

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2017-383
(mr. A.W.H. Vink, voorzitter, mr. dr. S.O.H. Bakkerus, J.H. Paulusma-de Waal RGA
(medisch lid) en mr. A. Westerveld, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 12 april 2016
Ingediend door : Consument
Tegen : AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 15 juni 2017
Aard uitspraak : Niet-bindend advies

Samenvatting

Verzekeraar heeft een arbeidsongeschiktheidsclaim wegens psychische klachten afgewezen omdat geen psychiatrische diagnose kon worden gesteld en geen uit een psychiatrische stoornis voortvloeiende beperkingen konden worden geduid. Verzekeraar heeft zich hierbij gebaseerd op de rapporten van twee psychiatrisch experts. Consument heeft tegenover deze rapporten twee stukken uit de curatieve sector gesteld. De Commissie, die van oordeel is dat van een Consument die de juistheid van de constateringen en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt, heeft geoordeeld dat de door Consument overgelegde stukken geen inhoudelijke argumenten bevatten op grond waarvan moet worden geconcludeerd dat de rapporten van de psychiatrisch experts terzijde moeten worden geschoven. De Commissie heeft de vordering afgewezen.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken:

- de namens Consument ingezonden klachtbrief met bijlagen;
- de namens Consument nagezonden stukken;
- de door Consument ondertekende medische machtigingsverklaring;
- het namens Verzekeraar ingezonden verweerschrift met bijlagen;
- de medische stukken van Verzekeraar, betrekking hebbend op Consument;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek met bijlage;
- de verklaring van Consument met haar keuze voor niet-bindend advies.

De Commissie stelt vast dat Consument heeft gekozen voor een niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet-bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 29 maart 2017 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Consument, geboren op [geboortedatum] 1976, heeft met ingang van 1 maart 2010 bij Verzekeraar een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. Verzekerd beroep: restauranthouder. Verzekerde werkzaamheden: administratief, leiding geven, commercieel, toezicht houden, adviseren 70%. Reizen, surveilleren, verkopen, onderwijzen 0%. Handenarbeid, chaufferen, rij-instrueren, sport-instrueren 30%. Dekking: “Variant 4 Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen”. Verzekerde bedragen: eerstejaarsrisico € 20.000,-, na-eerstejaarsrisico € 20.000,-. Ondergrens arbeidsongeschiktheid: 25%. Eindleeftijd: 65 jaar (1 februari 2041). Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden: nr. 1422 (tot 1 maart 2013). Per 1 maart 2013 zijn verzekeringsvoorwaarden nr. 1439 van toepassing verklaard.
- 2.2 Consument is vanaf [datum] 2012, na haar bevalling, arbeidsongeschikt geraakt vanwege fibromyalgie. Fibromyalgie is niet gedekt onder de verzekering. Verzekeraar heeft coulanchehalve uitgekeerd tot 31 mei 2012.
- 2.3 Op 10 december 2012 heeft Consument een “Aangifte van ongeval of ziekte” ingediend. Zij schreef dat zij van 18 oktober 2012 tot en met 6 november 2012 arbeidsongeschikt was wegens “rugklachten/spit”. Zij is daarna weer aan het werk gegaan en heeft zich niet ziek gemeld maar de klachten kwamen weer terug op 2 december 2012. Verzekeraar heeft orthopedische expertise laten verrichten. Uit het expertise-rapport volgde dat op orthopedisch gebied geen beperkingen zijn te duiden. Verzekeraar heeft de claim afgewezen.
- 2.4 Op 13 juli 2013 heeft Consument aangifte gedaan van ziekte wegens “concentratieproblemen/vergeetachtigheid”. Verzekeraar heeft psychiatrische expertise laten verrichten. De expert concludeerde dat er geen sprake is van een psychiatrische stoornis en dat er dus ook geen beperkingen zijn te duiden. Op verzoek van Consument is door Verzekeraar een second opinion aangevraagd bij een andere, in gezamenlijk overleg aangewezen psychiater. Deze heeft met instemming van Consument een neuropsychologisch onderzoek (NPO) deel uit laten maken van de expertise. De psychiater rapporteerde dat geen psychiatrische diagnose is gesteld en dat er dan ook geen uit een psychiatrische stoornis voortkomende beperkingen zijn te duiden. Verzekeraar heeft de claim hierop afgewezen.
- 2.5 Verzekeringsvoorwaarden nr. 1422 bepalen voor zover relevant:
“Bijzondere voorwaarden Variant 4: Arbeidsongeschiktheid ten gevolge van Ongevallen en Ziektes inclusief Psychische Aandoeningen
1. Begripsomschrijving
1.1. Arbeidsongeschiktheid
1.1.1. Van Arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als er in directe relatie tot een ongeval of ziekte, medisch objectiveerbare stoornissen of psychische aandoeningen bestaan, waardoor verzekerde voor ten minste 25% niet in staat is tot het verrichten van de werkzaamheden verbonden aan het op het polisblad vermelde beroep, zoals dat voor deze beroepsbezigheden in de regel en redelijkerwijs kan worden verlangd. Aanpassing van werkzaamheden en werkomstandigheden alsmede taakverschuivingen binnen het eigen bedrijf worden daarbij betrokken. Er geldt als voorwaarde dat er sprake moet zijn van een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld.

1.1.2. Aegon stelt het bestaan van de in 1.1.1. bedoelde stoornissen vast aan de hand van rapportages van door Aegon aangewezen deskundigen.

2. Dekking

Naast de in de Algemene Voorwaarden omschreven dekking is de in deze Bijzondere Voorwaarden omschreven extra dekking van toepassing.

2.1. Insluitingen

Deze verzekering verleent verder dekking voor arbeidsongeschiktheid door: depressie, angst- en paniekstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, overspannenheid, overbelasting, overwerktheid, burn-out, surmenage, mits deze stoornissen of klachten medisch vast te stellen zijn.

(...)

3. Uitsluitingen

Deze verzekering verleent geen dekking voor: psychosomatische klachten, chronisch vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie, postviraal syndroom, post-commotioneel syndroom, chronisch pijnsyndroom en psychische aandoeningen die niet gediagnosticeerd zijn volgens DSM, behalve wanneer deze volgens 2.1. zijn ingesloten.”

In artikel 1.8 van het algemeen deel van verzekeringsvoorwaarden nr. 1422 wordt het begrip “Psychische aandoeningen” als volgt gedefinieerd:

“Aandoeningen die voldoen aan de volgende twee criteria: voor de aandoening kan geen lichamelijke oorzaak worden vastgesteld én de aandoening is vastgesteld volgens de meest recente versie van het classificatiesysteem van psychische aandoeningen van het DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Alle overige aandoeningen van psychische aard zijn geen psychische aandoening volgens deze definitie.”

2.6 Verzekeringsvoorwaarden nr. 1439 bepalen voor zover relevant:

“Stap 1: Is de arbeidsongeschiktheid verzekerd?

(...)

Variant Ongevallen en ziekten inclusief psychische ziekten

Welke oorzaken van arbeidsongeschiktheid zijn verzekerd?

U bent verzekerd als u arbeidsongeschikt wordt door een ongeval, een orgaandonatie, een lichamelijke ziekte of een psychische ziekte.

(...)

Psychische ziekten

Dit zijn ziektebeelden die vastgesteld en behandeld zijn door een psycholoog of een psychiater. Deze ziektebeelden uiten zich geestelijk. De ziektebeelden kunnen ook gepaard gaan met lichamelijke kenmerken.

(...)

Stap 3: Bent u arbeidsongeschikt en in welke mate?

U heeft recht op een uitkering als u arbeidsongeschikt bent voor uw eigen beroepswerkzaamheden. Hierbij geldt als voorwaarde dat u ten minste 25% uw beroepswerkzaamheden niet meer kunt doen. Dit heet de uitkeringsdrempel. Uw uitkeringsdrempel staat op uw polisblad. (...)

De arbeidsongeschiktheid waardoor u uw eigen beroepswerkzaamheden niet kunt doen moet rechtstreeks verband houden met het ongeval of de ziekte.

Wie stelt vast dat u arbeidsongeschikt bent en wat u niet meer kunt?

Wij wijzen hiervoor onafhankelijke deskundigen aan. Dit kunnen artsen, arbeidsdeskundigen of andere deskundigen zijn. Wij vertellen u vooraf welke deskundigen worden ingeschakeld en wat zij zullen onderzoeken.
(...)”

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

3.1 Consument vordert dat Verzekeraar dekking verleent voor de geclaimde arbeidsongeschiktheid en tot uitkering onder de verzekering overgaat.

Grondslagen en argumenten daarvoor

3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekort geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.

- Consument heeft een aantoonbare psychische ziekte die leidt tot beperkingen en waarvoor dekking onder de verzekering bestaat.
- Uit de door de tweede psychiater verrichte second opinion met NPO is naar voren gekomen dat Consument lijdt aan een stoornis. De psychiater achtte aanwijzingen voor onderpresteren en aggraveren aanwezig en was van mening dat de onderzoeksbevindingen daarom als onbetrouwbaar moeten worden aangemerkt. Consument kan zich met die conclusie niet verenigen. De testresultaten zijn weliswaar inderdaad onbetrouwbaar maar dat komt doordat Consument de Nederlandse taal nauwelijks machtig is en zij de tests dan ook niet goed heeft begrepen. Zij is bij het uitvoeren van de tests bovendien geholpen door de onderzoeker. Dit zal ook invloed op de uitslag hebben gehad. De tests hadden moeten worden afgenomen in de moedertaal van Consument.
- Consument heeft zeer afwijkend gepresteerd op de tests. Een dergelijke afwijkende prestatie past volgens de expertiserend psychiater alleen bij ernstige stoornissen. Hij komt echter, zonder verdere onderbouwing, tot de conclusie dat van een ernstige stoornis geen sprake is. Verzekeraar heeft deze conclusie ten onrechte zonder meer gevolgd.
- De behandelend psycholoog heeft een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) vastgesteld die ook de onderliggende oorzaak was voor eerdere depressies en daarmee samenhangende problemen in het gezin. Dit is een psychische ziekte in de zin van de verzekering.
- Consument ondervindt voorts nog steeds beperkingen als gevolg van haar rugklachten. Een nader onderzoek acht zij op haar plaats.

Verweer Verzekeraar

3.3 Verzekeraar heeft, kort en zakelijk weergegeven, de volgende verweren gevoerd:

- Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake als de psychische klachten als een psychische ziekte zijn te kwalificeren. Bij Consument is geen sprake van een (afdoende vastgestelde) psychische ziekte. Aan de criteria voor PTSS is niet voldaan.
- In zijn dupliek heeft Verzekeraar met betrekking tot de rugklachten van Consument een second opinion aangeboden.

Deze zou verricht moeten worden door een in onderling overleg te bepalen orthopeed. Bij het onderzoek zou dan centraal moeten staan de vraag of als gevolg van de rugklachten objectief medisch vast te stellen beperkingen bestaan.

4. Beoordeling

- 4.1 Ter zitting is door de Commissie vastgesteld dat het aan partijen is om te beslissen over een eventuele second opinion ten aanzien van de rugklachten.
- 4.2 Het gaat in deze zaak om de vraag of Consument recht heeft op een uitkering onder de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor psychische klachten. De Commissie beantwoordt deze vraag ontkennend en overweegt dienaangaande het volgende.
- 4.3 Consument heeft op 13 juli 2013 een claim ingediend vanwege psychische klachten (concentratieproblemen, vergeetachtigheid). Vanaf 1 maart 2013 golden nieuwe verzekeringsvoorwaarden (nr. 1439). Op de claim van Consument zijn dus verzekeringsvoorwaarden nr. 1439 van toepassing. In die voorwaarden wordt bepaald dat arbeidsongeschiktheid door een psychische ziekte gedekt is. Psychische ziekten zijn volgens de voorwaarden ziektebeelden die zijn vastgesteld en behandeld door een psycholoog of een psychiater. Deze ziektebeelden dienen zich geestelijk te uiten, maar kunnen gepaard gaan met lichamelijke kenmerken.
- 4.4 Op grond van het medisch dossier neemt de Commissie als vaststaand aan dat Consument zich in juni 2013 voor het eerst bij een psycholoog heeft gemeld. Een screenend digitaal klachtgericht onderzoek genereerde een ernstige depressieve stoornis. Op basis van aanvullende informatie uit een nader telefonisch contact is deze diagnose bijgesteld naar matig depressief, waarbij concentratieproblemen en vergeetachtigheid op de voorgrond stonden. Consument werd hierdoor belemmerd in haar werk als zelfstandig horecaondernemer en in het huishouden. In augustus 2013 volgde cognitieve gedragstherapie bij een andere psycholoog. Het resultaat is niet eenduidig; de ene psycholoog spreekt van een succesvolle behandeling, de andere psycholoog van een verergering van de klachten. Eind november 2013 heeft het eerste psychiatrische onderzoek plaatsgevonden. De expertiserend psychiater, die gegevens van de behandelend psycholoog in haar overwegingen heeft betrokken, gaf aan dat zij de geobserveerde cognitieve beperkingen van Consument niet kon verklaren vanuit een psychiatrisch ziektebeeld. Een psychiatrische diagnose kon niet worden gesteld en beperkingen zijn dan ook niet geduid. Verzekeraar heeft de claim daarop afgewezen. In september 2015 is een tweede psychiatrische expertise verricht. Deze psychiater heeft eveneens de gegevens van de behandelend psycholoog in zijn overwegingen betrokken. Consument maakte toen melding van aanzienlijke cognitieve klachten en beperkingen. Omdat de tweede psychiater deze bij zijn onderzoek niet waarnam en niet kon objectiveren is in oktober 2015 een NPO verricht. Dit onderzoek gaf aanwijzingen voor onderpresteren en aggraveren gezien de uitslagen van de symptoomvaliditeitstesten. Aan de testresultaten konden derhalve geen conclusies worden verbonden. De klachten van Consument konden ook toen niet worden verklaard vanuit een psychiatrisch ziektebeeld. De psychiater kon evenmin op andere gronden cognitieve beperkingen duiden. Verder verwierp hij gemotiveerd – hij heeft getoetst op de aanwezigheid van de criteria voor PTSS en deze niet aangetroffen - de diagnose aangaande PTSS. In juli 2016 wendde Consument zich wederom tot een telepsycholoog.

Op basis van schriftelijke testdiagnostiek en een telefonisch screenend gesprek werd nu ten minste een PTSS aanwezig geacht. Consument werd doorverwezen naar de GGZ. De GGZ gaf, op basis van de aanmeldingsklachten de diagnose 'posttraumatische stress-stoornis met verlaat begin' weer in haar berichtgeving. Onderzoeksbevindingen stonden hierin niet vermeld.

- 4.5 De Commissie stelt vast dat Verzekeraar twee psychiatrische expertises heeft laten verrichten. De expertise-rapporten leiden allebei tot de conclusie dat de klachten van Consument niet kunnen worden verklaard vanuit een psychiatrisch ziektebeeld. De Commissie is van oordeel dat beide rapporten op een zorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen, dat de conclusies deugdelijk zijn onderbouwd en voortvloeien uit de door de psychiaters in hun rapporten vermelde gegevens. Van een consument die de juistheid van de constatering en conclusies in een deskundigenrapport bestrijdt mag worden verlangd dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt. Consument heeft in dit geval tegenover de rapporten van de twee expertiserend psychiaters twee stukken uit de curatieve sector gesteld; een rapport van een telepsycholoog en een e-mailbericht van een klinisch psycholoog/psychotherapeut. Deze stukken bevatten geen inhoudelijke argumenten op grond waarvan moet worden geconcludeerd dat de rapportages van de twee psychiaters, waarin zoals hierboven onder 4.4 overwogen de gegevens van de behandelend psychologen zijn meegewogen, terzijde moeten worden geschoven. Deze stukken bevatten evenmin een onderbouwing voor de aangenomen diagnose PTSS, anders dan de door Consument zelf gerapporteerde klachten.
- 4.6 De Commissie merkt nog op dat nu zowel de tweede psychiater als Consument zelf de uitslagen van het NPO – zij het om verschillende redenen – als onbetrouwbaar hebben bestempeld, aan deze uitslagen geen conclusies kunnen worden verbonden.
- 4.7 De slotsom is dat op basis van hetgeen Consument daartoe heeft aangevoerd geen goede gronden bestaan te twijfelen aan de juistheid van de constatering en conclusies in de rapporten van de twee expertiserend psychiaters. Onder die omstandigheden moet ervan worden uitgegaan dat Verzekeraar terecht en op goede gronden heeft kunnen aannemen dat geen sprake was van arbeidsongeschiktheid als gevolg van een psychische ziekte in de zin van de polisvoorwaarden, zodat niet is komen vast te staan dat Verzekeraar toerekenbaar is tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen uit de verzekeringsovereenkomst door geen uitkering onder de verzekering te verstrekken. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

De uitspraak heeft de vorm van een niet-bindend advies. Tegen deze uitspraak staat geen hoger beroep open bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. U kunt de zaak nog wel aan de rechter voorleggen.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 46 van het Reglement.