Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-0835

(mr. dr. S.O.H. Bakkerus, voorzitter, mr. G.W.N.M. van Laarhoven MMO, mr. P.J. Neijt, leden en mr. T.A. Tang, secretaris)

Datum uitspraak	27 september 2024
Klacht van	De consument
Tegen	DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V., gevestigd te Amsterdam, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Gedeeltelijke beslissing over de behandelbaarheid en gedeeltelijk bindend advies
Uitkomst	Gedeeltelijk niet behandelbaar en gedeeltelijk vorderingen afgewezen
Bijlage	Relevante bepalingen uit het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022

Samenvatting

Rechtsbijstandverzekering. De zorgverzekeraar van de consument heeft een rechtsbijstandverzekering bij de verzekeraar afgesloten voor de consument. De consument heeft als verzekerde een beroep op de rechtsbijstandverzekering gedaan voor geschillen met diverse medische instanties. De verzekeraar heeft medisch advies ingewonnen bij zijn eigen medisch adviseur (intern medisch adviseur). Omdat de consument zich niet kon vinden in het advies van deze medisch adviseur, heeft de verzekeraar ook medisch advies ingewonnen bij een extern medisch adviseur. De consument klaagt over meerdere punten maar met name over de medische adviezen. De commissie oordeelt dat de klachten van de consument over de zorgverzekeraar en de extern medisch adviseur niet behandelbaar zijn. Anders dan de consument stelt, is het medisch advies van de extern medisch adviseur geen psychiatrisch rapport maar een medisch advies. De klachten over het mailen van medische informatie per gewone mail, het niet verstrekken van de analyse van de consument uit 2021 aan de extern medisch adviseur en de trage reactie van de verzekeraar in de interne klachtprocedure zijn weliswaar gegrond, maar hebben niet tot schade voor de consument geleid. De overige klachten van de consument over de verzekeraar zijn ongegrond en kunnen niet leiden tot toewijzing van de vorderingen van de consument. De vorderingen worden daarom afgewezen.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022 en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier en de klachtbrief van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 16 mei 2024. Op de hoorzitting was de consument aanwezig samen met haar partner, de heer [naam 1]. Namens de verzekeraar waren aanwezig: mr. [naam 2], advocaat, en mr. [naam 3], advocaat.

1.3 Partijen hebben gekozen voor een bindend advies.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument heeft een zorgverzekering afgesloten bij een zorgverzekeraar.

2.2 De zorgverzekeraar heeft voor zijn verzekerde personen en dus ook voor de consument bij de verzekeraar een rechtsbijstandverzekering afgesloten. In de voorwaarden van de rechtsbijstandverzekering staat voor zover relevant:

> *"(...)*
> ***Artikel 2 Verzekerde activiteiten***
> *Verzekerde hebben aanspraak op rechtsbijstand bij het verhalen van een door hen geleden schade op de daarvoor aansprakelijke (rechts)persoon. De te verhalen schade dient het gevolg te zijn van foutief medisch handelen binnen Nederland, zijnde een consult, behandeling, verrichting, verstrekking of voorziening, waarvan de kosten door verzekeringnemer krachtens de voorwaarden van een aanvullende en/of basiszorgverzekering zijn of worden vergoed.*
> *(...)*
> ***Artikel 6 Specifieke bepalingen***
> *(...)*
> *6.2 Verzekeringnemer zal eind van ieder jaar een opgave verstrekken van het totaal in dat jaar afgesloten aanvullende zorgverzekeringen waarop een rechtsbijstanddekking is inbegrepen. Dit aantal vormt de basis van de voor dat jaar verschuldigde jaarpremie.*

2.3 De consument heeft op 4 maart 2020 beroep op de rechtsbijstandverzekering gedaan voor haar geschillen met drie huisartsen, een ggz-instelling en een apotheek. In de brief van de verzekeraar van 17 maart 2020 staat voor zover relevant:

> *"(...)*
> *In aansluiting op ons telefoongesprek van vandaag bericht ik u als volgt.*
>
> *In deze brief kunt u teruglezen wat wij hebben besproken en informeer ik u over de dekking van uw zaak. Ook geef ik hieronder aan hoe ik uw zaak ga behandelen (het plan van aanpak).*
> *(...)*
> ***Juridisch kader aansprakelijkheid***
> *(...)*
>
> *De arts is niet aansprakelijk op grond van het enkele feit dat hij niet direct de juiste diagnose heeft gesteld of dat het beoogde resultaat niet is bereikt. De patiënt zal moeten stellen en bewijzen dat de arts verwijtbaar tekort is geschoten.*

Het is algemene jurisprudentie dat de toetsing van wat had mogen worden verwacht, gebeurt aan de hand van wat een ander "normaal" vakgenoot zou hebben gedaan. Daarbij dient ook nog rekening gehouden te worden met het verschil van inzicht dat bij beroepsgenoten kan bestaan over het kiezen voor een bepaalde koers. De keuze voor een andere behandeling maakt de behandelaar nog niet aansprakelijk, mits de keuze op redelijk inzicht en redelijke vakkennis steunt.

Concreet betekent het bovenstaande dat bewezen zal moeten worden dat er niet is gehandeld zoals een "normaal" vakgenoot zou hebben gedaan.

Plan van aanpak
Allereerst zullen we de medische informatie gaan verzamelen. Deze zal worden beoordeeld door mijn medisch adviseur. Indien deze tot het oordeel komt dat er sprake is geweest van medisch verwijtbaar handelen, zullen we de betreffende huisarts aansprakelijk stellen. Op dat moment zal de verzekeraar van de arts ook de medische gegevens verzamelen en beoordelen. Daarna laten zij ons weten of zij ook van mening zijn dat er medisch verwijtbaar is gehandeld. Als de aansprakelijkheid erkend wordt, volgt het inventariseren van de geleden schade.

Benodigde gegevens
Mijn medisch adviseur dient verder in het bezit te komen van het volledige medisch dossier om te kunnen beoordelen of er sprake is geweest van verwijtbaar handelen. U gaf aan zelf in het bezit te zijn van uw dossier. Graag zie ik dat dan ook tegemoet.
(...)"

2.4 De verzekeraar heeft op 15 oktober 2020 medisch advies ingewonnen bij een medisch adviseur die bij hem in loondienst is (hierna: intern medisch adviseur). Omdat de consument zich niet kon vinden in het medisch advies van de intern medisch adviseur, heeft de verzekeraar voorgesteld om medisch advies in te winnen bij een extern medisch advies-bureau. De consument heeft hiermee ingestemd en bij e-mail van 16 december 2021 heeft de verzekeraar een medisch adviesbureau (hierna: het medisch adviesbureau) gevraagd om een medisch advies te geven. Bij e-mail van 17 december 2021 aan de verzekeraar bevestigt het medisch adviesbureau de ontvangst van de adviesaanvraag. Daarnaast laat het medisch adviesbureau de verzekeraar weten dat het dossier voor advies is voorgelegd aan hun medisch adviseur.

2.5 Op 23 mei 2022 heeft de extern medisch adviseur, die als psychiater aan het medisch adviesbureau verbonden is, een medisch advies uitgebracht.

2.6 De verzekeraar heeft het medisch advies van de extern medisch adviseur op 13 juli 2022 per aangetekende e-mail aan de consument gestuurd. In de e-mail staat voor zover relevant:

> *"(...)*
> *Op basis hiervan moet ik jou informeren dat het advies aanknopingspunten geeft voor onzorgvuldig handelen, maar dat ik tot mijn spijt niet aannemelijk kan maken dat jij daardoor schade hebt geleden. Om die reden moet ik concluderen dat er civielrechtelijk geen redelijke kans op succes bestaat om te komen tot het verhalen van schade.*
> *(...)*
> *Ik kan mij voorstellen dat je even de tijd nodig hebt om het medisch advies door te nemen. Jouw reactie wacht ik af en zal ik vervolgens overleggen met de medisch adviseur.*
> *(...)"*

2.7 De consument heeft de verzekeraar laten weten dat zij zich niet kan vinden in het medisch advies van de extern medisch adviseur. Partijen hebben onderling hun standpunten uitgewisseld, maar zij zijn niet nader tot elkaar gekomen. De consument heeft vervolgens een klacht bij Kifid ingediend.

De klacht en vordering

2.8 De verzekeraar heeft het rapport van de extern medisch adviseur klakkeloos en zonder bestudering gevolgd. Dit rapport is geen medisch advies maar een psychiatrisch rapport. De verzekeraar heeft dit psychiatrisch rapport laten opmaken zonder toestemming en medeweten van de consument. Het psychiatrisch rapport is dus illegaal en houdt geen stand want elke vorm van opmaak door een psychiater is gebonden aan wetten en richtlijnen binnen de psychiatrie. De consument verwijst hierbij naar het Psychiatrisch profiel van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters 2005. Op verzoek van de consument heeft de verzekeraar haar drie e-mails toegestuurd wat alle communicatie tussen de verzekeraar en het medisch adviesbureau blijkt te zijn. De consument vindt dit opmerkelijk want dit betekent dat het medisch adviesbureau carte blanche van de verzekeraar heeft gekregen. Uit de e-mail van het medisch adviesbureau van 17 december 2021 valt op te maken dat er toen al een medisch adviseur is gekozen zonder de consument daarover te informeren. Verder verwijt de consument de verzekeraar dat hij medische informatie per gewone e-mail naar haar heeft gestuurd. Er is sprake van misleiding, valsheid in geschrifte, smaad en onrechtmatige daad. Daarnaast is de privacy van de consument ernstig geschonden en hanteert de verzekeraar oneerlijke handelspraktijken.

2.9 De consument voert in haar repliek nog aan dat zij niet bekend was met het feit dat de intern medisch adviseur de eigen medisch adviseur van de verzekeraar is. De intern medisch adviseur heeft onderzoek gedaan naar de consument en niet naar het door de verzekeraar zelf opgestelde plan voor een landelijk representatief onderzoek naar huisartsen, GGZ en apotheken waaruit de data zou aangeven of de zorgverleners in deze zaak verwijtbaar hebben gehandeld.

2.10 Al in haar e-mail van 14 september 2022 heeft de consument vernietiging van de voorwaarden van de rechtsbijstandverzekering ingeroepen omdat zij die voorwaarden niet heeft ontvangen.

2.11 De consument klaagt ook over de interne klachtprocedure bij de verzekeraar. Nadat zij haar klacht bij de verzekeraar had ingediend, kreeg zij pas drie maanden later een reactie van de verzekeraar.

2.12 De consument vindt dat haar onrecht is aangedaan en in de strijd tegen het onrecht van de verzekeraar is de medische situatie van de consument ernstig verergerd. De consument heeft sinds een jaar structureel hoge bloeddruk waar zij eerder nooit last van heeft gehad. Het [ziekenhuis] heeft in 2023 geconstateerd dat de consument schade heeft. De schade bedraagt € 671.425,59, afgerond een bedrag van € 672.000,-. De consument wenst deze op de verzekeraar te verhalen. Bij toewijzing van de vordering vordert de consument ook dat de verzekeraar haar volledige letselschadedossier vernietigt, indien zij daartoe verzoekt nadat het toegewezen schadebedrag is voldaan. De verzekeraar dient hiervan ook bewijs te overleggen op straffe van een dwangsom van € 500,- per dag na de datum van het verzoek tot vernietiging en bij weigering dient de verzekeraar na 30 dagen een boete van € 1.000,- per dag te betalen.

Het verweer

De verzekeraar voert verweer tegen de stellingen va n de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Behandelbaarheid van de klacht

3.1 De commissie leidt uit het klachtdossier af dat de consument onder meer klaagt over de zorgverzekeraar en de extern medisch adviseur. De extern medisch adviseur is echter geen financiële dienstverlener en dus kan over hem niet bij Kifid worden geklaagd. Hoewel de zorgverzekeraar wel een financiële dienstverlener is, is Kifid niet bevoegd om klachten over de zorgverzekeraar te behandelen. De zorgverzekeraar is namelijk niet bij Kifid aangesloten. De commissie kan daarom alleen de klacht over de verzekeraar behandelen.

Inhoudelijke beoordeling

3.2 De commissie merkt op dat de klacht van de consument heeft geleid tot een omvangrijk dossier. De consument heeft veel feiten en omstandigheden genoemd die, zo begrijpt de commissie, voor haar belangrijk zijn. De commissie heeft hiervan kennisgenomen.

Voor de juridische beoordeling zal de commissie zich echter beperken tot de kern van de klacht die bestaat uit de vraag of de verzekeraar in de uitvoering van de door de consument gevraagde rechtsbijstand toerekenbaar is tekortgeschoten en, als dat zo is, of de verzekeraar de door de consument opgevoerde schade moet vergoeden. De commissie zal de vordering van de consument niet toewijzen. Zij legt hierna uit waarom.

Het medisch advies dat de verzekeraar bij de extern medisch adviseur heeft ingewonnen is een medisch advies

3.3 Het staat vast dat de verzekeraar en de consument tijdens de telefoongesprekken in november 2021 hebben gesproken over het inwinnen van een tweede medisch advies bij het medisch adviesbureau en dat de consument medische gegevens aan de verzekeraar heeft verstrekt voor het inwinnen van dat tweede medisch advies. De consument verwijt de verzekeraar dat hij tijdens die telefoongesprekken niet heeft gesproken over welke medisch adviseur van het medisch adviesbureau het tweede medisch advies zou uitbrengen. Volgens de consument is zonder haar toestemming een psychiatrisch rapport opgemaakt door de extern medisch adviseur die psychiater is. De verzekeraar betwist dat er een psychiatrisch rapport is opgemaakt.

3.4 De commissie leidt uit de opdracht van de verzekeraar aan het medisch adviesbureau van 16 december 2021 af dat de verzekeraar heeft verzocht om medisch advies over de vraag of de huisartsen, de GGZ-instelling en de apotheek buiten de professionele standaard hebben gehandeld. Het medisch advies van de extern medisch adviseur ziet op het handelen van deze instanties op basis van de aanwezige (medische) gegevens. Niet is gebleken dat de extern medisch adviseur de consument psychiatrisch heeft onderzocht noch dat het tweede medisch advies een psychiatrische rapportage over de consument is. Uit het feit dat het tweede medisch advies is opgesteld door een psychiater volgt nog niet dat zijn medisch advies een psychiatrisch rapport is. De commissie kan de consument daarom niet volgen in haar standpunt dat er sprake is van een illegaal psychiatrisch rapport dat zonder haar toestemming is opgemaakt. Van misleiding, onrechtmatige daad of oneerlijke handels-praktijken is dan ook niet gebleken.

3.5 De commissie volgt de consument evenmin in haar verwijt dat de verzekeraar haar in de telefoongesprekken in november 2021 niet heeft meegedeeld welke medisch adviseur van het medisch adviesbureau het tweede medisch advies zou uitbrengen. De opdracht aan het medisch adviesbureau is immers pas daarna verstrekt. Daarnaast blijkt niet uit het klacht-dossier dat de verzekeraar invloed heeft gehad op wie het medisch adviesbureau uitkiest voor het uitbrengen van het medisch advies. Uit de e-mail van 17 december 2021 kan niet zonder meer worden afgeleid dat er al een medisch adviseur is gekozen.

De extern medisch adviseur beschikte niet over alle (medische) informatie

3.6 De consument verwijt de verzekeraar verder dat hij heeft verzuimd om haar analyse uit 2021, met nog meer bewijzen dan in haar analyse uit 2020, aan de extern medisch adviseur te verstrekken. De verzekeraar heeft dit punt niet weersproken.

Uit de e-mail van de verzekeraar van 13 juli 2022 is op te maken dat de verzekeraar de reactie van de consument op het tweede medisch advies nog kan voorleggen aan de extern medisch adviseur. Uit het klachtdossier blijkt niet dat de reactie van de consument nog is voorgelegd aan de extern medisch adviseur.

In de gevoerde correspondentie heeft de consument kunnen lezen dat de intern medisch adviseur in dienst is bij de verzekeraar en geen landelijk representatief onderzoek zou uitvoeren

3.7 De consument klaagt ook over het medisch advies dat de verzekeraar bij de intern medisch adviseur heeft ingewonnen. Anders dan de consument stelt, heeft zij uit de brief van de verzekeraar van 17 maart 2020 kunnen en moeten afleiden dat de intern medisch adviseur de eigen medisch adviseur van de verzekeraar is. In die brief heeft de verzekeraar de behandeling van de zaak uiteengezet en de consument bericht dat hij medisch advies zal inwinnen bij de intern medisch adviseur. In dat kader heeft hij de consument verzocht om haar volledige medische dossier te verstrekken. Uit deze brief kan echter niet worden afgeleid dat de verzekeraar heeft toegezegd dat er een landelijk representatief onderzoek zal worden uitgevoerd naar huisartsen, GGZ en apotheken in Nederland. De toets of een huisarts heeft gehandeld als een redelijk handelend en redelijk bekwaam vakgenoot, houdt niet in dat een landelijk representatief onderzoek wordt uitgevoerd waaruit de data zou aangeven of de zorgverleners van de consument verwijtbaar hebben gehandeld.

De voorwaarden van de rechtsbijstandverzekering zijn van toepassing

3.8 De consument roept de vernietiging van de voorwaarden in omdat de voorwaarden niet aan haar zijn verstrekt. De commissie volgt haar daar niet. De rechtsbijstandverzekering is niet door de consument maar door de zorgverzekeraar afgesloten. Tegen deze achtergrond valt niet in te zien waarom er voor de verzekeraar een verplichting bestond om de voorwaarden zonder meer aan de consument te verstrekken. Voor zover het voor de consument niet duidelijk was welke voorwaarden van toepassing zouden zijn, lag het op haar weg om hier bij de verzekeraar of de zorgverzekeraar naar te informeren.

De privacy van de consument is niet geschonden

3.9 De verzekeraar erkent dat hij één medisch advies per gewone e-mail naar de consument heeft verstuurd. De verzekeraar betreurt dat dit is gebeurd en heeft hiervoor zijn excuses aan de consument aangeboden. De commissie oordeelt dat de verzekeraar op dit punt dus is tekortgeschoten in haar verplichtingen jegens de consument. Maar deze tekortkoming heeft niet tot schade geleid omdat de e-mail naar de consument en niet (ook) naar derden is gestuurd. Er is dan ook geen sprake van schending van de privacy van de consument.

De verzekeraar heeft laat gereageerd op de klacht van de consument

3.10 Uit het klachtdossier blijkt dat de verzekeraar op 17 januari 2023 heeft gereageerd op de klacht die de consument op 26 oktober 2022 had ingediend. In de brief van 17 januari 2023 erkent de verzekeraar dat de consument te lang op zijn reactie heeft moeten wachten en ook daarvoor heeft hij zijn excuses aangeboden. Dit betekent dat ook op dit punt de klacht van de consument gegrond is maar om schadevergoeding toe te kennen moet de consument door de tekortkoming van de verzekeraar daadwerkelijk schade hebben geleden. Niet is gebleken dat de trage reactie van de verzekeraar de consument in een nadeliger positie heeft gebracht. Voor zover de consument aangeeft gezondheidsproblemen te hebben ontwikkeld of dat haar letselschade hierdoor is verergerd, is de commissie van oordeel dat niet is gebleken of aangetoond dat dit het gevolg is van de trage reactie van de verzekeraar. De consument heeft niet aangetoond dat er een causaal verband is tussen de trage reactie van de verzekeraar en het (gestelde) lichamelijke letsel van de consument.

Conclusie

3.11 Het eindoordeel luidt dat de klachten van de consument over de zorgverzekeraar en de extern medisch adviseur niet behandelbaar zijn. De klacht over het mailen van medische informatie per gewone mail is gegrond maar van schade is geen sprake omdat die informatie niet bij derden terecht is gekomen. De klacht over het niet verstrekken van de analyse van de consument uit 2021 aan de extern medisch adviseur is eveneens gegrond maar leidt niet tot toewijzing van de vordering omdat de consument nog de mogelijkheid heeft om te reageren op het tweede medisch advies. Ook de klacht over de trage reactie van de verzekeraar is gegrond maar niet is gebleken dat de traagheid heeft geleid tot (letsel)schade bij de consument. De overige klachten van de consument over de verzekeraar zijn ongegrond en kunnen niet leiden tot toewijzing van de vorderingen van de consument.

3.12 Gelet op het voorgaande zal de commissie de vorderingen van de consument afwijzen. Alle overige door partijen ingebrachte stellingen en argumenten kunnen niet tot een ander oordeel leiden en zullen dus onbesproken blijven.

4. De beslissing

De commissie beslist dat de klacht van de consument over de zorgverzekeraar en de extern medisch adviseur niet behandelbaar is. Voor het overige wijst de commissie de vorderingen af.

Deze uitspraak is gedeeltelijk een beslissing over behandelbaarheid en gedeeltelijk een bindend advies. Tegen de beslissing over de behandelbaarheid kunt u geen beroep instellen. Of u tegen het bindend advies beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 april 2024, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl

Bijlage - Relevante bepalingen uit het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 april 2022

4. Tegen welke financiële dienstverleners kunt u als consument een klacht indienen?

1. U kunt een klacht indienen tegen een financiële dienstverlener die is aangesloten bij Kifid. Of die tot 3 jaar geleden was aangesloten bij Kifid. In dat laatste geval moet uw klacht wel gaan over iets wat gebeurde toen de financiële dienstverlener nog was aangesloten bij Kifid. In het Dienstverlenersregister op de website van Kifid staat welke financiële dienstverleners aangesloten zijn en zijn geweest bij Kifid.
2. Is de financiële dienstverlener waartegen u een klacht wilt indienen niet aangesloten bij Kifid? Dan kunt u alleen een klacht tegen deze financiële dienstverlener indienen als deze partij een verklaring ondertekent dat Kifid de klacht mag beoordelen en dat hij de kosten van de klachtbehandeling door Kifid betaalt.