Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2022-0081
(mr. R.J. Verschoof, voorzitter, mr. A. Boer, drs. M.L.A. Schotel, arts RGA, leden en mr. E.C. van Roosmalen-Aarts, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 29 april 2021
Ingediend door	: De consument
Tegen	: Achmea Schadeverzekeringen N.V., h.od.n. Centraal Beheer, gevestigd te Apeldoorn, verder te noemen de verzekeraar
Datum uitspraak	: 9 februari 2022
Aard uitspraak	: Bindend advies
Uitkomst	: Vordering afgewezen

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. De consument heeft een beroep gedaan op zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering. De verzekeraar heeft aanvankelijk uitkering verstrekt maar heeft de uitkering afgebouwd en stopgezet nadat de consument door twee psychiaters is onderzocht die beide tot de conclusie kwamen dat er geen beperkingen konden worden vastgesteld. De commissie oordeelt dat op basis van wat de consument heeft aangevoerd er geen goede gronden bestaan om te twijfelen aan de juistheid van de constateringen en de conclusies van de geraadpleegde psychiaters. Op grond van beide expertiseonderzoeken is er geen sprake van op te leggen medische beperkingen voortkomend uit een psychiatrische stoornis zodat er (ook) geen sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden. De verzekeraar heeft de uitkering daarom mogen beëindigen. De vordering van de consument wordt afgewezen.

1. De procedure

1.1 De commissie beslist op basis van haar reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument; 5) de aanvulling op de repliek van de consument en 6) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 29 november 2021. Partijen zijn aldaar verschenen.

1.3 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor ondernemers (verder te noemen: 'de verzekering') bij de verzekeraar. Het criterium voor arbeidsongeschiktheid is passende arbeid en er wordt uitgekeerd vanaf 25% arbeidsongeschiktheid.

2.2 Op de verzekering zijn de 'Voorwaarden Arbeidsongeschiktheidsverzekering nummer: 43004' (verder te noemen: 'de voorwaarden') van toepassing. In de voorwaarden is – voor zover hier van belang – het volgende opgenomen:

"(…)

2.1 Wanneer bent u arbeidsongeschikt?

(…)

Bij passende arbeid:

Als u beperkt bent werk te doen dat past bij uw opleiding en ervaring.

- De oorzaak is ziekte of een ongeval.
- Er sprake is van een medisch objectiveerbare stoornis.

(…)"

2.3 In 2016 is de consument arbeidsongeschikt geworden en heeft hij een beroep gedaan op de verzekering. De verzekeraar heeft vanaf 29 september 2016 uitkeringen aan de consument verstrekt.

2.4 In 2017 heeft de verzekeraar een interventietraject bij 'Drive' aangeboden aan de consument. Omdat de klachten aanhielden heeft er in september 2019 een psychiatrische expertise plaatsgevonden.

2.5 Bij brief van 24 februari 2020 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat hij geen recht meer heeft op uitkering omdat er bij het onderzoek door de psychiater geen beperkingen zijn vastgesteld.

2.6 De consument heeft bezwaar gemaakt tegen het besluit van de verzekeraar. In onderling overleg heeft vervolgens een second opinion plaatsgevonden door een tweede psychiater.

2.7 Bij brief van 6 april 2021 heeft de verzekeraar aan de consument medegedeeld dat bij het onderzoek door de tweede psychiater opnieuw geen beperkingen zijn vastgesteld en hij daarom zijn standpunt handhaaft. De verzekeraar heeft de uitkering afgebouwd en per 10 mei 2020 beëindigd.

De klacht en vordering

2.8 De consument vordert uitkering onder de verzekering. Als onderbouwing van zijn vordering voert de consument de volgende argumenten aan:

- De uitkomst van de second opinion is niet beslissend omdat de uitkomst in het nadeel is van de consument. In de second opinion worden opnieuw geen beperkingen gesteld waardoor de consument geen recht heeft op een uitkering onder de verzekering.
- Het is niet correct dat enkel op basis van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (verder te noemen: 'DSM-5') *wordt bepaald of iemand arbeidsongeschikt is. De DSM-5 maakt het onmogelijk om een diagnose te stellen omdat zijn stoornis (complexe PTSS) daarin niet wordt genoemd. De DSM-5 is daarom niet geschikt. De consument wijst (als alternatief) op de International Classification of Diseases 11th Revision (verder te noemen: 'ICD-11') waarin complexe PTSS wel wordt erkend.*
- De psychiaters die door de verzekeraar zijn voorgesteld om de expertise onderzoeken te verrichten werken uitsluitend met de DSM-5. Deze methode is niet geschikt en de consument was daarom op voorhand kansloos.
  De verzekeraar is ten onrechte niet akkoord gegaan met de door de consument voorgestelde psychiater. De verzekeraar ging niet akkoord omdat deze psychiater alleen ervaring zou hebben met diagnostisch onderzoek en niet met het beoordelen van de belastbaarheid, maar de door de verzekeraar ingeschakelde psychiaters hebben helemaal niet gekeken naar de belastbaarheid.

Het verweer

2.9 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover van belang zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Inleiding

3.1 Heeft de consument recht op uitkering onder de verzekering? Voor de beantwoording van deze vraag dient te worden beoordeeld of sprake is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden van 25% of meer.

Is sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden?

3.2 Wat moet worden verstaan onder arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden staat in artikel 2.1 van de voorwaarden zoals hierboven onder 2.2 geciteerd.

3.3 De consument is in september 2019 onderzocht door een psychiater. De psychiater concludeert in zijn rapport van 1 oktober 2019 dat sprake is van een ongespecificeerde aanpassingsstoornis, maar dat er onvoldoende sprake is van functionele beperkingen voortkomend uit deze stoornis.

Omdat de consument zich niet kon verenigen met dit standpunt is in onderling overleg een second opinion uitgevoerd. In zijn rapport van 3 maart 2021 concludeert de tweede psychiater dat er bij psychiatrisch onderzoek geen relevante afwijkingen worden gevonden en dat er geen beperkingen zijn.

3.4 De verzekeraar heeft aangevoerd dat partijen met elkaar zijn overeengekomen dat de uitkomst van de second opinion beslissend is en dat partijen zich daarom aan de uitkomst van het onderzoek dienen te houden. De verzekeraar verwijst naar een brief van 15 april 2020 die door de consument voor akkoord is ondertekend. In deze brief staat – voor zover hier van belang – het volgende: *"De uitkomst van de second opinion is beslissend. Dat betekent dat u en wij ons houden aan de uitkomst van het onderzoek. Behalve als dat in uw nadeel is."* Volgens de verzekeraar is er geen nadeel voor de consument omdat de mate van arbeidsongeschiktheid bij de second opinion gelijk was aan die van de first opinion. De consument betwist dit en stelt dat de uitkomst van de second opinion niet beslissend is omdat de uitkomst (wel) in zijn nadeel is. In de second opinion worden opnieuw geen beperkingen gesteld waardoor hij geen recht heeft op een uitkering onder de verzekering.

3.5 Het gaat hier over de vraag hoe de bepalingen in een schriftelijk contract, in dit geval de brief van 15 april 2020, uitgelegd moeten worden. De commissie overweegt dat niet duidelijk is dat 'in uw nadeel' betekent 'nadeliger dan het vorige onderzoek'. De uitleg van de consument dat 'in uw nadeel' betekent 'voor u ongunstig' is ook verdedigbaar, zeker als de uitkomst is dat geen uitkering wordt verstrekt. Omdat de uitleg van de verzekeraar niet zonder meer door de consument zo begrepen hoefde te worden en niet is gesteld dat de consument op een andere manier is voorgelicht over de betekenis die de verzekeraar aan die woorden wilde geven, kan de verzekeraar de consument niet aan die betekenis houden. Daarom is de second opinion niet bindend. De commissie zal ingaan op de bezwaren van de consument ten aanzien van beide expertiseonderzoeken.

3.6 De consument heeft aangevoerd dat het niet correct is dat alleen op basis van de DSM-5 wordt bepaald of iemand arbeidsongeschikt is. Volgens de consument *maakt de DSM-5 het onmogelijk om een diagnose te stellen omdat zijn stoornis daarin niet wordt genoemd. De DSM-5 is daarom niet geschikt.* De commissie volgt de consument daarin niet. De DSM-5 is een classificatiesysteem waarin internationale afspraken zijn gemaakt over welke criteria van toepassing zijn op een bepaalde psychische stoornis op basis van wetenschappelijke inzichten. Hoewel de commissie tijdens de hoorzitting van de verzekeraar heeft begrepen dat de DSM-5 (ook) wordt toegepast als diagnosehandboek, heeft de verzekeraar nadrukkelijk aangevoerd dat de DSM-5 niet in de weg staat aan het stellen van een diagnose. De verzekeraar heeft toegelicht dat ook als een bepaalde stoornis niet wordt genoemd in de DSM-5, er toch een diagnose kan worden gesteld. De consument heeft daar te weinig tegenover gesteld.

Niet gebleken is dat het stellen van een diagnose wordt belemmerd door het gebruik van de DSM-5. Verder is de DSM-5 de standaard richtlijn binnen de Nederlandse psychiatrie, zodat gebruik daarvan in de rede ligt. De door de consument aangehaalde ICD-11 is overigens ten tijde van de klachtenprocedure niet van kracht in Nederland.

3.7 De consument heeft vervolgens aangevoerd dat de psychiaters die door de verzekeraar zijn voorgesteld om de expertise-onderzoeken te verrichten ten onrechte uitsluitend werken met de ongeschikte DSM-5. Omdat de stelling van de consument dat de DSM-5 niet geschikt is, niet opgaat, hoeft deze stelling niet meer te worden besproken.

3.8 Tot slot vindt de consument dat de verzekeraar ten onrechte niet akkoord is gegaan met inschakeling van de door hem voorgestelde psychiater. De verzekeraar heeft daarover aangevoerd dat deze psychiater geen ervaring heeft met de beoordeling van belastbaarheid en om die reden niet geschikt is als deskundige. Dat heeft de consument niet bestreden. Anders dan de consument stelt, hebben de ingeschakelde experts de belastbaarheid onderzocht. Dat blijkt uit hun rapportages. Dus het ontbreken van ervaring met de beoordeling van de belastbaarheid is wel van belang en een goede reden voor de verzekeraar om niet in te stemmen met de door de consument voorgestelde psychiater. De verzekeraar heeft de psychiater voorgesteld die de second opinion gaf. Met dat voorstel heeft de consument ingestemd, wat blijkt uit zijn medewerking aan het onderzoek. De consument heeft niet gesteld waarom van deze gezamenlijke instemming zou moeten worden afgeweken.

Conclusie

3.9 Op basis van wat de consument heeft aangevoerd bestaan er geen goede gronden om te twijfelen aan de juistheid van de constateringen en de conclusies van de geraadpleegde psychiaters. Beide psychiaters komen tot de conclusie dat er geen sprake is van op te leggen medische beperkingen voortkomend uit een psychiatrische stoornis. Omdat er geen sprake is van beperkingen voortkomend uit ziekte of een ongeval, is er (ook) geen sprake van arbeidsongeschiktheid in de zin van de voorwaarden. De verzekeraar heeft de uitkering daarom mogen beëindigen. De commissie wijst de vordering van de consument af.

4. De beslissing

De commissie wijst de vordering af.

Deze uitspraak is een bindend advies. Tegen deze uitspraak kunt u beroep instellen bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening als wordt voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Voor het instellen van beroep geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Het reglement van de commissie van beroep en meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen tot herstel van vergissingen in de uitspraak zoals schrijffouten, een verkeerde naam/datum of rekenfouten. De beslissing van de geschillencommissie in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Binnen een maand na de verzenddatum van de uitspraak kunt u een schriftelijk verzoek indienen om de uitspraak aan te vullen als u vindt dat de geschillencommissie niet heeft beslist over alle onderdelen van uw vordering. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de geschillencommissie in haar uitspraak niet uitdrukkelijk al uw argumenten, ter onderbouwing van uw vordering, heeft behandeld. Meer informatie hierover staat in artikel 40 van het reglement van de geschillencommissie, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.