

1 INLEIDING VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE BEOORDELING

Er bestaat een groot aantal termen om degenen te duiden, van wie de verzekeringsarts de gezondheidstoestand beoordeelt. Gekozen is voor de term 'cliënt'.
De term 'belemmeringen' heeft betrekking op de claim, de term 'beperkingen' op de claimbeoordeling. De term 'mogelijkheden' – als positief geformuleerd pendant – legt het accent op participatie.

4 **1. Inleiding**

5 ***1.1. Aanleiding***

6 In de jaren 1995-2001 legde het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) een aantal
7 verzekeringsgeneeskundige vakinhoudelijke regels vast, die richtlijnen of standaarden werden
8 genoemd. Directe aanleiding was de wens van de wetgever – na de parlementaire enquête in
9 1992 – om tot een meer reproduceerbare verzekeringsgeneeskundige beoordeling te komen.
10 De regelgeving beschrijft basale en soms meer specifieke aspecten van de claimbeoordeling.
11 Op verzoek van de minister van SZW stelde de Gezondheidsraad daarnaast vanaf 2005
12 verzekeringsgeneeskundige vakinhoudelijke regels voor tien diagnoses waarmee destijds een
13 aanzienlijk deel van de betrokken uitkeringsgerechtigden arbeidsongeschikt bleek te worden.¹
14 Deze werden protocollen genoemd. Voor het benoemen van beperkingen van mogelijkheden
15 om te functioneren werd daarbij aansluiting gezocht bij de in 2000 eveneens door het Lisv
16 geïntroduceerde systematiek van de functionele mogelijkhedenlijst. Later nam de
17 beroepsvereniging NVVG het initiatief over, waarna nog een aantal protocollen werd
18 toegevoegd, in samenwerking met medisch specialisten en patiëntenverenigingen. De
19 Gezondheidsraad liet de protocollen vooraf gaan door een algemene inleiding waarin het
20 domein van de verzekeringsgeneeskunde, de hoofdlijnen van het verzekeringsgeneeskundig
21 onderzoek, doelen en middelen werden beschreven. De inleiding was sterk gericht op de
22 claimbeoordeling in het kader van de WIA. Inmiddels voldoet deze benadering niet meer
23 omdat verzekeringsartsen op een steeds breder terrein actief zijn, zowel publiek als privaat.
24 Dit document voorziet in de behoefte meer algemeen geldende uitgangspunten te formuleren
25 en zo een professioneel kader te schetsen dat niet gebonden is aan specifieke regelgeving en
26 ook niet alleen betrekking heeft op de beoordeling van beperkingen van mogelijkheden om te
27 functioneren. Deze ontwikkeling noopte tot een herformulering van de oorspronkelijke
28 algemene inleiding die hier gestalte heeft gekregen. Het lag voor de hand daarbij de term
29 'protocollen' te vervangen door 'beoordeling' omdat deze inleiding ambieert voor het hele
30 vakgebied te gelden. Deze inleiding is ook te beschouwen als een algemene en actuele
31 beschrijving van het werk van de verzekeringsarts. Regelmatige revisie is gewenst.

33 ***1.2. Doelgroep***

34 De beoogde doelgroep bestaat uit verzekeringsartsen die in het kader van publieke en private
35 regelgeving claims beoordelen. Claims vanwege beperkingen van mogelijkheden om te
36 functioneren in relatie tot ziekte, gebrek, letsel, zwangerschap of bevalling of claims
37 vanwege lichamelijke of geestelijke schade als gevolg van een oorzakelijk moment (ongeval,
38 medische fout). De doelgroep bestaat eveneens uit verzekeringsartsen die een
39 gezondheidskundige risicoschatting uitvoeren in het kader van acceptatie voor particuliere

¹ Gezondheidsraad. Algemene inleiding verzekeringsgeneeskundige protocollen. Den Haag,
GR 2006/22, p.13.

verzekeringen. Deze keuze is ingegeven door het inzicht dat dit de hoofdtaken van het vak zijn. Deze inleiding beoogt gedeelde vakinhoudelijke uitgangspunten voor de verzekeringsgeneeskundige taken vast te leggen.

1.3. Opzet

De Inleiding beschrijft de doelen van de beoordeling, de daarvoor beschikbare instrumenten, het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en daarbij gebruikelijke methoden, de uitgangspunten en hoofdlijnen van de beoordeling alsmede de wijze waarop deze verantwoord wordt.

2. Taken, positie verzekeringsarts

2.1. Taken

Verzekeringsartsen zijn zowel in de publieke als private sector werkzaam. Zij geven een oordeel over – de oorzaak en de gevolgen van - schade aan de gezondheid in verleden, heden en/of toekomst. De wet- en regelgeving en de polisvoorwaarden die betrekking hebben op de concrete opdracht die de verzekeringsarts heeft gekregen bepalen het beoordelingskader. De hoofdtaken bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zijn het beargumenteren en benoemen van beperkingen en mogelijkheden in relatie tot ziekte, gebrek, letsel, zwangerschap of bevalling, het beoordelen van lichamelijke en geestelijke schade in relatie tot een oorzakelijk moment (ongeval, zwangerschap, medische fout) en het verrichten van risicoschattingen ten behoeve van acceptatie voor een particuliere verzekering.

Afgeleide taken zijn:

1. beoordelen van het risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden bij acceptatie voor een verzekering;
2. beoordelen van de mate van blijvende invaliditeit;
3. beoordelen van ziekteverzuim en adviseren over re-integratie;
4. beperkingen en mogelijkheden om te functioneren met betrekking tot arbeid en andere maatschappelijke rollen;
5. toetsen van eerdere sociaal medische beoordelingen;
6. beoordelen van de causaliteit;
7. beoordelen van de adequaatheid van behandeling(en), therapietrouw, herstel- en participatiegedrag en van eventuele interventiemogelijkheden;
8. stellen van de prognose van het medische beeld en functioneren.

2.2 Positie verzekeringsarts

De verzekeringsarts komt feitelijk en zo onbevooroordeeld mogelijk² tot een oordeel. In de publieke sector gaat de verzekeringsarts uit van de door de cliënt ervaren belemmeringen. Dit wordt getoetst aan de wettelijke voorwaarden. Bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering moet beoordeeld worden of er dekking is volgens de polisvoorwaarden. De verzekeringsarts maakt zo mogelijk gebruik van wetenschappelijk bewijs en in elk geval van praktijkervaring, richtlijnen en medische inzichten. De verzekeringsarts geeft geen morele oordelen over het handelen van betrokken partijen en laat zich niet uit over aspecten buiten het eigen vakgebied. Vanuit deze vakinhoudelijke positie en professionele autonomie houdt de verzekeringsarts distantie ten opzichte van zowel cliënt als

² Tijdelijk instituut coördinatie en afstemming (Tica). Richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium. Tica, september 1996, Amsterdam. De richtlijn is opgenomen in het Schattingsbesluit 2000.

opdracht- of werkgever. Omdat de verzekeringsarts bijna altijd in een juridische context werkt, is een dossiervoering voor de verzekeringsarts belangrijk. Daarom rapporteert de verzekeringsarts zo toetsbaar en reproduceerbaar mogelijk over de onderzoeksactiviteiten, bevindingen, overwegingen en het oordeel. De belangrijkste wet- en regelgeving is in bijlage 1 vermeld.

3. Onderzoeksmethoden en instrumenten

3.1. Uitgangspunt

Er bestaat inmiddels een groot aantal instrumenten voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Deze zijn soms van toepassing op een deelterrein. Ze berusten voornamelijk op professionele afspraken. De verzekeringsarts gebruikt deze instrumenten naar hun intentie voor zover van toepassing op de specifieke opdracht. De instrumenten hebben het karakter van een handreiking en kunnen niet opgevat worden als bindend voorschrift. De verzekeringsarts onderzoekt in principe niet meer, dan voor de beantwoording van de voorgelegde vraagstelling noodzakelijk is. Het is moeilijk die grens bij voorbaat aan te geven, omdat bij veel beoordelingen pas gaandeweg of achteraf blijkt wat relevant is. De verzekeringsarts beslist wanneer persoonlijk onderzoek nodig is. Als de cliënt om een persoonlijk onderzoek verzoekt, gebeurt dit zo veel mogelijk, mits de (juridische) context dit toelaat.³ Een verzekeringsarts kan het persoonlijk onderzoek (deels) uitbesteden.

3.2. Denkkader

De beoordeling van mogelijkheden om te functioneren is zowel naar omvang van de werkzaamheden als vanuit materiele betekenis een belangrijke verzekeringsgeneeskundige taak. Dit gebeurt aan de hand van de beschrijving van het menselijk functioneren in relatie tot stoornissen, beperkingen en participatieproblemen door de WHO in 2001; de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Het denkkader bestaat uit een groot aantal in dat verband relevante begrippen.⁴ De ICF gaat ervan uit dat ziekte zich kan manifesteren op drie niveaus:

- functies en anatomische eigenschappen, waarop zich stoornissen kunnen voordoen
- activiteiten, onderdeel van handelingen waarin beperkingen aanwezig kunnen zijn
- participatie, waar problemen met deelname aan het maatschappelijk leven zich binnen en buiten het arbeidsproces kunnen manifesteren.

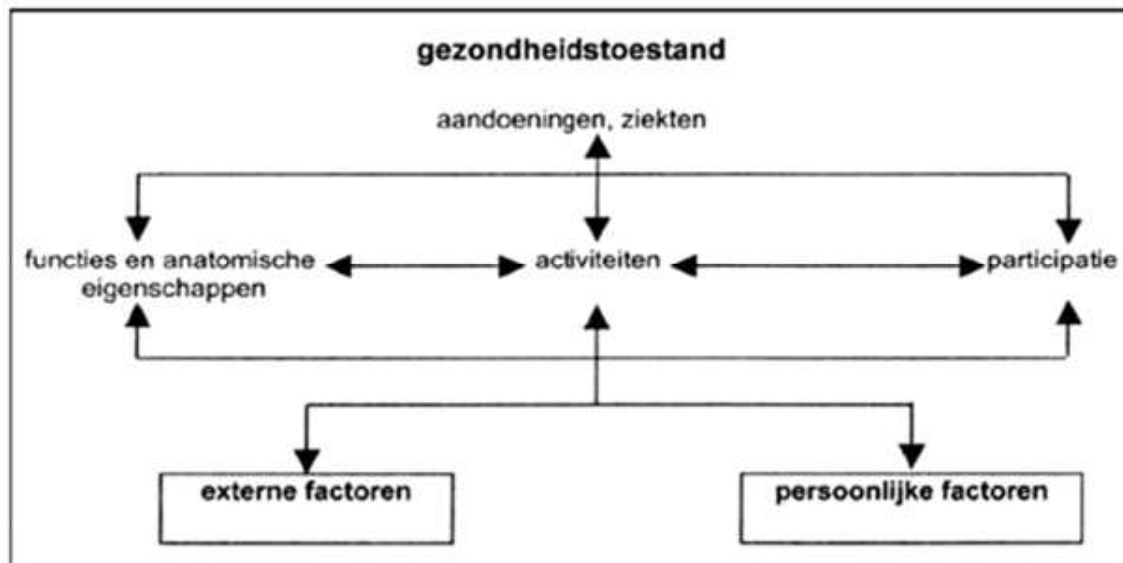
Deze niveaus zijn onderling verbonden in wisselwerking waarbij geen hiërarchie is verondersteld. Oorzakelijkheid speelt bij de ICF geen rol. Externe (fysieke, sociale) en persoonlijke (persoonlijkheidskenmerken, levensstijl) factoren kunnen zowel het functioneren beïnvloeden, als daardoor beïnvloed worden. Dit betekent dat deze factoren altijd als relevante context bij de beoordeling betrokken worden, die daardoor steeds een individueel karakter heeft. De ICF is ontworpen als ordenend classificatiesysteem op het brede terrein van menselijk functioneren en is geen beoordelingsmethodiek. Evenmin is het een methodiek om causaliteitsvragen te beoordelen. Sinds het midden van de vorige eeuw is een begrippenkader

³ Bij acceptatie is een persoonlijk onderzoek zeer ongebruikelijk, ook al staat een kandidaat verzekerde hierop. Dit komt omdat de verzekeraar geen acceptatieplicht heeft.

⁴ World Health Organisation. International Classification of functioning, disability and health, Genève, 2001; vertaling WHI-IFC Collaborating Centre RIVM Bilthoven 2002.

ontwikkeld in de vorm van lijsten die meer specifiek zijn gericht op arbeidsproblemen.⁵ Dit begrippenkader wordt als gemeenschappelijke taal mede gebruikt door arbeidsdeskundigen.

ICF-model Terminologie



Wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren.

3.3. Methoden en instrumenten

3.3.1. Dossierstudie

De dossierstudie heeft betrekking op de sociaal-medische voorgeschiedenis. Die omvat eventuele eerdere ziekten, begin – eventuele ongevalstoedracht - behandeling en verloop van de gezondheidstoestand die tot de voorliggende vraag geleid hebben, inclusief eventuele gegevens over opleiding, arbeidsverleden, eerder verzuim of arbeidsongeschiktheid en psychosociale omstandigheden. Het dossier kan aangevuld worden met door de cliënt in te vullen vragenlijsten. Naar aanleiding van de bevindingen bij dossierstudie kan de verzekeringsarts besluiten dat verder onderzoek niet nodig is. Dat wordt gemotiveerd vastgelegd. Ook kan de verzekeringsarts besluiten dat aanvullend onderzoek nodig is.

3.3.2. Beoordelingsgesprek

Bij dit gesprek staan het functioneren en de daarbij ervaren belemmeringen – in arbeid en daarbuiten - centraal. Daarnaast wordt de gezondheidstoestand besproken omdat er een verband gelegd moet kunnen worden met ziekte, gebrek of letsel. De volgorde waarin dat gebeurt is aan de onderzoeker, er bestaan verschillende methodieken.⁶ Soms kan een telefonisch contact volstaan om bij dossieronderzoek gebleken lacunes aan te vullen.

⁵ Een voorbeeld hiervan is de functionele mogelijkhedenlijst (FML).

⁶ Bekende methodes zijn: het methodisch beoordelingsgesprek, de multifactoriële analyse en het

Wat betreft de medische aspecten informeert de verzekeringsarts gericht naar de relevante klachten, gestelde diagnoses, behandeling, medicatie en resultaten daarvan. Verder vraagt de verzekeringsarts naar wat de cliënt denkt dat de oorzaak van de klachten is en diens verwachtingen omtrent het verdere verloop. De verzekeringsarts brengt eventuele comorbiditeit in beeld. Bij een onvolledig beeld of twijfel informeert of overlegt de verzekeringsarts bij of met de betreffende behandelaar(s).

Wat betreft het functioneren vraagt de verzekeringsarts naar de aard van het werk of leersituatie, de thuissituatie en de vrijetijdsbesteding. Verder naar wat er in dat functioneren veranderd is vergeleken met de pre-morbide situatie. De verzekeringsarts inventariseert de ervaren belemmeringen (claimklachten) en vraagt naar activiteiten van de cliënt of anderen om deze belemmeringen te hanteren of te compenseren. Ook wordt in beeld gebracht welke (verdere) oplossingen de cliënt zelf nog ziet en welk arbeidsperspectief hij denkt te hebben. Vooral bij causaliteitsvragen, maar ook in het algemeen om inzicht te krijgen in de stijl van aanpassing worden eerdere aandoeningen, verzuim en vroeger functioneren in beeld gebracht. Zo nodig of gewenst geeft de verzekeringsarts belangrijke derden – een partner, een belangenbehartiger, ouders of anderen – de gelegenheid hun lezing over het functioneren van de cliënt te geven.

3.3.3. Observaties en onderzoek

Observaties vinden tijdens het spreekuur altijd plaats en richten zich vooral op presentatie, verzorging en wijze van contact leggen. Daarbij observeert de verzekeringsarts eventuele manifestaties – of juist het ontbreken daarvan - van de belangrijkste claimklachten. Het verdient aanbeveling dergelijke observaties terug te koppelen in het beoordelingsgesprek. Eventuele reacties van de cliënt worden vastgelegd evenals het verloop en de duur van het gesprek.

De verzekeringsarts zal aan de hand van bij het gesprek verkregen indrukken en de medische voorgeschiedenis een indruk hebben van het functioneren. Op indicatie kan verdergaand algemeen psychiatrisch⁷ en/of gericht lichamelijk onderzoek verricht worden.

3.3.4. Vakinhoudelijke regelgeving

Hieronder worden op de beroepsuitoefening gerichte afspraken verstaan die onder verschillende titels – richtlijnen, standaarden, protocollen, instructies, handleidingen – zijn vastgelegd. Bedrijfsartsen ontwikkelden richtlijnen voor preventie en arbeidsomstandigheden en voor begeleiding van verzuimende werknemers. Verzekeringsartsen ontwikkelden aanvankelijk richtlijnen over algemene aspecten, welke in het afgelopen decennium meer geordend zijn naar diagnose. Daarnaast worden nog steeds zogenaamde 3B (beoordelen, begeleiden, behandelen) en multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld in de gezondheidszorg voor diagnostiek en behandeling van allerlei ziektebeelden, waarbij tevens aandacht wordt besteed aan arbeidsaspecten. Ten slotte zijn in de sociale verzekering vakinhoudelijke instructies opgesteld. Al deze vakinhoudelijke regels (bijlage 2) kunnen toepasbaar en bruikbaar blijken voor een breder terrein. Deze regels kunnen breed toegepast worden voor zover mogelijk in de geldende context van de beoordeling.

3.3.5. Mogelijkhedenlijsten

Bij de beoordeling kan de verzekeringsarts mogelijkhedenlijsten gebruiken als geheugensteun. De definities van de bijbehorende begrippen hebben tevens een functie als

belastbaarheidsgerichte beoordelingsgesprek. Geen van deze methodes is verplicht(end).

⁷ Wolff H de, Croon NHT, Foekens R, Jagt E van der, Knepper S, Kroneman H, Paulusma A, Weijers JH, Woldberg T. De weergave van het psychisch onderzoek door de verzekeringsarts. TBV 21 (9) 2013: 424-8.

208 onderling en met arbeidsdeskundigen gedeeld begrippenkader. De in de praktijk gebruikte
209 varianten zijn onder verschillende benamingen uiteindelijk vrijwel allemaal afgeleid van de
210 functionele mogelijkhedenlijst of diens voorgangers.⁸ Aan verzekeringsartsen wordt vaak
211 gevraagd dergelijke lijsten in te vullen. Strikt genomen is dat alleen nodig bij vergelijking met
212 een bestand functies, zoals dat in de sociale verzekering gebruikt wordt. Het invullen van een
213 mogelijkhedenlijst heeft buiten die context relatieve waarde. Overwegingen en argumentatie,
214 nuanceringen en samenhang over de aangenomen beperkingen zullen moeten blijken uit de
215 verzekeringsgeneeskundige rapportage. Aan een mogelijkhedenlijst ligt een
216 verzekeringsgeneeskundige beoordeling met een weging ten grondslag.

217 **3.3.6. Mediprudentie**

218 Het belangrijkste doel van mediprudentie, zoals verwoord in de uitwerking van het advies van
219 de Gezondheidsraad⁹ is te komen tot consensus over hetgeen in concrete, individuele situaties
220 volgens de beroepsgroep de juiste beoordeling is. Daarnaast zou mediprudentie de kwaliteit
221 en transparantie van de beoordeling van mogelijkheden kunnen bevorderen en daardoor ook
222 de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor cliënten. Mediprudentie is inmiddels door de
223 NVVG in samenwerking met UWV verder ontwikkeld. Geselecteerde en becommentarieerde
224 casus worden gepubliceerd in de mediprudentie database van de NVVG. Deze database is
225 alleen toegankelijk voor verzekeringsartsen die NVVG-lid zijn. Daardoor heeft mediprudentie
226 vooralsnog beperkte betekenis.¹⁰

227 **3.3.7. Afstemming en overleg**

228 De verzekeringsarts voert overleg met derden wanneer de voorliggende informatie over
229 gezondheid, behandeling of functioneren niet compleet of niet actueel is. Daarnaast kan dit
230 nodig zijn om te toetsen of voorliggende informatie juist is. Dat kan zowel in aanvulling op
231 een dossierstudie als naar aanleiding van een beoordelingsgesprek gebeuren.
232 De verzekeringsarts heeft ook een zorgplicht. In dat kader is overleg met behandelaars nodig
233 wanneer er sprake is van een onjuiste (medische) behandeling.
234 Met behandelaars moet volgens de beroepscode met machtiging en gerichte vraagstelling
235 gecommuniceerd worden, wat neerkomt op schriftelijk opvragen van documentatie over aard
236 en ernst van de aandoening, de behandeling daarvan en resultaten. Vragen staat vrij, maar
237 redelijkerwijs houdt de verzekeringsarts er daarbij rekening mee dat de behandelaar volgens
238 de beroepscode¹¹ alleen feitelijke informatie mag verstrekken en bijvoorbeeld ook geen
239 medische prognose¹², omdat dit een meer dan feitelijk waardeoordeel zou impliceren.
240 Daarnaast kan de verzekeringsarts bij de arbeidsdeskundige, bedrijfsarts of werkgever
241 informeren naar aspecten van het functioneren.

242 **3.3.8 Consultatie en onderzoek door derden**

243 Een onderzoek door een (klinisch) specialist of andere deskundige kan aanvullende betekenis
244 hebben bij voortdurende onzekerheid over diagnose en behandeling, dan wel verschil van
245 mening met de behandelaar. Vaak zijn cliënten al door veel artsen en/of psychologen 'gezien'
246 en is daarom terughoudendheid bij het stellen van een indicatie voor dergelijk onderzoek

⁸ Boer W.E.L.de, Weijers J.H.L., Spanjer J, Beijl I van der, Zuidam W, Venema A. Gespreksmodellen in de
Verzekeringsgeneeskundige. TBV 2006 14:19-29.

⁹ Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie, Den Haag GR 2007/14.

¹⁰ Recent is het voorstel gedaan om de mediprudentie database openbaar te maken. Zie: Faas WA, Sterk AHJM.
Toegang tot mediprudentie moet worden verruimd. TBV 23 (8) 2015: 347-348.

¹¹ KNMG Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim en re-integratie. Utrecht, KNMG 2007.

¹² Er is discussie mogelijk of de vraag naar de prognose geoorloofd is. Zie: Faas WA. De
verzekeringsarts, de prognose, de angel van de WIA en de mangel van de jurist. TBV 18 (8), 2010: 350-352.

raadzaam. Bij de beoordeling van mogelijkheden om te functioneren vraagt de verzekeringsarts primair naar diagnose en behandeling. Dat neemt niet weg dat klinisch specialisten als rapporterend deskundigen na onderzoek een globale indicatie van beperkingen kunnen geven op hun vakgebied. Maar de beoordeling van mogelijkheden om te functioneren is de deskundigheid van de verzekeringsarts. Daarom hoort de vraag naar het invullen van mogelijkheden (beperkingen)lijsten niet bij rapporterend (klinisch) specialisten of andere deskundigen thuis.

Bij causaliteitsvragen kan onderzoek door een medisch specialist aangewezen zijn, bijvoorbeeld in hoeverre bepaalde afwijkingen als gevolg van letsel of ongeval opgevat kunnen worden. Ook voor het vaststellen van het percentage blijvende invaliditeit kan een klinische beoordeling nodig zijn. Voor een medische risico-inschatting bij acceptatie kan, vanwege bevindingen in de gezondheidsverklaring, gericht keuringsonderzoek gevraagd worden.

Er bestaat een uitgebreid assortiment van test- en begeleidingsfaciliteiten variërend van onder meer neuropsychologisch onderzoek, FCE-methodieken tot volledige trainingsprogramma's, psychologische en multidisciplinaire revalidatie. De verzekeringsarts stelt de indicatie voor zover die van medische of psychologische aard is. De verzekeringsarts bespreekt die met de cliënt en licht de vraagstelling aan de deskundige of instelling toe met eigen bevindingen en zo mogelijk een voorlopig oordeel. De verzekeringsarts bespreekt de bevindingen voor zover de onderzoekers dat niet zelf al hebben gedaan en in elk geval de conclusies wat betreft de mogelijkheden en beperkingen. Neuropsychologisch onderzoek moet voldoen aan gestelde voorwaarden wat betreft symptoomvaliditeit.

3.3.9 Jurisprudentie

De verzekeringsarts is geen jurist, maar soms kan de verzekeringsarts voor de beoordeling relevante bestuursrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie raadplegen ten behoeve van de beoordeling. De in dat geval te raadplegen bronnen zijn opgenomen in bijlage 3.

4. Verzekeringsgeneeskundige beoordeling

4.1. Beoordeling mogelijkheden

In de publieke sector gaat de verzekeringsarts voor de beoordeling van mogelijkheden uit van de door de cliënt ervaren belemmeringen. De verzekeringsarts toetst die aan het medisch beeld in wisselwerking met sociale omstandigheden en persoonskenmerken – de psychosociale context. Bij de beoordeling wordt getoetst of sprake is van een *medisch herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, plausibiliteit, consistentie en herstel- of participatiegedrag*. Bij particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen moet eerst beoordeeld worden of er dekking is volgens de polisvoorwaarden en is de beoordeling *afhankelijk van de in de polisvoorwaarden opgenomen definitie van arbeidsongeschiktheid*. Is voldaan aan de polisvoorwaarden, dan vindt ook bij de particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor het vaststellen van mogelijkheden toetsing plaats aan plausibiliteit, consistentie en herstel- of participatiegedrag.

Afhankelijk van de juridische context kan de verzekeringsarts dus in overweging nemen:

- is voldaan aan de polisvoorwaarden?
- is er sprake van *plausibiliteit*: passen presentatie en belemmeringen in die mate bij (de ernst van) het ziektebeeld?

- is er sprake van *consistentie*, zijn klachten, belemmeringen en handicaps goeddeels vrij van innerlijke (algemeen functioneren) en externe (bevindingen behandelaars of andere beoordelaars) tegenspraak?
- is het gedrag van de cliënt gericht (geweest) op schadebeperking, wat betreft gezondheid en het functioneren in diverse rollen?
- in hoeverre is door eventueel gebruik van voorzieningen, compensatiegedrag, of taakverschuiving meer inzet mogelijk?
- zijn eventuele arbeidsinspanningen fysiologisch over de dag en de week verdeeld?
- in hoeverre zijn belemmeringen in feite normale gebreken van het dagelijks leven?
- is er sprake van therapietrouw en opvolgen van leefstijladviezen?
- in hoeverre valt gezondheidsschade te verwachten bij meer activiteit of is juist dan verbetering te verwachten?
- welke onderhoudende factoren¹³ spelen een rol en in hoeverre zijn die overkomelijk?
- in hoeverre is welke ziektewinst aannemelijk?

De verzekeringsarts kan voor de beoordeling een werkhypothese formuleren conform het ICF-model. Dus naast het ziektebeeld relevante kenmerken van de psychosociale context benoemen die op het functioneren van invloed zijn. Er moet wel sprake zijn van een evidente *wisselwerking* met deze psychosociale context. Het is dus niet juist beperkingen te veronderstellen alleen vanwege bijvoorbeeld zorgtaken, werkloosheid, schulden, conflicten, hobby's of uitgesproken kenmerken van de persoonlijkheid. Het toetsen van de ervaren belemmeringen (perceptie cliënt) aan het medische beeld in wisselwerking met sociale omstandigheden - de psychosociale context - resulteert in het al of niet accepteren van beperkingen (beoordeling verzekeringsarts). Wanneer 'passende' of 'gangbare arbeid' criteria zijn, gaat de verzekeringsarts tevens na of gezien het medische beeld daarvoor beperkingen van mogelijkheden aanwezig zijn, die de cliënt niet eerder als belemmeringen ervaren heeft.

In alle publieke¹⁴ maar ook in private polisvoorwaarden wordt de eis van *objectiviteit* gesteld. De verzekeringsarts wordt daarmee geconfronteerd in verschillende termen, zoals: '*naar objectieve maatstaven*', '*objectief medisch vast te stellen stoornis*' en '*objectief vaststelbaar*'. Er is voldaan aan de eisen van *objectiviteit* wanneer de beoordeling is gebaseerd op waarneembare feiten. De claimbeoordeling betreft de samenhang van vaak meerdere medische, sociale en psychologische factoren die ieder weer voor verschillende interpretatie vatbaar kunnen zijn. Daardoor heeft de claimbeoordeling in zekere mate een arbitrair karakter. Dat betekent dat de verzekeringsarts beperkingen niet vaststelt, maar 'aanneemt'. Vanuit deze invalshoek biedt de verzekeringsarts ruimte voor tegenspraak en weegt die vervolgens inhoudelijk. Het min of meer 'beslissen in onzekerheid' biedt enige ruimte om mee te bewegen en schadelijke conflicten te voorkomen. Anderzijds zijn meningsverschillen en conflicten inherent aan de aard van de claimbeoordeling.

In het kader van verzuimbeoordeling kan de verzekeringsarts na de beoordeling van beperkingen een uitspraak doen over de geschiktheid voor eigen werk. Bij arbeidsongeschiktheid of beroepsongeschiktheid kan de verzekeringsarts suggesties doen over de mogelijkheden ander werk of eigen beroep te verrichten, een belangrijke doelstelling op het vlak van participatie.

¹³ Gezondheidsraad 2005/10, p.31 e.v.

¹⁴ Zie bijv. de sociale arbeidsongeschiktheidsregelingen: arbeidsongeschiktheid dient '... als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte' te zijn.

4.2. *Beoordeling voorzieningen*

Ten behoeve van allerlei regelingen in verband met maatschappelijke participatie of in het kader van personenschade beoordelen verzekeringsartsen ook de noodzaak van werkvoorzieningen of aanpassingen en voorzieningen op andere levensterreinen. Dat gebeurt volgens hetzelfde model, waarbij de verzekeringsarts erop let dat de uitgebreidheid van het onderzoek in proportie blijft met het materieel belang. De verzekeringsarts laat zich niet uit over technische aspecten buiten het eigen vakgebied.

4.3. *Risico-inschatting*

De verzekeringsarts beoordeelt op basis van de medische gegevens of er sprake is van een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid (bij een aanvraag voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering) of vroegtijdig overlijden (bij een levensverzekering). Er kan sprake zijn van een verhoogd risico op arbeidsongeschiktheid of overlijden bij een aanwezige medische aandoening of bij een duidelijke risicofactor voor het ontstaan van deze aandoening. Bij risico-inschatting van arbeidsongeschiktheid worden niet-medische factoren (zoals eerder langdurig verzuim, coping/herstelgedrag en aard van het beroep) meegewogen. Eerder verzuim blijkt een belangrijke risicofactor voor arbeidsongeschiktheid, los van de medische aandoening.¹⁵ Al naar gelang de bevindingen adviseert de verzekeringsarts acceptatie onder normale voorwaarden of, bij een verhoogd risico, acceptatie met een beperkende voorwaarde of afwijzing van de aanvraag. De verzekeringsarts adviseert de verzekeraar. De verzekeraar beslist. Elke verzekeraar heeft zijn eigen acceptatiebeleid.

4.4. *Blijvende invaliditeit*

Het vaststellen van blijvende invaliditeit vindt plaats bij claims vanwege een ongevallenverzekering, personenschade of militair invaliditeitspensioen. Er zijn, afhankelijk van de context, verschillende beoordelingsmethodieken. De verzekeringsarts verantwoordt welke methodiek op welke wijze is toegepast.

4.5. *Beoordeling causaliteit*

Of er een verband tussen oorzaak en gevolg mag worden aangenomen, is afhankelijk van de context waarin de causaliteitsvraag wordt gesteld. In de praktijk blijken juristen een andere kijk op causaliteit te hebben dan artsen. Juridische causaliteit houdt rekening met omstandigheden, waarbij toerekening een belangrijke overweging is. De verschillende rechtsgebieden (strafrecht, civiel recht, bestuursrecht) kennen hun eigen causaliteitscriteria. In het civielrechtelijke aansprakelijkheidsrecht wordt causaliteit vastgesteld aan de hand van het *conditio sine qua non*-verband (de onrechtmatige daad is een noodzakelijke voorwaarde voor de ontstane schade) en daarna de toerekening: de gevolgen van de onrechtmatige daad en daarmee de schadeomvang worden door de rechter toegerekend. Ook in het bestuursrecht komen causaliteitsvragen aan de orde (zie bijlage 2).

De vraag naar medische causaliteit is complex omdat ziekten, aandoeningen en beperkingen altijd multifactorieel bepaald zijn met predisponerende, uitlokkende, onderhoudende, herstel belemmerende en bevorderende factoren. Deze kunnen zowel in de persoon liggen als in de sociale context. Zelfs de uiting van monogenetische aandoeningen blijkt toch nog beïnvloed te worden door endogene en exogene factoren. Medisch is een volledig sluitend bewijs van

¹⁵ Wijnvoord L et al. Predictors of sickness absence in college and university educated self-employed: a historic register study. BMC Public Health 2014, 14:420.

een oorzaak-gevolg-relatie vaak niet te geven. De verzekeringsarts beantwoordt de causaliteitsvraag^{16 17} vanuit deze invalshoek, nadat de verzekeringsarts een zorgvuldige analyse van deze factoren heeft gemaakt zoveel mogelijk op grond van datgene wat op basis van de gangbare wetenschappelijke inzichten bekend en herkenbaar is over het ontstaan en beloop van de onderhavige klachten en verschijnselen. In deze afwegingen wordt eventuele pre-existentie: de aanwezigheid van een bepaalde aandoening of afwijking, los van een bepaald voorval, overwogen. Daarnaast kan eventuele predispositie overwogen worden: mede-oorzakelijkheid, een aanwezige kwetsbaarheid voor een bepaalde aandoening, bepaald letsel of te verwachten arbeidsuitval, zonder dat deze aandoening, dit letsel of disfunctioneren zich al hadden gemanifesteerd.

4.6. Prognose functioneren

De verzekeringsarts maakt onderscheid tussen herstel van klachten en symptomen enerzijds (medische prognose) en herstel van participatiemogelijkheden (herstel van functioneren in arbeidsrol of andere rollen) anderzijds. Soms wordt alleen naar de medische prognose gevraagd. Maar bij de claimbeoordeling gaat het veelal om herstel van functioneren, wat meestal neerkomt op vooruitzichten van werkhervatting of andere participatie. Er zijn aanwijzingen dat persoonsgebonden psychosociale factoren zoals regelmogelijkheden, kenmerken van het werk, verzuimduur en eerdere uitval meer bepalend zijn dan de aard van de aandoening. In de praktijk blijkt de verwachting van de cliënt een belangrijke voorspeller.^{18 19} De verzekeringsarts weegt de verschillende factoren en geeft op die manier een inschatting van de prognose.

¹⁶ Akkermans AJ. Causaliteit bij letselschade en medische expertise; TvP 2003 nr 4: 93-104.

¹⁷ Oskam P, Reitsma AM. Causaal verband in whiplashzaken: een beschouwing vanuit juridisch en medisch perspectief; TvP 2014 nr 4: 111- 122.

¹⁸ Audhoe SS, Hoving JL, Nieuwenhuijsen K, Frierson R, Jong PR de, Sluiter JK. Factors for the Work Participation of Sick-Listed Unemployed and Temporary Agency Workers with Psychological Problems. J Occup Rehabil. 2012 Dec; 22(4): 437-446. doi: 10.1007/s10926-012-9358-0

¹⁹ Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. What factors are most relevant to the assessment of work ability of employees on long-term sick leave? The physicians' perspective. Int Arch Occup Environ Health. 2013 Jul; 86(5): 509-518. doi: 10.1007/s00420-012-0783-3

Colofon

Deze Inleiding werd in opdracht van de NVVG opgesteld door een werkgroep bestaande uit Frank M. Brouwer (vrijgevestigd bedrijfs- en verzekeringsarts), Cecile C.H. van Linschoten (verzekeringsarts, UWV), mr. Jim W.A. Faas (verzekeringsarts, UWV), Simon Knepper (vrijgevestigd verzekeringsarts), Alexander C.F. Oostenrijk (verzekeringsarts, UWV), Jessika V. Pietersen (verzekeringsarts RGA en medisch adviseur a.s.r./De Amersfoortse), dr. Ingrid A.K. Snels (verzekeringsarts, UWV) en Gerardine A. van Strien (verzekeringsarts in opleiding, medisch adviseur a.s.r., Amersfoortse verzekeringen). Daarmee werd een brede vertegenwoordiging uit de hele beroepsgroep nagestreefd. Daarnaast maakte de werkgroep gebruik van suggesties van Wout de Boer (verzekeringsarts, LechnerConsult) en Linda ten Hove (verzekeringsarts, Argonaut). Er werd gebruik gemaakt van de Inleiding die de Gezondheidsraad in 2005 heeft opgesteld. Tenslotte werd de Inleiding aangeboden aan de beroepsvereniging NVVG met het advies nader af te stemmen met de beroepsgroep, met name ook de GAV (particuliere verzekeringen).

Jim Faas en Simon Knepper
(eindredactie)

481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530

Bijlagen

Bijlage 1

Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (1994)
Wet medische keuringen (1997)
Wet bescherming persoonsgegevens (2000)
Professioneel statuut verzekeringsartsen UWV (2003)
Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen (2003)
Beroepscode voor geneeskundig adviseurs GAV (2008)
KNMG ‘groen boekje’ richtlijnen betreffende omgaan met medische gegevens, Utrecht,
KNMG (2010)
Protocol verzekeringskeuringen (2011)
Schadeprotocol arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (2011)
Gedragscode behandeling letselschade, medische paragraaf (2012)

Bijlage 2

Vakinhoudelijke regelgeving

1.1. Definities

De termen ‘standaard’, ‘richtlijn’ en ‘protocol’ zijn in de loop der jaren wisselend en minder zorgvuldig gebruikt om vakinhoudelijke regelgeving te omschrijven. Richtlijnen²⁰ onderscheiden zich van protocollen. Richtlijnen geven aanwijzingen in meer algemene zin en voorzien van wetenschappelijke onderbouwing aan *wat* er in een gegeven situatie het beste gedaan kan worden terwijl in protocollen vooral staat *hoe* en soms door *wie* gehandeld dient te worden. Een protocol kan afgeleid worden van een richtlijn. Terwijl protocollen in het algemeen weinig handelingsvrijheid bieden kan – of moet soms zelf – van een richtlijn gemotiveerd afgeweken worden indien de praktische situatie daarom vraagt.²¹ Een professionele standaard beschrijft de beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgenoot in gelijke omstandigheden had mogen worden verwacht.

1.2. Standaarden en richtlijnen Lisv

1) *Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden (1996).*

Volledige verzekeringsgeneeskundige arbeidsongeschiktheid is alleen aannemelijk bij verlies van zelfredzaamheid. In alle andere gevallen worden beperkingen benoemd ten behoeve van arbeidskundige beoordeling (vervangen door *het Schattingsbesluit 2000*).

2) *Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium (1996)*

De verzekeringsgeneeskundige beoordeling gaat uit van ervaren belemmeringen (claimklachten) en is gebaseerd op de trias plausibiliteit, consistentie en herstelgedrag (vervangen door *het Schattingsbesluit 2000*).²²

3) *Standaard Verminderde arbeidsduur (2000)*

Een duurbeperking kan aangenomen worden op grond van beschikbaarheid, energetische stroomnis of vanwege preventie. Categorisering naar 10, 20, 30, 40 of meer uren beschikbaarheid. Gerealiseerde inzet in eigen werk niet alleen doorslaggevend (vervangen door *de Standaard Duurbelastbaarheid in arbeid 2015*).

4) *Standaard Onderzoekmethoden (2000).*

Beschrijving van gebruikelijke verzekeringsgeneeskundige onderzoekmethoden, waaronder beoordelingsgesprek. De verzekeringsarts brengt primair het werk en de daarbij ervaren belemmeringen in beeld en toetst die aan het medische beeld en andere informatie.

5) *Standaard Communicatie met behandelaars (1997)*

Indicaties voor en handelwijze bij informatieverzameling bij behandelend artsen conform KNMG-beroepscode.

6) *Standaard Beheer medische gegevens vallend onder het beroepsgeheim van de verzekeringsarts (1998).* (revisieversie 2010)

²⁰ Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. Zie Richtlijn voor richtlijnen. Den Haag, Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012.

²¹ Hulshof C.T.J., Introductie NVAB-richtlijnen, Kwaliteitsbureau NVAB, pag. 5.

²² De Standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden en de Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium zijn beide gecodificeerd in het zogenaamde Schattingsbesluit 2000.

- Richtlijnen voor dossierbeheer en routing gegevensverstrekking daaruit ten behoeve van verschillende doeleinden (cliënten, kwaliteitszorg, advocaten, vragen derden, fraude).
- 7) *Standaard Professionele herbeoordeling (2000)*
Drie indicaties voor herbeoordelingen op initiatief van de verzekeringsarts, anders dan op verzoek of wettelijk voorschrift: prognose, beoordeling herstelgedrag en na toekenning 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden'.
- 8) *Protocol Samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS (1996)*
Er wordt gewerkt met een persoonsprofiel van de cliënt, de verzekeringsarts wordt bij de functieselectie betrokken, ook de verzekeringsarts rapporteert aanvullend over na overleg geschikt geachte functies.
- 9) *Beleidsadvies Toegenomen arbeidsongeschiktheid door dezelfde doorzaak (1996)*.
Toename van beperkingen door dezelfde oorzaak als bij een eerdere claim (Amber) wordt aangenomen, tenzij een andere oorzaak vastgesteld kan worden.
- 10) *Rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde (1987, 1999)*,
Vastlegging wijze van verslagleggen. Inmiddels wordt een verschillend format gebruikt in verschillende gedaantes, gestandaardiseerd door tekstverwerking.
- 11) *Standaard Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid (1999)*(vervangen door de *Standaard Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid 2014*)
Invulling van de causaliteitsvraag vanwege aanspraken op (100%) ziekengelduitkering.

Daarnaast is er nog een *gedragscode* (1997) en een *werkmodel deskundigenoordeel* (1996). De diverse standaarden/richtlijnen zijn niet geactualiseerd, behoudens revisie van de (inmiddels) richtlijn *Beheer medische gegevens vallend onder het beroepsgeheim van de verzekeringsarts* (maart 2010, UWV), en de (inmiddels) richtlijn *Zwangerschap en bevalling als oorzaak van ongeschiktheid voor haar arbeid* (mei 2014, UWV). Het *protocol participatiegedrag* (januari 2010, NVVG) vult het medisch arbeidsongeschiktheids criterium aan inzake het herstel- en participatiegedrag. De *standaard duurbelastbaarheid in arbeid* (januari 2014, UWV) is onlangs geactualiseerd als regelgeving door de sociale verzekering.

1.3. Protocollen en richtlijnen

1.3.1. Gezondheidsraad

- Beoordelen, behandelen begeleiden, medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (2005/10)*
- Protocol overspanning (2006/22)*
- Protocol depressieve stoornis (2006/22)*
- Protocol chronisch-vermoeidheidssyndroom (2007/12) (vervangen door de multidisciplinaire 'Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)', februari 2013)*
- Protocol lumbosacraal radiculair syndroom (2007/12)*
- Protocol angststoornissen (2007/5)*
- Protocol beroerte (2007/5)*
- Protocol borstkanker (2007/5)*
- Protocol whiplash associated disorder (2008/11)*
- Protocol specifieke lage rugpijn (herziening 2008, 2008/11)*
- Protocol hartinfarct (herziening 2008, 2008/11)*

1.3.2. NVVG

Protocol chronische schouderklachten (2008)
Protocol schizofrenie en aanverwante stoornissen (2008))
Protocol chronisch hartfalen (2008)
Protocol COPD (2008)
Protocol artrose heup en knie (2008)
Protocol chronische nierschade (2009)
Protocol borderline persoonlijkheidsstoornis (2009)
Protocol darmkanker (2009)
Protocol diabetes (2009)

1.3.3. Multidisciplinaire ('3B')richtlijnen

- Chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)
- Guillain-Barré Syndroom
- HIV en arbeid
- Q koortsvermoeidheidssyndroom
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
- STECR Richtlijnen (extern) (niet NVAB-geaccordeerd)
- STECR Werkwijzer Arbeidsconflicten (pdf)

1.3.4. Instructies UWV

- Borging beheer en verkeer medische gegevens van klanten in de ZW-arbo (2014)
- Richtlijn internationale gevalsbehandeling (2013)
- Richtlijn ontwikkelingsstoornissen Wajong (2010)
- Richtlijn sociaal-medisch handelen bij het vermoeden van gezondheidsfraude (2011)
- Suïcidedreiging en de rol van de verzekeringsarts
- Verkorte claimbeoordelingsprocedure WIA > 65% verdiensten bij EWT
- Beoordelingskader van de duurzaamheid van arbeidsbeperkingen

1.3.5 NVAB richtlijnen

De NVAB-richtlijnen zijn primair bedoeld voor bedrijfsartsen en de ziekteverzuimbegeleiding bij de publieke verzekeringen. De NVAB-richtlijnen zijn geautoriseerd door de Autorisatiecommissie waarin ook een lid namens de NVVG zitting heeft. Ze zijn ook toepasbaar en bruikbaar voor verzekeringsartsen bij de beoordeling van verzuim. Een NVAB-leidraad is een procesdocument dat minder gericht is op inhoud maar vooral omschrijft *hoe* bepaalde zaken kunnen worden uitgevoerd, doorgaans in de vorm van een stappenplan.²³

Er zijn in totaal 23 richtlijnen, acht leidraden, twee blauwdrukken²⁴ en één samenvatting²⁵.

Psyche: 6 richtlijnen:

1. Werkdruk
2. Werk-privé balans
3. Agressie en geweld

²³ Leidraden NVAB: <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/leidraden-NVAB> d.d. 8 april 2015.

²⁴ Blauwdruk: Ontwerp, schets, voorlopig plan. Bron: Van Dale Pocket Nederlands app. Versie 3.58.827.

²⁵ Samenvatting: NVAB geeft, desgevraagd, aan: "Moge voor zich spreken". Van Dale Pocket Nederlands app.: "Korte weergave".

667 4. Overspanning, burnout /LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak)
668 5. Psychische problemen
669 6. Depressie (januari 2017; samenwerking NVAB, NVVG, GAV)
670
671 Bewegingsapparaat: 5 richtlijnen waarvan 2 ook in het Engels:
672 1. Lichaamstrillingen
673 2. Vermindering van tilbelasting om rugklachten te voorkomen (ook in het Engels)
674 3. Computerwerk
675 4. Rugklachten
676 5. Klachten arm, nek, schouder (ook in het Engels)
677
678 Luchtwegen: 2 NVAB-richtlijnen:
679 1. Obstructief Slaapapnoesyndroom en werk - OSAS
680 2. Astma en COPD
681
682 Huid: één richtlijn:
683 Contacteczeem: preventie en behandeling
684
685 Zintuigen: 2 richtlijnen:
686 1. Ogen: computerwerk
687 2. Oren: preventie van beroepsslechthorendheid
688
689 Infectieziekten: 4 richtlijnen met 1 samenvatting:
690 1. Arbeid en Lymeziekte
691 2. Influenzapandemie in arbeidsorganisaties
692 3. Prikaccidenten (samenvatting voor de bedrijfsarts)
693 4. Influenza: preventie en outbreak control
694
695 Chronische ziekten: 2 richtlijnen:
696 1. Diabetes en Arbeid
697 2. Ischemische hartziekten
698
699 Overig: 2 richtlijnen:
700 1. Bevorderen van veilig gedrag in productieomgeving
701 2. Zwangerschap, postpartumperiode en werk (ook in het Engels en samenvatting (in het
702 Engels))
703
704 Twee blauwdrukken:
705 1. Blauwdruk Participeren en functioneren
706 2. Blauwdruk kanker en werk
707
708 Tevens zijn er 8 leidraden:
709 1. PMO: Preventief Medisch Onderzoek van Werkenden
710 2. Casemanagement bij ziekteverzuimbegeleiding
711 3. Bedrijfsarts en Privacy
712 4. Medische verklaringen door de bedrijfsarts
713 5. Verplichte Medische Keuringen
714 6. Aanstellingskeuringen
715 7. RIE-toets
716 8. verwijzen door de bedrijfsarts

Bijlage 3. Jurisprudentie

Bestuursrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie is te vinden op:
www.rechtspraak.nl

Belangrijke ontwikkelingen in de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep zijn te vinden op:

www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Ontwikkelingen-in-de-jurisprudentie/Paginas/default.aspx

en:

www.rechtspraak.nl/Organisatie-en-contact/Organisatie/Centrale-Raad-van-beroep/Over-de-CRvB/Publicaties/Paginas/default.aspx

Tuchtrechtelijke uitspraken die betrekking hebben op verzekeringsartsen zijn te vinden op:
tuchtrecht.overheid.nl/nieuw/gezondheidszorg

Bijlage 4. Causaliteit

Causaliteitsvragen komen in de hele verzekeringsgeneeskunde aan de orde, bijvoorbeeld (niet limitatief):

- het medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC) vraagt ‘...als rechtstreeks en medisch objectief vaststelbaar gevolg van ziekte of gebrek...’;
- ‘van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn functioneren’
- de rechten van vrouwen die arbeidsongeschikt zijn ‘...als gevolg van zwangerschap of bevalling...’ verschillen van de rechten bij arbeidsongeschiktheid door een andere oorzaak;
- toegenomen beperkingen kunnen afhankelijk van wel of niet ‘...door dezelfde oorzaak ...’ andere uitkeringsgevolgen hebben;
- beroepsziekten kunnen andere (financiële) consequenties hebben dan ziekten die niet als beroepsziekte worden erkend;
- bij ongevallenverzekeringen moet er sprake zijn van een rechtstreeks en uitsluitend ongevalsgevolg
- het Militair Invaliditeits Pensioen (MIP) voorziet in aanspraken vanwege dienstverband aandoeningen’.
- bij letselschade staat de vraag centraal in hoeverre aandoeningen of beperkingen ongevalsgevolg (of gevolg van een medische fout) zijn.
- bij beoordelingen van uitsluitingen: niet meeverzekerd is arbeidsongeschiktheid veroorzaakt door ...of de verzekerde is arbeidsongeschikt geworden of heeft een ongeval gehad door het gebruik van geneesmiddelen, verdovende middelen of opwekkende middelen zonder voorschrift van een arts....