

Het probleem met verzekeringsartsen bij de beoordeling van ME en Fibromyalgie

Toen ik in het begin begon te zoeken naar een expert die mij wou verdedigen, heb ik er zeker een dertigtal opgebeld (ik kwam uit de branche en bezat de lijsten van medische experts. Om een bepaalde reden vindt men deze niet in de telefoonboeken) en heb er een tiental bezocht. Bij de meeste kreeg ik het antwoord dat zij geen ervaring hadden met de materie ,deze niet beheersten en dan ook het dossier niet konden aannemen.

Verwonderlijk was dan wel, dat ik deze mensen later tegenkwam in dossiers van andere patiënten als expert van verzekerings instellingen,mutualiteiten riziv en zelfs in een latere fase als gerechtsexperten. Nu het zal wel zijn dat die instellingen beter betalen en hen meer dossiers kunnen doorschuiven, waardoor ze individuele aanvragen weigeren. Langs de andere zijde gaven deze experts intussen toe niet op de hoogte te zijn van ME en Fibro

Nog meer verwonderlijk was dat deze experts niet vies zijn van een beetje cumul. Ze zijn gelijktijdig raadgevend expert van Fortis, ING, arbeidsrechtbank, rechtbank eerste aanleg, politierechtbank maar treden dan ook nog eens op als verzekeringsarts voor deze maatschappijen, en last but not least geven ze les in Het Huis der Verzekeringen (opleidingscentrum Assuralia) om info te verschaffen aan de juristen en dossierbeheerders om de uitleg van medische problemen beter te kunnen beoordelen.

<http://tinyurl.com/2bsdzs> . Niet moeilijk te begrijpen dat de beïnvloeding hier reeds begint.

Is dit Kafkaiaans, corrupt, of totaal idioot ? Stel u voor : u wil klacht indienen tegen een verzekeringsarts, die in opdracht van zijn opdrachtgever uw zaak jaren aan het lijntje houdt (bij minnelijke medische schikking) en u komt terecht bij dezelfde mensen, die de ene keer aan de ene kant van de barrière staan en de volgende keer aan de andere kant en liefst met de big smile op hun gezicht elkaar blijven aanspreken met waarde collega . Denken ze op dat ogenblik soms aan hun portefeuille ? Mensen die de ene keer dit standpunt innemen over een zaak, en de andere keer dat standpunt verdedigen,afhanginge van de opdrachtgever, zijn geen experts meer met een eigen visie,maar kameleons die hun eigen mening herzien in de richting van het meest financieel gewin.

Verzekeringsmaatschappijen durven zich nog al eens beroepen op de clause dat een aandoening of arbeidsongeschiktheid niet vergoed wordt als deze aandoening of arbeidsongeschiktheid niet controleerbaar is door middel van geneeskundig onderzoek of als die geen objectieve symptomen vertoont.

Een rechtbank bekeek dit nochtans anders!!!

Volgens de rechtbank zijn deze clauses nochtans bestemd om de rechtsverhouding te regelen van de verzekeraar met verzekerden die doorgaans leek zijn op het medisch gebied. Het staat de verzekeraar weliswaar vrij zelf te bepalen in hoeverre hij dekking wenst te bieden,maar dat neemt niet weg dat de verzekeraar zijn bedoeling in zijn polisvoorwaarden tot uitdrukking dient te brengen op een wijze die voor een kandidaat -verzekerde duidelijk en begrijpelijk is.

De rechtbank kwam na nauwkeurige lezing van de polisvoorwaarden tot de conclusie dat verzekeringsnemer uit de tekst niet behoefde af te leiden dat geen recht op arbeidsongeschiktheiduitkering zou bestaan indien geen werkzaamheden meer verricht kunnen worden als gevolg van een aandoening, waarvan weliswaar geen medisch te objectiveren afwijkingen/symptomen konden worden vastgesteld, maar waarbij niettemin volgens gespecialiseerde medici sprake was van een herkenbaar en benoembaar klachtenbeeld.

Volgens de rechtbank neemt dit niet weg dat de maatschappij haar bedoeling in haar polisvoorwaarden tot uitdrukking dient te brengen op een wijze die voor een kandidaat -verzekerde duidelijk en begrijpelijk is, gezien enerzijds een kandidaat-verzekerde de polisvoorwaarden nu juist niet met bepaalde aandoeningen voor ogen, zal lezen, omdat immers bij het aangaan van de verzekering niet bekend is door welke aandoening de verzekerde zal worden getroffen, terwijl anderzijds de verzekeraar over voldoende mogelijkheden beschikte om haar bedoeling duidelijker tot uitdrukking te brengen, namelijk door een uitdrukkelijke uitsluiting op te nemen voor gevallen van fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom

en door die gevallen met name te noemen als voorbeelden van gevallen waarin geen dekking wordt geboden. Een dergelijke min of meer expliciete formulering was ook daarom aangewezen, omdat de polisvoorwaarden het doel van de verzekering geheel algemeen omschrijft als het verlenen van uitkering bij derving van inkomen door de verzekerde ten gevolge van diens arbeidsongeschiktheid.

Het is bekend dat medische experts zeer dogmatisch aangelegd zijn en zich van nature uit verheven voelen boven hun patiënten. Patiënten zijn immers onwetend, hebben geen zelfkennis, door hun ziek zijn worden ze van vandaag op morgen van intelligente wezens plots wereldvreemd, willen niet werken en staan steeds te faken teneinde een uitkering te krijgen. Dat hun inkomen door hun ziek zijn van vandaag op morgen kan verminderen van 7500€/maand naar 750€ is waarschijnlijk van ondergeschikt belang.

Discussie gaan deze dokters steeds uit de weg door zich uit te drukken in hun eigen taal waardoor de leek automatisch de mond gesnoerd wordt. Vakjargon is immers een deel van de geheime code waarachter men zich verschuilt als men het zelf niet weet of niet begrijpt. Kenschetsend hierbij is dat ze het jargon van hun eigen collegae die een andere discipline van de geneeskunde beoefenen ook niet verstaan, wat de beoordeling en de communicatie over de diagnoses nog dat extra tintje bijgeeft.

De arrogantie die deze mensen t.o.v. hun patiënten vertonen grenst aan het ongelooflijke; Ze voelen zich almachtig. Wie durft zich immers tegen hun oordeel verzetten? Ze weten maar al te goed hoeveel een beroepsprocedure tegen hun besluiten kost, dat vele patiënten gewoon deze procedure niet aankunnen (noch fysisch, noch financieel) en er zich dan maar bij neerleggen.

Nochtans wanneer men ze een beetje bestudeert ziet men barsten in hun pantser. Men stelt zich de vraag waarom ze angstige trekjes vertonen. Hoeven ze ook prestatiecijfers te halen? Ligt hun liquidatiepercentage per maand niet te laag? Krijgen ze tegenwind van patiënten die niet tegenstaande hun handicap toch nog een zekere weerstand bezitten?

Ergens kan men hun angst begrijpen gezien hun asociale leefomstandigheden. Gemiddeld 7h per dag in een kamertje van max. 40 m² volgepropt met allerlei materiaal en kasten. Hun leefwereld. Verschillenden zitten in het halfduister, soms door omstandigheden wegens constructie gebouw, soms omdat ze zich veiliger voelen in hun beslotenheid. De ganse dag, de ganse week worden ze geconfronteerd met steeds dezelfde patiënten met steeds dezelfde weerkerende klachten, die op voorhand weten dat zij er niet zitten om naar hun klachten te luisteren, maar wel om ze te minimaliseren en te ontkrachten met alle daartoe toegelaten en soms minder toegelaten methodes en zich hiertegen zoveel mogelijk proberen te verdedigen. Zouden deze mensen gezien hun leefomstandigheden om de 5 jaar niet psychiatrisch moeten geëvalueerd worden? (<http://tinyurl.com/24sorf>)

Tegenspraak wordt niet geduld. Een patiënt die de moed heeft zich te verdedigen, opmerkingen durft te formuleren, wordt aanzien als subversief en werkt het onderzoek tegen, wat vaak aangehaald wordt om de tegemoetkoming of medische bijstand te schrappen.

Je ziet er nog goed uit ! Een laconieke opmerking die de meeste van ons zeker reeds ten te horen kregen. Opmerkelijk hierbij is dat wanneer men durft repliceren , " een dode die opgemaakt is ziet er ook goed uit " of je vertelt domme praat en toch zie je er niet dom uit , het onderhoud afgelopen is. Enige humor is deze mensen totaal onbekend.

Beroepsethiek is ver te zoeken wanneer men een vergelijking durft te maken tussen hun houding en gedrag t.o.v. hun patiënten en hun eed van Hypocrates en hun deontologische code.

Wanneer men echter koppig het been stijf houdt (gevaarlijk standpunt, want men is niet ziek als men zich zo agressief kan verweren) en tegen hun handelwijze ernstig ingaat ontdekt men ook hun besluitloosheid en verdagen ze hun uitspraak liever naar een volgende zitting. Iets op de lange baan schuiven is immers een fantastisch uitwijkmiddel, wanneer men gecontesteerd wordt. Hoeft het dan nog te verwonderen dat ze eveneens gebukt gaan onder de stress van onze moderne maatschappij? Alleen zij hebben daar geen hinder van. Misschien juist daarom dat ze dit op hun patiënten overbrengen. Zou de patiënt die ziek is

immers niet meer last hebben van stress dan zij? Dus automatisch heeft elke patiënt stress. Een onderbouwing hiervan is nergens voor nodig! Zij zien dit op zicht.

De vaststelling van de lichamelijke en psychische gevolgen van een ziekte gebeurt door een geneesheer. De gebruikelijke procedure is dat de patiënt de verzekeraar medische attesten bezorgt, waaruit blijkt welke gevolgen de ziekte dreigt na te laten.

De verzekeraar zal de patiënt laten oproepen door zijn raadsdokter, die zijn onderzoeken zal herhalen tot er sprake is van consolidatie. De patiënt moet zelf aantonen dat hij ziek is. Aangezien de bewijslast op zijn schouders rust laat hij zich best bijstaan door een eigen raadsgeneesheer. Anders heeft hij toch niets te zeggen. (schending van recht op vrije meningsuiting)

Meestal gaat het om artsen die een bijkomende opleiding hebben gevolgd in evaluatie van menselijke schade. Het grote probleem is echter dat er quasi geen expertiseartsen zijn die een opleiding kregen in ME en fibromyalgie. Hoeveel verzekeringsartsen kunnen zeggen dat ze buiten hun persoonlijke specialisatie, gelijktijdig op de hoogte zijn van immunologie, inspanningsfysiologie, psychologie, pathofysiologie (studie die zich bezighoudt met biologische mechanismen waardoor ziekte veroorzaakt en in stand gehouden wordt), immuundisregulatie en cellulaire immuundisregulatie, proteomics (het bestuderen van de eiwitten) en genomics (genenactiviteit)?

Deontologisch zouden deze artsen dus in feite opdrachten moeten weigeren aangezien ze niet over de nodige bevoegdheden beschikken. Erger is nog dat men de rapporten van wel gespecialiseerde artsen naast zich neerlegt, als het rapport van die of die persoon komt. Het enige wat ze hierbij kunnen is hun onwetendheid weglachen en weghonen. Onwetendheid is begrijpelijk. Onwetendheid duur laten betalen als onaantastbare deskundigheid is onbegrijpelijk en onaanvaardbaar.

Of baseren ze zich nog steeds op de woorden van een neuro-psiater gerechtsexpert, dat een specialist verzekeringsarts wordt geacht over voldoende medische inzicht te beschikken om een toestand van een patiënt te beoordelen. Om het cru te stellen een psychiater kan aangesteld worden om mislukte hartoperaties te beoordelen. Waarom zijn er dan nog specialisaties? Spijtig genoeg zijn onze rechtbanken het nog steeds eens met dit principe???

Het onderzoek door de raadsdokter van de verzekeraar is een vorm van éézijdig deskundigenonderzoek. De vaststelling van de schade moet echter in principe op tegenspraak gebeuren. Als de schadelijder de besluiten van de raadsdokter van de verzekeraar aanvaardt, kunnen deze de basis van een minnelijk akkoord vormen.

Een veel gebruikte werkwijze die aan deze vereiste van de tegenspraak tegemoetkomt, is de zogenaamde minnelijke medische expertise.

Een minnelijke medische expertise is een overeenkomst, waarbij elke partij (de verzekeraar en de patiënt) een arts aanstelt, aan wie ze opdragen om de medische gevolgen van de ziekte te beschrijven en te kwantificeren. Het is gebruikelijk, dat de geneesheren op voorhand een derde geneesheer aanduiden, die als taak heeft een beslissing te nemen wanneer zij onderling niet tot een akkoord komen. Het probleem hieraan is dat de wetgever hier geen duurtijd op gekleefd heeft, zodat een minnelijk medische expertise die 10 jaar duurt geen unicum is, (<http://tinyurl.com/3y89js>) of nooit een oplossing biedt als men niet over de middelen beschikt om zich tot de rechtbank te wenden, aangezien een verzekeringsarts niet kan verplicht worden tot het stellen van een diagnose of m.a.w de ideale vergeetput voor maatschappijen om hun klanten er in te dumpen.

Wanneer door de verzekeraar een minnelijke medische expertise wordt voorgesteld, moet erop gelet worden dat geen kosten ten laste van de benadeelde worden gelegd (enkel honorarium eigen raadsdokter is ten laste), en dat aan de uitslag van de expertise geen onherroepelijk en bindend karakter wordt toegekend. Verzekeringsmaatschappijen die deze clausule in hun polis zetten plegen een inbreuk op de bestaande rechtszekerheid.

De **minnelijke medische schikking** is zo **corrupt**, gezien de aangestelde verzekeringsarts de regels bepaalt, dat advocaten nog enkel een procedure in gang zetten als patiënt een rechtsbijstandsverzekering heeft. De advocaat ziet zich dan verzekerd van een minimum inkomen van 12500€ tot 18500€ volgens de waarborgen van de polis rechtsbijstand. Zijn er geen resultaten kan hij toch zijn gedane prestaties in rekening brengen. Uiteindelijk is een advocaat niet resultaatgebonden zoals bv in Nederland: geen resultaat, geen betaling.

De vaststelling van letselschade kan ook gebeuren door een **gerechtelijke expertise**.

De deskundige zal dan worden aangesteld door de rechtbank. In de meeste verzekeringspolissen is deze **clausule vervangen** door de hiervoor aangehaalde minnelijke medische expertise die dus ruimte laat om de zaken doelbewust op de lange baan te schuiven en het zo de patiënt moe te maken.

Bij een gerechtsexpertise is het gebruikelijk dat schadelijder en verzekeraar zich laten bijstaan door hun raadsdokter.

De gerechtsdeskundige moet het principe van de tegenspraak eerbiedigen, en mag geen expertiseverrichtingen verrichten buiten de aanwezigheid van de partijen. Hij zal dikwijls gespecialiseerde onderzoeken bevelen (b.v. medische beeldvorming) of het advies van andere deskundigen inwinnen. De gerechtsdeskundige zal aan de partijen voorverslag mededelen, waarop zij opmerkingen kunnen formuleren. Het verslag van een gerechtsdeskundige is niet bindend, en geldt als advies voor de rechter. Het wordt wel meestal door de rechter gevolgd, toch kan de rechter het advies naast zich leggen.

In de eerste plaats dient beklemtoond te worden dat iedere arts die belast is met een deskundigenonderzoek (dus ook verzekeringnantsen, riziv-artsen, medische adviseurs), onpartijdig en onafhankelijk moeten zijn bij de vervulling van zijn/haar opdracht. Deze eigenschappen zijn immers inherent aan om het even welk deskundigen onderzoek .

Deze begrippen betekenen in de eerste plaats dat de deskundige volledig onafhankelijk moet zijn van de partijen in het geding en geen enkele band mag hebben met het geschil waarin het deskundigenonderzoek bevolen is.

In een ruimere zin betekenen onafhankelijkheid en onpartijdigheid bovendien dat de deskundige zijn opdracht moet vervullen in volledige objectiviteit, zonder beïnvloed te worden door enige druk, zoals druk door een overheid en publieke opinie, noch door het nastreven van een persoonlijk belang, bijvoorbeeld de wil om een rechter, een advocaat of één van de partijen te behagen in de hoop andere opdrachten te krijgen, noch door filosofische, godsdienstige, politieke, culturele, taalkundige of andere opvattingen. Zowel het Gerechtelijk Wetboek als de Code van geneeskundige plichtenleer bevatten voldoende precieze regels om de **onafhankelijkheid en de onpartijdigheid te verzekeren van de gerechtelijk deskundige of van de met een deskundigenonderzoek belaste arts ten opzichte van de partijen en van het geschil waarin hij dient op te treden.**

[Artikel 119 van de Code van geneeskundige plichtenleer](#) van zijn kant bepaalt zeer algemeen

“dat de arts belast met een deskundigenonderzoek “de bepalingen van deze Code moet naleven” en “geen opdracht mag aanvaarden die tegen de medische ethiek indruist”. Hier kan men zich natuurlijk de vraag stellen in hoeverre ze de nodige kennis over ME of Fibromyalgie bezitten.

Uit het voorgaande vloeit voort dat wanneer de deskundige geen persoonlijke of rechtstreekse band met een partij in het geding of met het geding zelf heeft, geval per geval dient te worden onderzocht of hij over voldoende onafhankelijkheid beschikt om de opdracht te vervullen.

En toch heeft zelfs de orde der geneesheren hierover reeds haar twijfels geuit : <http://tinyurl.com/3594kr>
- <http://tinyurl.com/37lzc7>

De vraag over de economische band die kan bestaan tussen een deskundige ,een partij en een grote aanbrenger van deskundigenonderzoeken, is delicaat. Bepaalde verzekeringsmaatschappijen vragen regelmatig de aanwijzing van dezelfde deskundige zodat het geheel van expertises door deze maatschappij "aangebracht" aan de deskundige een niet verwaarloosbaar percentage uitmaakt van de inkomsten van deze deskundige. Deze laatste zou aldus voor een belangenconflict kunnen komen te staan. In dat opzicht dient opgemerkt te worden dat de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de deskundige, zoals deze van de rechter, beoordeeld moeten worden door zich niet alleen af te vragen of de situatie waarin de deskundige zich bevindt, meer bepaald op economisch vlak, van dien aard is dat ze hem belet zijn opdracht onpartijdig, sereen en belangeloos te vervullen, maar ook of deze situatie van dien aard is dat ze in hoofde van de partijen en van de derden een wettige verdenking teweegbrengt met betrekking tot de onpartijdigheid van de deskundige.

Sommige bijzondere omstandigheden daarentegen kunnen aanleiding geven tot een gewettigde verdenking ten opzichte van de expert. Wij citeren als voorbeeld een situatie waarin de expert in een geschrift een geëngageerd of zelfs militant standpunt zou hebben ingenomen over een vraag die ernstig wordt betwist in wetenschappelijke kringen, terwijl precies deze vraag wordt gesteld in het kader van zijn expertiseopdracht of een bepaalde invloed kan uitoefenen op de conclusies ervan.

Het probleem is echter dat de deontologische code geen wet is, dat artsen zich daaraan dan ook weinig storen, dat patiënten niet gehoord worden bij de orde der geneesheren (<http://tinyurl.com/2y3r3x>) en dat de patiënt zich nog steeds tot de rechtbank dient te wenden met alle financiële gevolgen van dien.

Patiënten met lichamelijke klachten waarvoor geen duidelijke somatische oorzaak kan worden aangetoond vormen een groot probleem in de dagelijkse praktijk van de controlearts. Er zijn dan ook nauwelijks verzekeringsartsen die Me of Fibro ernstig nemen. Bewust of niet bewust ?

We gaan hier verder op in :

Gezien het voorgaande is het dus eerder normaal te noemen dat er een harde strijd en heel wat commotie ontstaat wegens harde aanwijzingen van misstanden, corruptie en fraude in deze zaken waarbij verzekeraars, verzekeringsartsen en hun relaties bij betrokken zijn.

Om een goed inzicht te krijgen in de werkwijze van verzekeraars en hun relaties bekijken we de medische aspecten: de somatische en het psychosociale. De somatische aspecten zijn duidelijk ondersteund door een overvloed aan medisch-wetenschappelijke artikelen. (zie <http://tinyurl.com/2r5hzv> - 300MB wetenschappelijke lectuur en verwijzingen)

Over het algemeen kan men, aan de hand van medisch-wetenschappelijk onderzoek, internationale onderzoeken en literatuur, de conclusies trekken dat er wel degelijk lichamelijke afwijkingen zijn bij mensen met cvs/fibro mits men gedegen, consistent, onafhankelijk en objectief onderzoek doet. Onderzoek vrij van beïnvloeding door de commercie / verzekeraars. Dit is namelijk één van de grootste problemen

Hieronder treft U een beknopte analyse aan, met als doel de oorzaak van deze commoties te vinden, het begrijpen van de werkwijze van verzekeraars en het ontstaan van de misstanden en de psychosociale problemen bij cvs en fibromyalgie patiënten. (zie o.a. : <http://tinyurl.com/2j399q>)

We komen tot het besluit dat d.m.v. slimme, onrechtmatige constructies (waarbij zelfs overheidsgeld(!) geld van de samenleving, onrechtmatig wordt aangewend), fraude en het uitoefenen van psychische terreur door schadeverzekeraars en hun relaties ,de schade wordt afgewenteld op de patiënten zelf, de samenleving en de overheid.

Het is een spel van frauderen, sjoemelen en het uitoefenen van psychische terreur, waardoor het slachtoffer vanzelf psychisch gaat decompenseren (het krijgen van een (nieuwe) psychose), zodat het net lijkt alsof het ontspoorde psychische component de hoofdoorzaak is van blijvende invaliditeit. Onder decompenseren wordt verstaan, dat iemand uit balans raakt door een opeenstapeling van psychische spanningen of door allerlei angsten, al dan niet veroorzaakt door omstandigheden van buitenaf: men heeft op zo'n moment niet genoeg draagkracht voor de aanwezige draaglast.) De fysieke component wordt hierdoor handig naar de achtergrond verdrongen. Op handige wijze, dankzij hulp van zgn. hulpverleners, wordt door schadeverzekeraars hierop ingespeeld.

Tevens komen we tot de vaststelling dat er dankzij dezelfde constructies grof geld wordt verdiend aan het leed van anderen; het uitbuiten of uitmelken van patiënten. Het is niet moeilijk zich voor te stellen dat patiënten te kampen hebben met lichamelijke- en psychosociale problematiek (vanwege de lichamelijke gebreken, het verlies van werk en inkomen, etc.). Het is ook bekend dat er een interactie tussen beiden bestaat; ze kunnen zelfs elkaar versterken, waardoor het zelfs voor de meest integere en objectieve medicus moeilijk te achterhalen is of de psychosociale problematiek primair of secundair is.

Door verzekeraars wordt hier handig en op vernuftige wijze op ingespeeld.

Bij bestudering van diverse dossiers valt ons op dat de meeste verzekeraars, in grote lijnen de volgende systematiek en fasen volgen:

1. Inslapen

Het merendeel van de patiënten heeft in de aanvangsfase zodanige klachten dat men geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt is. Door middel van cognitieve gedrags- en bewegings therapie, enkel aangeraden door verzekeringsmaatschappijen en hun aanverwanten proberen velen te hardnekkig te revalideren, omdat men dreigt op invaliditeit te komen, wat dus veelal gepaard gaat met een forse terugval van het inkomen. Een klein gedeelte slaagt er tijdelijk in om zich na enkele maanden beter te voelen. Helaas ziet men echter een hoge en dan ergere terugvalfrequentie, aangezien men meestal re-integreert in het arbeidsproces terwijl er nog geen sprake is van duidelijk herstel. Na 1 jaar valt men dan definitief terug op invaliditeit. De patiënt wordt gevraagd alle medische dossiers en protocollen aan de verzekeringarts te bezorgen en wordt later uitgenodigd voor een consultatie en een constatacie dat de behandelend geneesheer toch niet corrupt is en er wordt een eerste voorlopig schadeverslag opgesteld. Daarna gebeuren er regelmatig opvolgingen van de resultaten van de behandelend geneesheer. Dit is de aanvang om de zaken op de lange termijn te schuiven, zodat de oorzaak (ongeval, ziekte, plotse gebeurtenis, oorzakelijk verband) stilaan begint te verwateren.

2. Corrumperen, besmetten, misleiding en bedrog

Wanneer de ziekte echter te lang aansleept probeert de schadeverzekeraar hier onderuit te komen. Om dit te realiseren is in hun ogen alles geoorloofd, tot fraude en corruptie toe. We zullen hieronder, stap-voor-stap, het systeem ontleden.

Cliënt wordt met zachte dwang gemanoeuvreed naar zgn. onafhankelijke medische adviesbureaus, om de behandelend geneesheer te controleren, want die zou eens het ziekteverlof van de patiënt ongewenst durven verlengen, of fraude plegen in zijn bevindingen, want verzekeringsmaatschappijen frauderen niet, het zijn volgens wetenschappelijke studies (sic), enkel cliënten en patiënten die frauderen. Of zou het zijn dat consumenten- en patiënten organisaties niet over voldoende middelen beschikken om studies te laten maken over fraude door maatschappijen? <http://tinyurl.com/ywokr5> - <http://tinyurl.com/2x679c> - <http://tinyurl.com/2ctlme>.

Hoe zou het komen dat de meeste grote advocatenkantoren voor verzekeringsinstellingen werken en zich zelf uitgeven als huisadvocaat van die of die maatschappij?

Deze medische adviesbureaus zijn zogenaamde superspecialisten die schadeverzekeraars o.a. adviseren bij het vaststellen van de graad van invaliditeit. Op straffe van het ontnemen van zijn

vergoeding dient het slachtoffer hier aan mee te werken. Later zal blijken dat deze zgn. onafhankelijke adviesbureaus, medische kabinetten en therapeutische centra het niet zo nauw nemen met algemeen geldende wettelijke normen, ongecontroleerd sjoemelen, frauderen en tevens onderdelen zijn van schadeverzekeraars.

Er is sprake van belangenverstremming : *Collusie (Collusie is een heimelijke verstandhouding, een vorm van corrupte samenspanning, ontstaan uit gemeenschappelijke belangen om het gedeelde eigenbelang te doen prevaleren boven al het andere. Bij collusie misbruiken politici , hoge ambtenaren e.a normaal onkreukbare personen hun bevoegdheden.)*. Hierdoor hebben ze al de schijn van partijdigheid tegen zich. Het zal dan ook geen toeval zijn dat de adviezen van deze door verzekeraars laat het ons gefinancierde bureaus noemen, veelal ten nadele van het patiënt uitvallen. De verslagen bevatten opvallend vaak dezelfde opmerkingen: "Er zijn geen lichamelijke afwijkingen gevonden, dus moet het psychisch zijn...". Hier zit ook geen enkele logica in. Echter, door het documenteren, archiveren en verspreiden van een dergelijke gemanipuleerde / gefraudeerde rapporten, die later van pas zullen komen bij eventuele procedures, wordt al vroeg verwarring gezaaid. Het medisch dossier wordt dus al in een vroege fase "besmet" met medische onwaarheden, voortkomend uit gesjoemel, manipulatie en het frauderen van medische feiten.

Deze verzekeringsartsen, (en hun opdrachtgevers) zijn o.m. verantwoordelijk voor de corrumpering en debilisering van de geneeskunst. Medisch oordelen, soms zonder een patiënt met die specifieke ziekte gezien te hebben of door het bewust of onbewust gebrek van de nodige medische kennis.

De verzekeringsarts beheert en behandelt het medisch dossier voor de verzekeraar. In 99 van de 100 gevallen geeft de verzekeringsarts een voor de verzekeraar gunstig medisch oordeel , en gaat hierbij meestal in tegen de onderzoeken en bewijsmateriaal van de behandelende geneesheren. Als het effen kan nemen ze hun beslissing zonder de aanwezigheid van de patiënt en zonder dat de patiënt hiertegen ook maar iets kan inbrengen.

De elementaire regels en bestaande wetgevingen (*bv. wet op patiëntenrechten, wet op de privacy*) en van de Geneeskunst (*deontologische code*) worden aan hun laars gelapt. Zijn / haar medisch oordeel wordt vervolgens wel in het medisch dossier gedocumenteerd ! Het dossier dat later een belangrijke rol zal gaan spelen in het zgn. deskundigenonderzoek en het lot van de patiënt bepaalt, wanneer deze zich tot de rechtbank wendt. Het achterover drukken van belangrijke medische informatie, het zaaien van verwarring, de voor verzekeraars belastende medische informatie van de reguliere behandelende sector, wordt buiten medeweten van het slachtoffer achterover gedrukt. (Bv. Bij de aanvraag van medische onderzoeken aan onafhankelijke artsen, wordt er voor gezorgd, dat het dossier van de patiënt niet meegegeven wordt, zodat de arts in feite onwetend is van wat hij in feite moet onderzoeken) Het gevolg: inconsistentie in het medisch dossier, zodat er twijfel gezaaid wordt omtrent de consistentie van de medische feiten en de invaliderings graad van de ziekte. Het dossier verliest hierdoor zijn samenhang, zodat zelfs de meest kritische medicus de bomen door het bos niet meer ziet en aldus op het verkeerde been wordt gezet. Het versturen, in de wereld brengen van bedrieglijke geruchten, neponderzoeken, maakt deel uit van een zorgvuldig georkestreerde campagne.

Een van de misleidende foefjes is het in de wereld sturen van bedrieglijke geruchten en zelf verzonden medisch - wetenschappelijke onderzoeken. Een bekend professor orakelt (*op basis van welke wetenschappelijke studies weet niemand*): "CVS patiënten zijn juist ziek om een vergoeding te krijgen". Deze prof bestempelt patiënten als "profiteurs" van ons sociaal systeem. Hij komt vervolgens tot de conclusie dat cvs en fibromyalgie patiënten aan het somatiseren zijn, simuleren en uit zijn op ziekte winst of claim-gedrag vertonen, dit in tegenstelling tot de internationale bevindingen en literatuur. Het stigmatiseren en in diskrediet brengen van patiënten is dan ook één van de tactieken. Het is nl. niet de eerste keer dat schadeverzekeraars en hun relaties, bedrieglijke geruchten de wereld insturen, collega's bekladden en ridiculiseren, ten einde, vanwege commerciële motieven, een bepaalde patiëntenpopulatie te stigmatiseren en in diskrediet te brengen. Het principe dat hier gehandhaafd wordt is dat als men maar lang genoeg leugens herhaalt, leugens waarheden worden die

hun eigen leven gaan leiden. Dit alles valt onder het noemer fraude en het leidt tot het misleiden van slachtoffers, bonafide hulpverleners en uiteindelijk de Rechterlijke Macht.

Belangenverstrengeling :

Opvallend is dat deze verzekeringsartsen steeds verwijzen naar studies van medici en para-medici, waarvan bekend is dat ze commerciële banden en belangen hebben met de verzekeringsbranche. Het "Ons-kent-ons netwerk". Het merendeel van de medische adviesbureaus onderhouden nauwe persoonlijke- en zakelijke banden met de verzekeringsbranche => collusie. Het merendeel van de medische adviseurs van verzekeringsmaatschappijen verwijst naar dezelfde medische adviesbureaus of therapeutische centra die zo dus een soort van dochterbedrijven worden van verzekeraars. Dit gebeurt dankzij vernuftige manipulatie van onderzoeken en medische stukken van het reguliere circuit. Op deze wijze worden verzekeraars vriendelijke rapporten geschreven, die de aanwezigheid van letsel(s) ontkennen of bagatelliseren, (*bv de bekende doodoener, iedereen heeft virussen, alleen verzwijgt men het effect van virussen op een gezond lichaam of op een lichaam wiens immuniteit gestoord is.*) en zo slachtoffers levenslang culpabiliseren en fysieke- en psychosociale schade aanrichten. Tevens wordt op deze wijze slachtoffers de juiste behandeling en zorg ontnomen en andere hulpverleners en de Rechterlijke Macht misleid.

Het bovenstaande laat door vernuftige kunstgrepen en manipulatie een overvloed van corrumperende factoren zien, met als enig doel het wegfilteren of minimaliseren van het lichamelijk letsel. De verzekeraars wrijven in hun handjes. Vervolgens doet de "verzekeringslogica" zijn werk: als het slachtoffer klachten blijft houden en er is geen lichamelijk letsel te objectiveren, dan moet er sprake zijn van psychische stoornissen. In medische termen: somatisatie! De psychiatrisering van de ziekte is dan ook zwaar belastend voor de patiënt. Verzekeringsmaatschappijen doen er immers alles aan om Cvs en fibro in de psychische hoek te duwen. De reden is éénvoudig: *"Psychische, subjectieve of zenuwaandoeningen van de verzekerde, tenzij de diagnose ervan steunt op organische verschijnselen" worden uitgesloten in polissen van ziekte, invaliditeit en gewaarborgd inkomen.*

Deze ganse structuur wordt wereldwijd georganiseerd door de Amerikaanse verzekering- en herverzekeringmaatschappij Unum die zo wereldwijd aan duizenden schadeclaims probeert te ontsnappen.(<http://tinyurl.com/2wg9ds> - <http://tinyurl.com/2pser4> - <http://tinyurl.com/2smfxy> - <http://tinyurl.com/3ayjq9> - <http://tinyurl.com/33k4rb>)

Misschien ook een verklaring waarom "De Amerfoortse verzekeringsmaatschappij (zie structuur Unum) in Nederland opdracht geeft aan prof. G.Blijenbergh om tegen 2010 te bewijzen dat cvs een psychische ziekte is en dat ING de opleiding verzekeringsartsen in België financieel ondersteunt. Dient men zich ook geen vragen te stellen bij het feit dat banken en verzekeringsmaatschappijen nog steeds personeel afvaardigen om de ministeriele kabinetten te bevolken? Met welk doel?

3. Psychische terreur en intimidatie

Wanneer patiënt of zijn advocaat aandringen op regeling wordt op subtiele en opbouwende wijze en middels herhaling van zetten van verzekeraarszijde, begonnen met het uitoefenen van psychisch terreur en intimidatie van slachtoffers, ten einde een situatie te creëren waardoor slachtoffers uiteindelijk vanzelf psychisch decompenseren. Om vervolgens door verzekeraars, en bepaalde medici de bevestiging en het verwijt te krijgen dat er inderdaad iets psychisch aan de hand is, terwijl deze situatie bewust van de kant van de verzekeraars is **UITGELOKT EN GECREËERD**: psychisch murw maken / terroriseren ==> labelen => stigmatiseren en self-fulfilling prophecy.(*het bewust of onbewust sturen op het uitkomen van een voorspelling of uitlokken van een reactie*) Dezelfde medici hebben daar een mooi woord voor: inadequaat pijngedrag of een psychosomatische reactie op pijn en verwijzen vervolgens de slachtoffers, aldus onder valse voorwendsels, naar de psychiater. Het is niet moeilijk te bedenken dat dergelijke praktijken voor slachtoffers extra traumatiserend zijn!

Inhoud en toonzetting van de correspondenties worden geleidelijk aan grimmiger. Van ontkenning en bagatellisering van het trauma en letsel, via denigrerende opmerkingen over de patiënt cliënt (*éénmaal nood aan vergoeding wordt hij niet meer beschouwd als cliënt*), sarcasme tot psychische intimidatie door te dreigen met slepende rechtszaken indien het slachtoffer zich niet laat afkopen of weigert mee te werken met de morbide spelletjes.

Het tegen elkaar uitspelen van slachtoffer en zijn advocaat of belangenbehartiger. Een veel gehanteerde methode onder verzekeraars is het niet antwoorden op correspondentie van advocaten en eigen raadsgeneesheer.

Psychisch terreur, labelen, stigmatiseren. Door bovenstaande misstanden, de herhaling van bovenstaande zetten en het gesol met slachtoffers waar velen bij betrokken en verantwoordelijk zijn en die jaren(!) kunnen voortduren, worden slachtoffers vanzelf psychisch murw of gek gemaakt, of in het ernstige geval tot wanhoop gedreven. De verzekeraars, de malafide medici krijgen bevestigd wat ze zelf uitgelokt en gecreëerd hebben!!! => het systematisch uitoefenen van psychisch terreur => het slachtoffer psychisch laten decompenseren => labelen => stigmatiseren en self-fulfilling prophecy. Viciëuze cirkel gesloten! Waarbij vervolgens (door verzekeraars gefinancierde) therapeutische centra via hetzelfde systeem er een schepje bovenop doen en er notabene flink voor vergoed worden. Een gemiddeld verzekeringsarts vraagt 300€ per zitting, sommige bureaus vragen 220€/ uur , een advocaat 100€ /uur

4. Patiënten uitbuiting en misleiding van de Rechterlijke Macht.

De patiënt wordt het financieel moeilijk gemaakt. Steeds maar weerkomende expertise zittingen, waarop telkens weer de persoonlijke adviseur aanwezig moet aanwezig zijn. Door bovenstaande weezinwekkende, mensonterende behandeling van patiënten, wordt op kunstmatige en vernuftige wijze een situatie uitgelokt en gecreëerd, waarbij het net lijkt of alles bij het slachtoffer tussen de oren zit: dus psychisch. Vervolgens laten de verzekeraars de zaken verder escaleren door een herhaling van zetten en door de ontstane psychische decompensatie handig in hun voordeel uit te buiten en door de slachtoffers vervolgens te verwijten dat het psychisch is: psychisch murw maken, terroriseren, labelen en stigmatiseren, terwijl bewust zo'n situatie wordt gecreëerd.

Het verbaast ons niets dat het merendeel van de patiënten hierdoor inderdaad een jarenlange psychotrauma ontwikkelt. De verzekeraars wrijven hun handjes warm door er op te wijzen dat er niets lichamelijks aan de hand is, maar iets psychisch. Vervolgens komen ze met ongefundeerde argumenten zoals: "Dit had ook zonder het ongeval kunnen gebeuren", zodat de verzekeraar onder alle schade uitkomt. Uiteindelijk wordt de Rechter d.m.v. het geprepareerde deskundigenbericht op het verkeerde been gezet en is het lot van het slachtoffer bezegeld.

Besluit :

Dames en Heren politici, medici, beleidsmakers,

Het is een morbide, weezinwekkend, mensonterend, psychologische-, manipulatie-, en machtsspel, waarbij slachtoffers, medici en de Rechterlijke Macht worden misleid. Het is bedacht en onderhouden door corrupte verzekeringsmaatschappijen, om weerloze groepen cvs en fibromyalgie patiënten (*maar ook andere zoals bv whiplash slachtoffers, patiënten met mindere gekende ziektes, verkeersslachtoffers enz...*) te stigmatiseren en in diskrediet te brengen, vanwege commerciële belangen. Geld telt in hun ogen meer dan een mensenleven. (Waarom zijn er zoveel zelfmoorden in België?)

Het zijn individuen die op grond van hun functie hun machtspositie misbruiken (gezien de afhankelijkheidspositie van het slachtoffer en het gebrek aan medische kennis) en hebben in wezen zelf dringend psychiatrische bijstand nodig hebben, eer ze nog meer schade aan mensenlevens aanrichten. Het is een spel van systematisch gesjoemel, frauderen en psychische terreur door steeds herhaalde zetten. Het slachtoffer wordt hierdoor ernstig getraumatiseerd. Een spel waarbij

slachtoffers en zelfs de meest integere medicus en de Rechterlijke Macht worden misleid, enkel en alleen maar om de schade af te laten wentelen op de slachtoffers zelf, de overheid, de samenleving en de belastingbetalers.

De Overheid heeft de grootste fout gemaakt door het beheer en tuchtregeling van misbruiken toe te vertrouwen aan een organisme (Orde der geneesheren) dat niet over de nodige mechanismen beschikt om deze artsen te beteugelen en wiens prioritaire activiteit op dit ogenblik het incasseren is van lidgelden van haar leden en het opleggen van zwijgplicht aan de artsen zodat deze geen oordeel kunnen of mogen uitspreken over wanpraktijken die ze waarschijnlijk dagelijks in hun praktijk tegenkomen.

Het is ook onduidelijk welke handelingen tuchtrechtelijk laakbaar zijn. Een strafrechter past het strafwetboek toe, dat is klaar en duidelijk. Maar de code van medische plichtenleer, opgesteld in 1975 en talrijke keren aangepast, is juridisch niet bindend. De tuchtraden doen aan eigen rechtsvinding, maar ook dat boezemt niet veel vertrouwen in. Daar komt bij dat de uitspraken van de tuchtraden niet systematisch worden gepubliceerd. Dat gebrek aan openheid voedt niet alleen het wantrouwen tegenover die tuchtraden. Het verhindert dat artsen en patiënten er lessen uittrekken.

Het bestaande tuchtrecht is niet geschikt als instrument om de deskundigheid en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. Vroegere pogingen om het tuchtrecht in die zin te wijzigen, onder meer door de toenmalige minister van Sociale Zaken Jean-Luc Dehaene in 1987, zijn op niets uitgelopen. Om de toekomst van het medisch tuchtrecht, en daarmee ook de orde van artsen, te vrijwaren, moet de eer en de waardigheid van het beroep als maatstaf worden ingeruild voor deskundigheid en kwaliteit van de beroepsuitoefening.

De wetgever moet nu eindelijk maar eens uitmaken wat hij wil: de orde afschaffen of ze aanpassen. (<http://tinyurl.com/39epyg>)

Is er trouwens geen recente uitspraak van het Europees hof, dat tuchtraden die sancties opleggen buiten de rechtbank om niet meer getolereerd worden? Is dit dan geen dwingende reden om spoed te zetten achter de herstructurering van de orde en het sanctierecht terug toe te vertrouwen aan rechtbanken?

De top van het bedrijfsleven, de bank- en verzekerings commissie (Assuralia, CBFA (bankcommissie)), de politiek moeten van deze zaken op de hoogte zijn. Zoals U mogelijk al kunt afleiden, is deze vorm van corruptie en systematische fraude qua ernst en omvang ernstiger dan de fiscale fraude, aangezien hier moedwillig de Volksgezondheid, de gezondheid van patiënten (o.a. door het onthouden van de juiste zorg, het aan zijn lot overlaten van patiënten en door het verwoesten van mensenlevens) op het spel wordt gezet vanwege commerciële motieven.

De geschiedenis leert ons dat oplichting en gesjoemel steeds aan het licht komen. Denk aan Lernaut en Hauspie, Dexia, Antwerpen, Charleroi, Augusta, hormonzwandel en allerlei andere fiscale fraudezaken. Zelfs bij de Europese commissie duiken er fraudezaken op. Onlangs zijn in de Verenigde Staten grote bedrijven als Enron, Arthur Andersen, Tyco, Worldcom, etc. door fraude en corruptie ten onder gegaan met medeneming van anderen. Het is daarom van algemeen belang om fraude en corruptie in welke sector dan ook, met wortel en tak aan te pakken en uit te roeien. Het is daarom noodzakelijk dat er een grootschalig onderzoek wordt ingesteld en dat er een eind gemaakt wordt aan deze praktijken.

We kunnen ons voorstellen dat het voor buitenstaanders, die nog nooit een levensbedreigende ziekte of ongeval en problemen met de verzekeringsartsen of medische adviseurs hebben meegemaakt, bovenstaande praktijken moeilijk voor te stellen zijn. Echter, de analyse is mede tot stand gekomen dankzij de ervaringen van vele patiënten dossiers. Hopelijk wordt hiermee de ogen van alle betrokkenen geopend.

Verzekeraars hebben inderdaad maar één doel voor ogen. Heel veel winst maken en bij schade vooral niet willen betalen. Een verzekeraar is er niet om een persoon die schade heeft te vergoeden! Het is een strijd tegen het grote geld die je nooit zult winnen. Onrechtvaardig beleid; wij (de westerse

maatschappij) heeft wel een grote mond over landen waar wantoestanden zijn maar we laten hier wel gemakkelijk wantoestanden toe. Wie durft er op de rem te gaan staan zodat deze praktijken niet meer mogelijk zijn. Het lijkt erop dat we overgeleverd zijn aan corrupte verzekeraars als je te maken krijgt met schadevergoedingen.

En de fraude wordt nog erger als men weet dat verzekeringsmaatschappijen voor elke ongevals-aangifte voorzieningen mogen aanleggen in hun reserves om de schade later uit te betalen. Deze voorzieningen kunnen natuurlijk fiscaal in mindering gebracht worden, wat betekent dat alle dossiers waarin de patiënt opgeeft zuiver winst zijn voor de verzekeringsmaatschappij. Hoeft het dan nog betoog dat ze hun reserves kunnen beleggen in steeds maar grotere en steeds maar luxueuzere panden?

Misschien is het eens goed dat er uitgezocht wordt hoeveel steekpenningen er over en weer gaan om te zorgen dat er vooral geen schade bedrag aan een slachtoffer hoeft te worden betaald. Al met al hopen we dat er snel iets gedaan wordt aan deze corruptie.

Ik wens niemand een ernstig ziekte of ongeval toeook al zou deze ervaring eens goed zijn voor diegene die nu zorgen dat mensen kapot gaan aan de nasleep van een schadeafwikkeling.

Samengesteld door Fransapp@gmail.com mits gebruik te maken van onderstaande teksten.

8 jaar verzekeringsinspecteur en hoofdinspecteur van verschillende verzekeringsmaatschappijen
Verzekeringsmakelaar van de oude stempel (met scholing)
20 jaar praktijkervaring bank- verzekerings kantoor
Cvs patiënt

Bibliografie:

<http://tinyurl.com/yqzjdn>

<http://tinyurl.com/2mlo5q>

<http://tinyurl.com/ymxo5s>

<http://tinyurl.com/2jo2lx>

<http://tinyurl.com/23fxks>

<http://tinyurl.com/yscpbn>

<http://tinyurl.com/3arl52>

<http://tinyurl.com/ywhhs5>