Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2016-022
(Prof. mr. M.L. Hendrikse, voorzitter, mr. A.M.T. Wigger en drs. J.H. Paulusma - de Waal, leden en mr. G.A. van de Watering, secretaris)

Klacht ontvangen op	: 3 maart 2015
Ingesteld door	: Consument.
Tegen	: AEGON Schadeverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen Verzekeraar.
Datum uitspraak	: 12 januari 2016
Aard uitspraak	: bindend advies

Samenvatting

Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Mate van arbeidsongeschiktheid. Verzekeraar kon op basis van de verrichte medische expertise terecht aannemen dat geen sprake meer is van arbeidsongeschiktheid in de zin van de algemene voorwaarden van deze verzekering omdat de door Consument ervaren klachten medisch gezien niet konden worden geobjectiveerd. De klacht van Consument dat geen sprake zou zijn van betrouwbare onderzoeksresultaten wordt verworpen. Dat geldt ook voor de klacht van Consument dat verzekeraar er alles aan zou hebben gedaan om de schadebehandeling te vertragen dan wel te saboteren.

1. Procesverloop

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

- de klachtbrief met bijlagen van Consument zoals op 3 maart 2015 ontvangen;
- het verweerschrift van Verzekeraar van 20 april 2015.

De Commissie stelt vast dat partijen haar advies als bindend zullen aanvaarden.

Partijen zijn opgeroepen voor een mondelinge behandeling op 11 september 2015 te Den Haag en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

Bij de beoordeling van de klacht gaat de Commissie uit van de volgende feiten.
In 2008 wordt Consument arbeidsongeschikt in verband met een levensbedreigende ziekte. waarvoor hij onder andere chemotherapie ondergaat. Na meerdere operatieve behandelingen ondervindt Consument aanhoudende klachten van onder andere moeheid, concentratieproblemen en spierpijnen. In maart 2009 hervat Consument zijn werkzaamheden voor 50%. In de daarop volgende jaren blijven de klachten ongewijzigd.

In 2012 wordt op verzoek van Verzekeraar een expertise-onderzoek verricht door een verzekeringsarts. Het onderzoek neemt ruim twee uur in beslag.

Blijkens het daarvan opgemaakte 8 pagina's tellende verslag, begint het door Consument geschetste dagverhaal om 7.00 uur met opstaan, douchen en ontbijten met de jongste dochter. Om 7.45 gaat Consument 10 minuten zitten met de ogen dicht en brengt vervolgens de dochter op de fiets naar school (10 minuten). Na terugkomst volgen koffie drinken en nieuwskijken. Vervolgens gaat Consument rond 9.00 uur aan het werk tot 12.00-12.30 uur. Daarna laat Consument een kwartiertje de honden uit. Daarna eten en een ½ tot 1 uur slapen. Vervolgens een uur werken en daarna de dochter weer van school halen. Daarna weer een half uur slapen. Vervolgens werkt Consument zijn mail door en gaat naar buiten de beesten (kippen en pony) verzorgen. Daarna worden de honden weer uitgelaten en volgt wat huishoudelijk werk in de vorm van opruimen, stofzuigen en het eten koken. Na het eten, rond 19.00 uur gaat Consument een uur slapen. Vervolgens een boek, krant of tijdschrift lezen of t.v. kijken. Rond 23.00 uur gaat Consument slapen. Tijdens het onderzoek stelt de verzekeringsarts vast dat Consument tijdens het onderzoek niet vermoeid oogt, ook niet aan het eind daarvan en acht de verzekeringsarts het aannemelijk dat Consument belemmerd wordt door zijn moeheidsklachten, waardoor deze 3 maal per dag een ½ tot 1 uur slaapt. Hij sluit echter niet uit dat bij deze slaapbehoefte gewenning en gewoontevorming een rol speelt.

In 2013 ondergaat Consument op eigen initiatief specialistisch onderzoek om spierziekten en chronische Q-koorts uit te sluiten. Aanwijzingen hiervoor worden niet tot nauwelijks gevonden. Het Q-koorts-expertise-centrum constateert als onderhoudende factoren van de door Consument ervaren vermoeidheid een verstoord slaap-waakritme, problemen rond de activiteitenregulatie en activiteit belemmerende condities en verwijst Consument voor behandeling met cognitieve therapie naar het kenniscentrum chronische vermoeidheid. Na onderzoek adviseert dat kenniscentrum Consument individuele cognitieve gedragstherapie te volgen. Deze therapie wil het kenniscentrum pas starten als Consument een door hem en zijn huisarts ingezette behandeling tegen Q-koorts heeft afgerond. De prognose na gedragstherapie wordt door het kenniscentrum als positief ingeschat.

In november 2013 vindt op verzoek van Verzekeraar opnieuw een verzekeringsgeneeskundig onderzoek plaats waarbij de arts concludeert dat enige uitbreiding van de werkzaamheden tot 2 maal 3 uur achtereen concentreren mogelijk moet zijn met een totale tijdspanne tot 7 uur.

Op verzoek van Verzekeraar vindt hierna in november 2014 een neuropsychologische expertise plaats, waarbij uitgebreid testonderzoek wordt verricht. De cognitieve klachten van Consument en de daarmee in relatie staande beperkingen kunnen niet door de expertiserend neuropsycholoog worden geduid/geobjectiveerd. Aangegeven wordt wel dat cognitieve gedragstherapie in combinatie met inzicht gevende psychologische behandeling het herstel kan bevorderen. De verzekeringsgeneeskundige wordt vervolgens door Verzekeraar verzocht om een heroverweging van de door hem gedane beperkingen in relatie tot de bevindingen van de expertiserend neuropsycholoog. Deze laat Verzekeraar hierop weten dat bij het duiden van beperkingen er een samenhang moet zijn tussen klachten en de aangetoonde belemmeringen/stoornissen. Nu de expertiserend neuropsycholoog geen afwijkingen op cognitief terrein heeft gevonden, beschikt hij dan ook niet over argumenten om beperkingen te duiden. De door hem geduide fysieke beperkingen acht hij nog wel aanwezig evenals de noodzaak tot het inlassen van korte pauzes.

Desgevraagd laat de arbeidsdeskundige Verzekeraar in reactie hierop weten dat hij het percentage arbeidsongeschiktheid aan de zijde van Consument op basis van de aangegeven fysieke beperkingen en korte pauzes op minder dan 25% schat.

Consument heeft bij Verzekeraar in het verleden een arbeidsongeschiktheidsverzekering gesloten. Op deze verzekering zijn van toepassing de algemene voorwaarden 1387. Hierin is het volgende bepaald:

(…)
artikel 1.7. Arbeidsongeschiktheid
1.7.1 Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake, indien er in directe relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen 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.
(…)

Bij brief van 28 oktober 2014 wordt Consument, die tot op dat moment uit hoofde van bovengenoemde verzekering een uitkering ontvangt op basis van 50% arbeidsongeschiktheid, door Verzekeraar bericht dat zijn uitkering met ingang van 5 november 2014 wordt beëindigd. Na het doorlopen van de interne klachtprocedure bij Verzekeraar, die daarbij zijn eerder ingenomen standpunt heeft gehandhaafd, is het over dat standpunt dat Consument op 3 maart 2015 een klacht aan Kifid voorlegt.

3. Vordering, klacht en verweer

3.1. Vordering
Consument vordert dat Verzekeraar met terugwerkende kracht tot 5 november 2014 overgaat tot herstel van de uitkering uit hoofde van onderhavige arbeidsongeschiktheids-verzekering totdat een objectieve beoordeling heeft plaatsgevonden van de daadwerkelijke klachten van Consument. Laatstgenoemde vordert tevens dat Verzekeraar in het kader van dat laatste zijn medewerking verleent aan de totstandkoming van een onderzoek door een onafhankelijke medische instantie.

3.2. Grondslagen en argumenten daarvoor
Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit deze verzekeringsovereenkomst door de uitkering van Consument met ingang van 5 november 2014 te beëindigen. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan:

- Verzekeraar heeft op basis van een neuropsychologisch onderzoek, dat werd uitgevoerd door een door hem ingehuurde instantie die de schijn van belangenverstrengeling tegen zich heeft en bij welk onderzoek ten onrechte enkel de cognitieve prestaties van Consument zijn getest, eenzijdig en ongefundeerd geconcludeerd dat Consument niet meer arbeidsongeschikt zou zijn. De door Consument op dit onderzoek gegeven kritiek is bovendien genegeerd terwijl Verzekeraar nooit een onderzoek heeft ingesteld naar de al 4,5 jaar durende vermoeidheid- en chronische spierpijnklachten van Consument.
- Alles wat bekend is over de klachten van Consument en de onderzoeken die deze zelf over een langere periode heeft laten uitvoeren naar zijn klachten en waaruit sprak is van chronische vermoeidheid aan de zijde van Consument, worden door Verzekeraar of genegeerd of gebagatelliseerd.
- Verzekeraar heeft er alles aan gedaan om de afhandeling van deze kwestie te vertragen dan wel te saboteren en heeft aanvankelijk ook diverse rapportages achtergehouden;
- Verzekeraar eigent zich het recht toe om zonder feitelijke onderbouwing of onderzoek allerlei conclusies te trekken waaraan voor Consument verstrekkende consequenties zijn verbonden.

Verweer Verzekeraar

3.1 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

De Commissie ziet zich gesteld voor beantwoording van de vraag of Verzekeraar jegens Consument toerekenbaar te kort is geschoten uit hoofde van zijn verplichtingen uit hoofde van onderhavige verzekeringsovereenkomst door de uitkering ten behoeve van Consument per 5 november 2014 stop te zetten. De Commissie meent dat deze vraag in ontkennende zin moet worden beantwoord en overweegt daartoe als volgt.

Consument is in 2008 arbeidsongeschikt geworden wegens een ernstige levensbedreigende ziekte met een aanvankelijk slechte prognose. Na chemotherapie en meerdere operatieve behandelingen is Consument van deze ziekte genezen verklaard. Consument claimt thans nog gedeeltelijk arbeidsongeschikt te zijn wegens aanhoudende moeheid en spierpijnen waardoor Consument slechts een beperkt aantal uren per dag geconcentreerd zou kunnen werken en hij een uurbeperking aanwezig acht.

Ingevolge het bepaalde onder de hier van toepassing zijnde algemene voorwaarden van deze verzekering dient als criterium voor arbeidsongeschiktheid uitgegaan te worden van objectief medisch vast te stellen te stoornissen. De Commissie dient mitsdien de vraag te beantwoorden of de door Consument ervaren ernstige moeheidsklachten en daarmee samenhangende cognitieve urenbeperkingen als zodanig kunnen worden aangemerkt.

De Commissie stelt in dit kader op basis van de voorhanden en in deze procedure overgelegde medische gegevens van Consument vast dat een oorzaak van de door Consument nog ervaren klachten niet eenduidig valt aan te wijzen. De stelling van Consument dat daarbij mogelijk een Q-koorts infectie uit 2010 een rol zou kunnen spelen, wordt niet gedeeld door het Q –koorts kenniscentrum. De Commissie moet mede vaststellen of het al dan niet bestaan van cognitieve stoornissen medisch objectief is vastgesteld door middel van onder andere een neuropsychologisch expertise-onderzoek. Dit onderzoek, inclusief een hele testbatterij is zeer uitgebreid geweest. De uitkomsten waren eenduidig: objectief konden geen cognitieve stoornissen worden aangetoond. Ook tijdens aangegeven moeheidsklachten waren de testuitslagen goed. Op basis van deze tekstuitslagen, in combinatie met de bevindingen van de verzekeringsarts en van de curatieve sector, kan ook niet anders worden geconcludeerd dan tot afwezigheid van medisch objectief vaststelbare cognitieve beperkingen. Dat Consument dat zelf anders ervaart, doet daar niet aan af.

De klacht van Consument die hier op neerkomt dat de resultaten van het verrichte neuropsychologisch onderzoek onbetrouwbaar zouden zijn omdat zijn klachten zouden zijn genegeerd dan wel gebagatelliseerd en de neuropsycholoog niet onafhankelijk zou zijn omdat deze door Verzekeraar is ingeschakeld, dient naar het oordeel van de Commissie te worden verworpen. De rapportage is immers opgesteld en verricht door een NIP erkend neuropsycholoog, volgens vaste standaarden en richtlijnen en gestoeld op wetenschappelijke basis en zowel de anamnese als de onderzoeksresultaten zijn zeer uitgebreid verwoord en onderbouwd. Het neuropsychologisch rapport straalt dan ook een objectieve, zorgvuldige en onafhankelijke professionele beoordeling uit waarbij de Commissie over geen enkele aanwijzing beschikt om te twijfelen aan de integriteit en de onafhankelijkheid van de onderzoeker. De Commissie stelt bovendien vast dat diens bevindingen en aanbevelingen aansluiten bij de bevindingen van de verzekeringsarts. De Commissie kan zich daarbij niet aan de indruk onttrekken dat Consument meent van het neuropsychologisch onderzoek een diagnostische test te kunnen maken om zijn vermoeidheid aan te tonen en te kwantificeren. De test is daarvoor niet gemaakt en ook niet bedoeld.

Het verwijt van Consument dat geen (specifiek) onderzoek is gedaan naar zijn moeheidsklachten faalt eveneens. Moeheid is immers een subjectief begrip dat niet valt te objectiveren. Wel kunnen gevolgen van inactiviteit en/of in stand houdende factoren, zoals een slechte fysieke conditie worden geobjectiveerd. Slechts indirect kan de (ernst van de) moeheid worden geschat aan de hand van de verzekeringsgeneeskundige anamnese, het dagverhaal, de bevindingen bij onderzoek en (afwijkende) neuropsychologische testen.

Afgaande op de bevindingen van de neuropsycholoog (zie bovenstaand), de verzekeringsarts (geen tekenen van vermoeidheid en/of verminderde aandacht gedurende een twee uur durend bezoek), het dagverhaal en de bevindingen van de curatieve sector (verstoord slaap -waak ritme, probleem met de activiteiten regulatie, activiteiten belemmerde condities) is het verzekeringsgeneeskundig gangbaar om dan ook geen (d)uurbeperking te duiden voor de moeheid / het concentrerend vermogen. De Commissie stelt daarbij bovendien vast dat zowel de verzekeringsarts als de neuropsycholoog Consument het voordeel van de twijfel hebben gegund door op andere gronden een lichte duurbeperking voor het concentrerend vermogen aan te nemen en te stellen dat betrokkene regelmatig tijdens het werk een korte pauze moet kunnen nemen.

Waar Consument aanvoert dat de verzekeringsarts in zijn laatste rapportage de eerder door hem geduide cognitieve beperkingen onterecht heeft ingetrokken kan de Commissie Consument niet in diens gedachtegang volgen. De van toepassing zijnde algemene voorwaarden laten de arts daarvoor immers geen ruimte omdat het neuropsychologisch onderzoek normale bevindingen had opgeleverd. Voor het aannemen van een beperking van de (d)uurbelasting bestaan zoals eerder uiteengezet, onvoldoende verzekerings-geneeskundige argumenten.

Concluderend kan worden gesteld dat Consument subjectief ernstige moeheidsklachten ervaart met daardoor naar zijn mening een beperking van de (cognitieve) (d)uurbelasting/zijn arbeidsvermogen waarbij op basis van verzekeringsgeneeskundige bevindingen en afwegingen de door Consument ervaren klachten niet dan wel onvoldoende kunnen worden geobjectiveerd. Daarbij is, zoals hierboven reeds uitvoerig is overwogen, geen enkele grond voorhanden om aan te nemen dat Verzekeraar zich het recht heeft toegeëigend om zonder feitelijke onderbouwing of onderzoek conclusies te trekken waaraan voor Consument verstrekkende consequenties zijn verbonden. Dat Verzekeraar, zoals Consument heeft aangevoerd er alles aan heeft gedaan om de afhandeling van deze kwestie te vertragen dan wel te saboteren, dient daarbij naar het oordeel van de Commissie als volstrekt onvoldoende onderbouwd te worden afgewezen. Ook in deze onderdelen van zijn klacht, kan Consument mitsdien niet worden gevolgd.

De conclusie dient mitsdien te zijn dat Verzekeraar op goede gronden heeft kunnen aannemen dat Consument met ingang van 5 november 2014 minder dan 25% arbeidsongeschikt kan worden geacht en terecht heeft kunnen overgaan tot beëindiging van de uitkering uit hoofde van onderhavige arbeidsongeschiktheidsverzekering. Van een toerekenbare tekortkoming aan zijn zijde is mitsdien geen sprake. De vordering van Consument dient dan ook te worden afgewezen.

5. Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/consumenten/hoe-wordt-uw-klacht-behandeld.