genoemde voorbeelden van verzekerings- en keuringsartsen in dit verband een adequate adstructie. De mogelijkheid van een tuchtrechtelijke toetsing van het handelen van een arts/medisch adviseur is daarvan dan het logische gevolg, aldus het CTG.

Ten aanzien van uw opmerking dat een medisch adviseur zich van de verzekerings- en keuringsartsen onderscheidt nu deze, anders dan deze artsen, geen lijfelijk onderzoek aan de persoon verricht, valt te wijzen op de Memorie van Toelichting, Kamerstukken II, 19 522, nr. 3, p. 85, waaruit volgt dat het voor de toepasselijkheid van art. 1 lid 2 onder a Wet BIG niet nodig is dat er rechtstreeks contact plaatsvindt met de betrokken persoon (patiënt).

Ik constateer dat er, anders dan u meent, geen onduidelijkheid bestaat over de tuchtrechtelijke positie van de medisch adviseur. Aldus beschouwd, stelt u geen algemene rechtskwestie aan de orde die in het belang der wet, dat wil zeggen in het belang van de rechtseenheid of van de rechtsontwikkeling, opheldering behoeft. De hiervoor aangehaalde jurisprudentie van het CTG komt mij ook niet onjuist voor. Om deze redenen geeft uw verzoek, voorzover dit betrekking heeft op de positie van de medisch adviseur, geen aanleiding tot het instellen van een vordering tot cassatie in het belang der wet. Wat betreft de overige in het artikel van prof. Kastelein genoemde hoedanigheden (bijvoorbeeld: lid raad van bestuur ziekenhuis, getuige-deskundige, bestuurslid Landelijke Huisartsen Vereniging, lid Tweede Kamer, bestuurslid huisartsenpost, deskundige in de media), waarvan onduidelijk zou zijn of deze onder de medische tuchtrechtspraak vallen dan wel ten aanzien waarvan in de rechtspraak sprake zou zijn van inconsistentie, merk ik nog het volgende op. In 2002 is een evaluatie van de Wet BIG gepubliceerd (Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Reeks evaluatie regelgeving, Den Haag, ZonMw oktober 2002). In dit rapport wordt gesteld dat als gevolg van een aantal uitspraken van het CTG verduidelijking van de tweede norm neergelegd in art. 47 lid I onder b Wet BIG wenselijk is, voor zover het betreft de mogelijkheden de meer

bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening door de geregistreerde aan het tuchtrecht te onderwerpen. Daarbij wordt aanbevolen om bij de verduidelijking van de in art. 47 lid I onder b opgenomen norm gebruik te maken van het voorstel van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid om bepaalde door de minister van Volksgezondheid aan te wijzen werkzaamheden gelijk te stellen aan handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (zie p.208 en 211 van dat rapport).

Het standpunt van de Minister aangaande deze evaluatie luidt dat de aanbevelingen op het gebied van het tuchtrecht overweging verdienen en dat daartoe overleg zal worden gevoerd met (onder meer) het CTG. Navraag bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft duidelijk gemaakt dat nadere overweging op het Ministerie en overleg met de tuchtcolleges in de loop van 2006 zullen plaatsvinden, waarna de bedoelde norm mogelijk wijziging(en) zal ondergaan.

Het is vast beleid van de Procureur-Generaal om geen cassatie in het belang der wet in te stellen in het geval de voorgelegde rechtskwestie de aandacht van de wetgever heeft. Tegen de achtergrond van de zojuist genoemde ontwikkelingen acht ik het derhalve thans niet opportuun een van de in het artikel van prof. Kastelein genoemde uitspraken in het belang der wet voor te dragen voor cassatie.

Wel zal ik de aandacht van de Minister van VWS vragen voor de door u aan de orde gestelde materie. Een kopie van uw brief en van het daarbij gevoegde artikel van prof. Kastelein, alsmede mijn antwoord op uw brief zal ik daartoe aan de Minister zenden.

De Procureur-Generaal,  
Mr. J.W. Fokkens



## Agenda

De agenda wordt verzorgd door de redactie van GAVscoop. De agenda is bestemd voor de leden van de GAV. De GAV-ledenvergaderingen zijn besloten en uitsluitend toegankelijk voor GAV-leden en genodigden. Ook de genoemde congressen e.d. zijn meestal beperkt toegankelijk. Agendapunten die van belang kunnen zijn voor de leden van de GAV kunt u aanmelden via e-mail: [gavscoop@gavscoop.nl](mailto:gavscoop@gavscoop.nl). Vermeld hierbij: locatie, datum, kosten, titel, organisator, doelgroep, adres en telefoonnummer waar informatie kan worden opgevraagd en eventuele bijzonderheden.

### 2007

13 december 2007      Wesly-cyclus: **Stand van de wetenschap**  
Wet en regelgeving aangaande de stand van de wetenschap en praktijk. Info en opgave [vagz@cantrijn.nl](mailto:vagz@cantrijn.nl).

### 2008

10 januari 2008      Wesly-cyclus: info volgt.

24 en 25  
januari 2008      NSPOH: **Leren van de burens in België**  
Tijdens deze tweedaagse in Leuven wordt aan de hand van de werkzaamheden van de bedrijfsgeneeskundige en de verzekeringsarts in België de inrichting en uitvoering van de arbowetgeving en de sociale wetgeving van onze zuiderburen belicht. Ook wordt de rol van de huisarts en de mutualiteit besproken. Opgenomen in het avondprogramma zijn een bezoek aan een preventiedienst en een stadswandeling.  
Locatie: Leuven, België  
Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49, e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

31 januari 2008      NSPOH: **Timemanagement voor professionals in de Public & Occupational Health**  
Hoge betrokkenheid, verantwoordelijkheidsgevoel en een vaak commerciële omgeving, vragen een specifieke aanpak en beïnvloeding van uw tijdgebruik. De workshop is hier specifiek voor opgebouwd.  
Locatie: Nunspeet  
Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49, e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

12 februari 2008      NSPOH: **Hart en werk**  
Fris uw kennis op en leer op verantwoorde wijze omgaan met werknemers na een hartincident. Hoe pakt u dit aan, hoe objectiveert u dit en wanneer biedt u welke begeleiding. U krijgt inzicht in de nieuwe Richtlijn NVAB over "Ischaemische hartziekten".  
Locatie: Amsterdam  
Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49, e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

12 en 19 maart 2008      NSPOH: **Psychische belasting en belastbaarheid**  
Verbeter uw vertaling van geconstateerde kwetsbaarheden, bijvoorbeeld psychische stoornissen, naar belastbaarheid aan de hand van een zoekmodel.  
Locatie: Den Bosch  
Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49, e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

## Colofon

Tijdschrift voor Geneeskundig  
Adviseurs in particuliere  
Verzekeringszaken

### Redactie

Mw. G.A. van Beelen (penningmeester)  
Mw. N.W.M. van Cappellen-de Graaf  
S.J.H. Eggen  
W.G. Fontein  
J.J. Meulenkamp  
F.S.L. Schmidt  
M.L.A. Schotel (secretaris)  
K. de Wilde (hoofdredacteur)

### Redactieadres

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig Onderzoek  
p/a Busselterweg 13  
7973 KN Darp  
email: gavscoop@gavscoop.nl  
internet: <http://www.gavscoop.nl>

### Uitgave

Stichting tot Bevordering  
Verzekeringsgeneeskundig  
Onderzoek.

### Druk/Lay-out

Drukkerij Goudkuil, Beekbergen/  
HieroSign, grafisch servicebureau,  
Apeldoorn

### Abonnementen

G.A.V.-leden krijgen het Tijdschrift  
toegezonden. De abonnementsprijs  
voor niet-leden bedraagt € 45,- per  
jaar. Opgave bij de secretaris van de  
Stichting. Betalingen op rekening-  
nummer 17.44.060 t.n.v. SBVO  
Breukelen.

### Auteursrechten

Overnemen van artikelen of delen  
hiervan is slechts mogelijk met schriftelijke  
toestemming van de Stichting  
tot Bevordering Verzekeringsgeneeskundig  
Onderzoek onder vermelding van de bron.  
Aansprakelijkheid voor ingezonden  
artikelen ligt niet bij de redactie.

### ISSN

1387-6082

18 maart 2008

#### NSPOH: **Horen en gehoord worden**

Door deze dag krijgt u een volledig overzicht van de meest  
voorkomende ziektebeelden; de bijbehorende beperkingen  
maar vooral de bijbehorende mogelijkheden tot reïntegratie/  
participatie in het arbeidsproces van slechthorenden.

Locatie: Sint Michielsgestel

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49,  
e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

20 maart 2008

#### NSPOH: **Zien en gezien worden**

Verbeter uw beoordeling op het gebied van  
arbeids(on)geschiktheid, mogelijkheden voor reïntegratie en  
behoud van werk bij mensen met een visuele handicap.

Locatie: Ermelo

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49,  
e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

27 t/m 29  
maart 2008

#### ADF: **3rd Amsterdam Diabetes Forum**

Dit 3e forum staat in het teken van "Risk factors for  
cardiovascular disease in type 2 diabetes"

Locatie: Amsterdam RAI

Info: [www.marktwo.nl/diabetesforum](http://www.marktwo.nl/diabetesforum)

15 april 2008

#### NSPOH: **12 ambachten, 13 ongelukken: werken met ADHD**

ADHD-kinderen worden volwassen en wat dan? Herken de  
symptomen en voorkom langdurige arbeidsongeschiktheid.  
Deze module reikt handvatten aan.

Locatie: Den Bosch

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49,  
e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

15 april 2008

#### NSPOH: **Knie en Enkel**

Update uw anatomische en pathologische kennis en oefen  
uitgebreid lichamelijk onderzoek van de knie en enkel.  
Behandelvormen, prognoses en de gevolgen voor arbeid staan  
centraal.

Locatie: Amsterdam

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49,  
e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

23 april en  
24 mei 2008

#### NSPOH: **Training: activerende benadering in reïntegratie**

Een intensieve, uiterst praktische en inmiddels zeer  
gewaardeerde training in effectieve reïntegratie: let them do  
the sweating!

Locatie: Utrecht

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49,  
e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

28 mei, 4 en  
11 juni 2008

#### NSPOH: **Functioneren met angst of depressie**

Maak kennis met diagnostiek, behandeling en reïntegratie bij  
angst en depressie. Leer de consequenties inschatten van angst  
en depressie voor het functioneren.

Locatie: Den Bosch

Inlichtingen: [www.nspoh.nl](http://www.nspoh.nl), telefoon: (020) 566 49 49,  
e-mail: [info@nspoh.nl](mailto:info@nspoh.nl)

9 oktober 2008

Studiekring Noord voor Verzekerings- en bedrijfsartsen:

#### **Studiedag**

Info volgt.