

beidsongeschikten die niet (meer) in staat zijn om deel te nemen aan het arbeidsproces?

M.J.A.C. Driessen

Malva Driessen is voormalig docent bij de Universiteit Maastricht en redacteur van dit blad

30

Onvoldoende motivering dat herstel belastbaarheid is uitgesloten

Centrale Raad van Beroep
16 oktober 2024, nr. 23/2830 WIA,
ECLI:NL:CRVB:2024:1979
(Karman)
Noot E. van den Bogaard

Verkorte wachttijd.

[Wet WIA art. 23 lid 6]

De rechtbank heeft drie deskundigen benoemd en de conclusie van de (de door haar benoemde) verzekeringsarts gevolgd dat verbetering van de belastbaarheid niet is uitgesloten. De Raad komt tot een ander oordeel.

De verzekeringsarts noemt weliswaar een aantal in zijn algemeenheid bestaande behandelmogelijkheden voor de afzonderlijke medische aandoeningen van appellant, maar heeft het mogelijke resultaat daarvan voor de belastbaarheid van appellant niet concreet toegelicht. Die toelichting is in het geval van appellant des te meer geboden, nu de neuroloog en neuropsycholoog de door appellant geclaimde cognitieve en energetische beperkingen in elk geval deels verklaren vanuit het niet-aangeboren hersenletsel en als duurzaam aanmerken.

De verzekeringsarts heeft bovendien de behandelend sector niet geraadpleegd en geen rekening gehouden met de combinatie van de medische aandoeningen van appellant, dan wel de samenwerking daartussen.

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Den Haag van 31 augustus 2023, 19/6350 (aangevallen uitspraak), tussen:

[appellant] te [woonplaats] (appellant)

de Raad van bestuur van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (Uwv)

Samenvatting

Het gaat in deze zaak over de vraag of het Uwv terecht heeft geweigerd om aan appellant met toepassing van een verkorte wachttijd vanaf 11 januari 2019 een IVA-uitkering toe te kennen. Volgens appellant was herstel van zijn belastbaarheid op die datum uitgesloten. De Raad volgt dit standpunt en komt tot het oordeel dat het Uwv appellant ten onrechte geen IVA-uitkering met toepassing van een verkorte wachttijd heeft toegekend.

Procesverloop

Namens appellant heeft mr. A. Koert, advocaat, hoger beroep ingesteld. Het Uwv heeft een verweerschrift ingediend.

De Raad heeft de zaak behandeld op een zitting van 24 juli 2024. Appellant is verschenen, bijgestaan door zijn echtgenote en mr. Koert. Het Uwv heeft zich laten vertegenwoordigen door mr. M.C. Puister.

Overwegingen

Inleiding

1. Bij de beoordeling van het hoger beroep zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.

1.1. Appellant heeft gewerkt als directeur van een kinderopvangorganisatie voor gemiddeld 42,30 uur. Hij was bij het Uwv vrijwillig verzekerd op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA). Op 7 mei 2018 heeft hij zich ziek gemeld met neurologische klachten. Appellant heeft in 1981 op 17-jarige leeftijd tijdens het windsurfen een Cerebro Vasculair Accident (CVA) gehad, oftewel een ongeluk in de bloedvaten van de hersenen, en daarbij onder meer een hemiparese links opgelopen.

1.2. Nadat appellant op 2 november 2018 een aanvraag had ingediend om met toepassing van een verkorte wachttijd in de zin van artikel 23, zesde lid, van Wet WIA in aanmerking te komen voor een uitkering op grond van de Wet WIA, heeft onderzoek plaatsgevonden door een arts van het Uwv. Deze arts heeft vastgesteld dat het aannemelijk is dat appellant beperkingen heeft ten aanzien van de mentale, fysieke en energetische belastbaarheid, voortkomend uit een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en een burn-out, maar dat verbetering van zijn functioneren niet is uitgesloten.

ten. Het Uwv heeft bij besluit van 18 januari 2019 geweigerd appelland met toepassing van een verkorte wachttijd een uitkering op grond van de Wet WIA toe te kennen, omdat hij niet volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is. Appellant heeft tegen dit besluit bezwaar gemaakt.

1.3. In bezwaar heeft de arts van het Uwv op verzoek van de verzekeringsarts bezwaar en beroep op 27 mei 2019 een fictieve Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) opgesteld, met daarin neergelegd uitsluitend de beperkingen van appellant op de datum in geding, 11 januari 2019, waarvan verbetering is uitgesloten. Het gaat daarbij om verschillende beperkingen ten aanzien van de lichamelijke belastbaarheid in de rubrieken dynamische handelingen en statische houdingen. Een arbeidsdeskundige van het Uwv heeft uitgaande van die fictieve FML voor appellant functies geselecteerd en op basis daarvan een mate van arbeidsongeschiktheid berekend van 26,53%. Een verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft vervolgens geconcludeerd dat de beperkingen ten aanzien van de lichamelijke belastbaarheid van appellant niet zullen verbeteren, omdat deze het gevolg zijn van de hemiparese die hij in 1981 heeft opgelopen. Ten aanzien van de psychische beperkingen van appellant heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep verbetering niet uitgesloten geacht, omdat deze bij een op 28 maart 2018 verricht neuropsychologisch onderzoek (NPO) niet als gevolg geduid konden worden van het CVA destijds, maar worden geduid als passend bij een burn-out. Bij beslissing op bezwaar van 26 augustus 2019 (bestreden besluit) heeft het Uwv het bezwaar van appellant ongegrond verklaard, omdat (nog) niet geconcludeerd kan worden dat appellant volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is. Appellant heeft tegen het bestreden besluit beroep ingesteld.

1.4. In beroep heeft de rechtbank achtereenvolgens neuroloog prof. dr. L.J. Kappelle, neuropsycholoog dr. J. Bruins en verzekeringsarts drs. R. Grob-Braber als deskundigen benoemd.

1.4.1. In een rapport van 25 mei 2021 en nadere reactie van 17 juni 2021 heeft neuroloog Kappelle de volgende conclusies opgenomen. Op neurologisch gebied heeft appellant de aandoeningen centraal apneusyndroom, restless legs, periodic limb movement disorder of sleep, milde hemiparese links en whiplash associated disorder. Deze aandoeningen bestonden al op de datum in geding. Het is aannemelijk dat appellant beperkin-

gen heeft ten aanzien van de fysieke, mentale en energetische belastbaarheid. Verbetering van een aantal beperkingen is mogelijk en van een aantal andere beperkingen is dit niet waarschijnlijk. Appellant heeft cognitieve en energetische beperkingen die samenhangen met het NAH. Het is waarschijnlijk dat appellant problemen ondervindt met aandacht en herinneren, dat beperkingen ten aanzien van geheugen en aandacht samenhangen met het NAH en dat deze beperkingen duurzaam zijn. Er is dus sprake is van zwaardere beperkingen dan neergelegd in de fictieve FML. Het is vanuit neurologisch perspectief niet waarschijnlijk dat er in de toekomst nog verbetering van de cognitieve en energetische beperkingen zal optreden. Om dit en de ernst van die beperkingen nauwkeurig in kaart te brengen, zou een nieuw NPO kunnen worden verricht.

1.4.2. In een rapport van 9 maart 2022 heeft neuropsycholoog Bruins vermeld zich grotendeels te kunnen vinden in wat neuroloog Kappelle schrijft en dat zij tot de volgende conclusies is gekomen. Appellant is onder andere bekend met hersenstamleasie en heeft forse energetische beperkingen en is hierdoor cognitief sterk beperkt en emotioneel beperkt. Het is zeer aannemelijk dat hij deze beperkingen op de datum in geding ook al had. Zowel de cognitieve als energetische beperkingen kunnen verklaard worden vanuit het NAH en toenemende veroudering. Verbeteringen zijn altijd mogelijk door gezond te leven en te sporten, maar in het geval van appellant is de prognose minder gunstig, omdat hij chronisch overbelast is. De combinatie hersenletsel en jarenlange overbelasting en een chronisch tekort aan kwalitatieve slaap, heeft niet alleen een negatief effect op cognitie, gedrag en emotie, maar vooral ook op het interactieve stresssysteem en het brein. Het is bekend dat langdurige chronische stress irreversibele effecten sorteert op lichaam en brein.

1.4.3. In een rapport van 31 oktober 2022 en een nadere reactie van 23 januari 2023 heeft verzekeringsarts Grob-Braber de volgende conclusies opgenomen. Wat betreft de lichamelijke belastbaarheid van appellant gelden aanvullende of verdergaande duurzame beperkingen dan opgenomen in de fictieve FML. Het feit dat appellant hersenstamletsel heeft, betekent niet dat al de ervaren cognitieve en energetische beperkingen daaraan kunnen worden gerelateerd en dat verbetering van de belastbaarheid in dat opzicht is uitgesloten. De toenemende cognitieve klachten en

disfunctioneren hangen niet alleen samen met NAH, maar ook met overbelasting en slaapklasten. Er zijn aanwijzingen dat er geen overduidelijke, directe relatie bestaat tussen het hersenstamletsel en de cognitieve klachten, dan wel dat deze klachten niet geobjectiveerd konden worden. Uit de gezamenlijke onderzoeksbevindingen komen geen ernstige cognitieve functiestoornissen naar voren. Daarnaast is verbetering van bij appellant aanwezige energetische beperkingen niet uitgesloten. De beperkte mogelijkheden in persoonlijk functioneren, sociaal functioneren en werktijden op de datum in geding, vanwege verminderde concentratie en geheugen, vermoeidheid en chronische stress, zijn niet blijvend, omdat hiervoor nog behandelmogelijkheden bestaan, dan wel omdat deze deels samenhangen met psychosociale stressoren. Ook kunnen gedragsveranderingen leiden tot meer energie overdag. De vermoeidheidsklachten zijn niet het gevolg van een defect of schade aan de hersenen.

1.5. Naar aanleiding van het rapport van verzekeringsarts Grob-Braber heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep geconcludeerd dat de fictieve FML aanpassing behoeft, omdat bij appellant ook sprake is van duurzame beperkingen voor het werken op hoogte, het in totaal maximaal vier uur staan en lopen per werkdag en het hoofd in een bepaalde stand houden tijdens het werk. Om die reden is er op 6 december 2022 een gewijzigde fictieve FML opgesteld. Uitgaande van de gewijzigde fictieve FML heeft de arbeidsdeskundige bezwaar en beroep de eerder voor appellant geselecteerde functie organisatiedeskundige, organisatieadviseur (SBC-code 713010) verworpen, omdat hierin de beperking van het hoofd in een bepaalde stand houden, wordt overschreden. De arbeidsdeskundige bezwaar en beroep heeft hiervoor in de plaats de functie leidinggevende verzorgings-, bejaardentehuis (SBC-code 772031) geselecteerd en op basis daarvan, tezamen met de eerder geselecteerde functies arbeidsdeskundige (SBC-code 721011) en studie- en beroepskeuze adviseur, decaan (SBC-code 763080), een mate van arbeidsongeschiktheid berekend van 30,39%.

Uitspraak van de rechtbank

2. De rechtbank heeft het beroep tegen het bestreden besluit ongegrond verklaard en daarmee het bestreden besluit in stand gelaten. De rechtbank heeft daartoe overwogen dat de bevindingen van neuroloog Kappelle en neuropsycholoog Bruins

worden gevolgd dat de cognitieve en energetische beperkingen van appellant samenhangen met het NAH, aangezien zij de deskundigen zijn op het gebied van een NAH en uit hun rapporten blijkt dat zij op zorgvuldige wijze onderzoek hebben verricht. Op de vraag of voor deze beperkingen nog een verbetering valt te verwachten door het volgen van een behandeling, heeft neuroloog Kappelle geantwoord dat hij het niet waarschijnlijk acht dat in de toekomst nog verbetering van de cognitieve en energetische beperkingen zal optreden. Neuropsycholoog Bruins heeft geantwoord dat verbeteringen altijd mogelijk zijn door gezond te leven en te sporten, maar dat de prognose voor appellant minder gunstig is, omdat hij chronisch overbelast is. Hoewel neuroloog Kappelle en neuropsycholoog Bruins een ongunstig beeld schetsen, kan uit deze antwoorden volgens de rechtbank niet worden afgeleid dat op de datum in geding herstel van de belastbaarheid van appellant uitgesloten moest worden geacht. Daarnaast heeft verzekeringsarts Grob-Braber ten aanzien van de door haar vastgestelde beperkingen gemotiveerd aangegeven waarom verbetering nog mogelijk is. In de overige medische informatie in het dossier ziet de rechtbank onvoldoende aanknopingspunten voor het oordeel dat op de datum in geding verbetering van de belastbaarheid van appellant was uitgesloten. Er is naar het oordeel van de rechtbank dan ook niet voldaan aan de voorwaarden voor het toekennen van een uitkering op grond van de Wet WIA met toepassing van een verkorte wachttijd en het Uvw heeft de aanvraag daartoe van appellant terecht afgewezen.

Het standpunt van appellant

3.1. Appellant is het met de uitspraak van de rechtbank niet eens. Hij heeft tegen die uitspraak aangevoerd dat hij op de datum in geding wel degelijk volledig en duurzaam arbeidsongeschikt was. Zijn duurzame cognitieve en energetische beperkingen zijn in de fictieve FML ten onrechte geheel buiten beschouwing gelaten.

Het standpunt van het Uvw

3.2. Het Uvw heeft verzocht de aangevallen uitspraak te bevestigen.

Het oordeel van de Raad

4.1. De Raad beoordeelt of de rechtbank terecht het bestreden besluit over de weigering om appel-

lant vanaf 11 januari 2019 in aanmerking te brengen voor een IVA-uitkering na een verkorte wachttijd in stand heeft gelaten aan de hand van wat appellant in hoger beroep heeft aangevoerd, de beroepsgronden. De Raad komt tot het oordeel dat het hoger beroep slaagt.

4.2. Op grond van artikel 23, eerste lid, van de Wet WIA geldt, voordat een verzekerde aanspraak kan maken op een uitkering op grond van die wet, een wachttijd van 104 weken. Volgens artikel 23, zesde lid, eerste volzin, van de Wet WIA stelt het Uvw op aanvraag van de verzekerde een verkorte wachttijd vast indien de verzekerde volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is als bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de Wet WIA. Op grond van artikel 23, zesde lid, derde volzin, van de Wet WIA wordt het einde van een verkorte wachttijd niet eerder vastgesteld dan tien weken na de dag waarop de aanvraag daartoe is ingediend.

4.3. Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is volgens artikel 4, eerste lid, van de Wet WIA hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen als gevolg van ziekte, gebrek, zwangerschap of bevalling duurzaam slechts in staat is om met arbeid ten hoogste 20% te verdienen van het maatmaninkomen per uur. Op grond van het tweede lid wordt onder duurzaam verstaan een medisch stabiele of verslechterende situatie.

4.4. Uit vaste rechtspraak van de Raad¹ volgt dat de wetgever met de regeling van de verkorte wachttijd het oog heeft gehad op die werknemers van wie het al in een eerder stadium dan na twee jaar ziekte duidelijk is dat zij volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn. In dat geval vervalt de ratio van de re-integratie-inspanningen en de financiële prikkel voor de werkgever. Om in aanmerking te komen voor een verkorte wachttijd dient volgens de wetgever wel aan een aantal voorwaarden te worden voldaan, waaronder die dat alleen een dergelijke aanvraag om uitkering kan worden gedaan als sprake is van een stabiele situatie, dat wil zeggen dat er geen mogelijkheden zijn om in arbeid te functioneren en dat er ook geen kans op herstel is. Alleen die zieke werknemers die in een evident stabiele situatie verkeren en die volledig arbeidsongeschikt zijn, kunnen in aanmerking komen voor een flexibele keuring (met een verkorte wachttijd). Het uitgangspunt

dat slechts in een onomkeerbare situatie sprake kan zijn van een verkorte wachttijd, is tot uitdrukking gebracht door in artikel 23, zesde lid, van de Wet WIA uitdrukkelijk slechts te verwijzen naar het tweede lid van artikel 4 van de Wet WIA en niet ook naar het derde lid of naar artikel 4, zonder verdere beperking. Dit betekent dat het Uvw in het kader van een aanvraag om een verkorte wachttijd slechts dient te beoordelen of sprake is van een stabiele of verslechterende medische situatie. Als herstel mogelijk is, kan geen sprake zijn van een toekenning met een verkorte wachttijd.

4.5. Volgens eveneens vaste rechtspraak van de Raad² gaat het daarbij niet om de vraag of herstel van de medische aandoeningen is uitgesloten, maar om de vraag of de betreffende aandoeningen een zodanig verloop kunnen hebben dat herstel van de belastbaarheid is uitgesloten. De beantwoording van deze vraag dient te berusten op een concrete en deugdelijke waardering van de feiten en omstandigheden die bij de desbetreffende individuele verzekerde aan de orde zijn, zo heeft de Raad eerder overwogen.³ In het geval de inschatting van de kans op herstel van de belastbaarheid berust op een (ingezette) medische behandeling, is een onderbouwing vereist die ziet op het mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde.

4.6. Zoals in 1.3 is vermeld, heeft de rechtbank een drietal deskundigen benoemd. Als uitgangspunt geldt dat de bestuursrechter het oordeel van een onafhankelijke door hem ingeschakelde deskundige kan volgen, indien de door deze deskundige gebezigde motivering hem overtuigend voorkomt. In dit geding ligt de vraag voor of de rechtbank terecht de conclusies van verzekeringsarts Grob-Braber heeft gevolgd. Die vraag wordt hier ontkennend beantwoord.

4.7. De inschatting van verzekeringsarts Grob-Braber van herstel van de belastbaarheid van appellant op de datum in geding voldoet niet aan de onder 4.5 genoemde eisen. Verzekeringsarts Grob-Braber noemt weliswaar een aantal in zijn algemeenheid bestaande behandelmogelijkheden voor de afzonderlijke medische aandoeningen van appellant, maar heeft het mogelijke

1 Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Raad van 23 augustus 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:2114.

2 Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Raad van 6 december 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:2700.

3 Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Raad van 18 december 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:4148.

resultaat daarvan voor de belastbaarheid van appellant niet concreet toegelicht. Die toelichting is in het geval van appellant des te meer geboden, nu neuroloog Kappelle en neuropsycholoog Bruins de door appellant geclaimde cognitieve en energetische beperkingen in elk geval deels verklaren vanuit het NAH en als duurzaam aanmerken. Verzekeringsarts Grob-Braber heeft bovendien de behandelend sector niet geraadpleegd, ondanks dat daar op de datum in geding voor appellant reeds verschillende behandelingen waren ingezet. Evenmin is door verzekeringsarts Grob-Braber kenbaar rekening gehouden met de combinatie van de medische aandoeningen van appellant, dan wel de wisselwerking daartussen, terwijl deze combinatie volgens informatie van onder meer de behandelend neuroloog-somnoloog van invloed is op de behandelmogelijkheden en het daarmee te bereiken resultaat.

4.8. De motivering van verzekeringsarts Grob-Braber dat herstel van de belastbaarheid van appellant niet is uitgesloten, is daarom niet overtuigend. Het Uvw heeft zich aangesloten bij deze motivering en de verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft geen aanvullende motivering gegeven die wel voldoet aan de onder 4.5 genoemde eisen, ondanks dat daarvoor in beroep en hoger beroep voldoende gelegenheid voor bestond.

Conclusie en gevolgen

5. Wat hiervoor is overwogen leidt tot de conclusie dat het hoger beroep slaagt. De aangevallen uitspraak moet worden vernietigd. Het bestreden besluit is niet voorzien van een deugdelijke motivering, zodat dit besluit moet worden vernietigd wegens strijd met artikel 7:12, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Er bestaat, mede gelet op het verhandelde ter zitting, geen verwachting dat het bestreden besluit alsnog van een deugdelijke motivering wordt voorzien, die inhoudt dat verbetering van de belastbaarheid van appellant op de datum in geding niet uitgesloten was. Dit betekent dat ervan uit moet worden gegaan dat de volledige arbeidsongeschiktheid van appellant met ingang van 11 januari 2019 ook duurzaam is. Daarom wordt aanleiding gezien om met toepassing van artikel 8:72, derde lid, van de Awb zelf in de zaak te voorzien door het besluit van 18 januari 2019 te herroepen, te bepalen dat appellant met ingang van 11 januari 2019 recht heeft op een IVA-uitkering en te bepalen dat deze

uitspraak in de plaats treedt van het te vernietigen bestreden besluit.

6.1. Aanleiding bestaat om het Uvw te veroordelen in de kosten die appellant in verband met de behandeling van het bezwaar, het beroep en het hoger beroep redelijkerwijs heeft moeten maken. Deze kosten voor verleende rechtsbijstand worden op grond van het Besluit proceskosten bestuursrecht begroot op € 624,= in bezwaar (1 punt voor het indienen van het bezwaarschrift), op € 3.500,= in beroep (1 punt voor het indienen van het beroepschrift, 1 punt voor het bijwonen van de zitting en vier keer 0,5 punt voor het geven van een schriftelijke zienswijze op een deskundigenrapport) en op € 1.750,= in hoger beroep (1 punt voor het indienen van het hoger beroepschrift en 1 punt voor het bijwonen van de zitting). In totaal is dit een bedrag van € 5.874,=.

6.2. Tot slot dient het Uvw het door appellant betaalde griffierecht in beroep en in hoger beroep van in totaal € 183,= te vergoeden.

Beslissing

De Centrale Raad van Beroep

- vernietigt de aangevallen uitspraak;
- verklaart het beroep gegrond en vernietigt het besluit van 26 augustus 2019;
- herroept het besluit van 18 januari 2019;
- bepaalt dat appellant met ingang van 11 januari 2019 recht heeft op een IVA-uitkering;
- bepaalt dat deze uitspraak in de plaats treedt van het vernietigde besluit van 26 augustus 2019;
- veroordeelt het Uvw in de kosten van appellant tot een bedrag van € 5.874,=;
- bepaalt dat het Uvw aan appellant het in beroep en hoger beroep betaalde griffierecht van in totaal € 183,= vergoedt.

NOOT

Conflict van deskundigen: het verschil tussen vakspecialisten en verzekeringsartsen

1. Deze uitspraak gaat niet over de verkorte wachttijd, maar over een conflict tussen deskundigen: twee door de rechtbank ingeschakelde vakspecialisten (een neuroloog en een neuropsycholoog) achten het niet waarschijnlijk dat de beperkingen nog zullen verbeteren, maar de door de rechtbank ook ingeschakelde verzekeringsarts

acht dat niet uitgesloten. Wie heeft er gelijk? Of beter: wie moet de rechter volgen?

2. De rechtbank volgt de verzekeringsarts. De CRvB volgt de twee vakspecialisten. De motivering waarmee de CRvB dat doet, laat zien dat de in vaste rechtspraak neergelegde motiverings-eisen serieus moeten worden genomen.

Overdaad schaadt

3. Maar wat de uitspraak ook laat zien, is dat het inschakelen van meer deskundigen niet altijd beter is. En dat als er al een duidelijk rapport is van een vakspecialist (in dit geval zelfs twee rapporten van twee specialisten), het vervolgens inschakelen van een verzekeringsarts wel eens vragen om moeilijkheden zou kunnen zijn. En in dit geval ook is gebleken.

4. Helaas is de uitspraak van de rechtbank niet op rechtspraak.nl gepubliceerd en blijkt uit de uitspraak van de CRvB niet wat de reden is geweest waarom de rechtbank het, na de rapporten van de neuroloog en neuropsycholoog, nog nodig vond ook een verzekeringsarts in te schakelen. Dat is wel relevant, want beide deskundigen hadden gemotiveerd gerapporteerd dat zij het niet waarschijnlijk achten dat de cognitieve en energetische beperkingen nog zouden kunnen verbeteren. Waarom de rechtbank dat niet toereikend vond om duurzaamheid aan te nemen en ook nog het advies van een verzekeringsarts wilde, is mij daarom eigenlijk een raadsel.

5. Bovendien vraag ik mij af of de rechtbank zich bewust is geweest van het risico dat zij daarmee nam: als de in te schakelen verzekeringsarts het met de neuroloog en neuropsycholoog eens is, voegt dat niets toe (behalve vertraging van de procedure en extra kosten); maar als de in te schakelen verzekeringsarts het niet met de neuroloog en neuropsycholoog eens is, ontstaat het probleem dat er moet worden *gekozen* tussen *tegengestelde* deskundigenadviezen.

6. Wat bij die keuze tussen de visie van de vakspecialisten en die van de verzekeringsarts relevant is, is de *precieze opdracht* en *vraagstelling* aan de verzekeringsarts. Een opdracht om uitgaande van de bevindingen van de vakspecialisten een vertaling te maken naar beperkingen in de termen van de FML-systematiek, kan bijvoorbeeld nodig zijn om te kunnen beoordelen of de belasting van de geduide functies blijft binnen de bevindingen van die deskundigen.

Wat de rechter dan dient te toetsen, is of de verzekeringsarts is gebleven *binnen de grenzen* van die opdracht en zich ook inderdaad heeft beperkt tot het vertalen van de bevindingen van die vakspecialisten en niet het onderzoek min of meer heeft overgedaan en zijn *eigen oordeel in de plaats* van dat van de *vakspecialisten* heeft gesteld. En dat is precies wat hier wel is gebeurd.

Motivering duurzaamheid

7. De CRvB toetst echter niet of de ingeschakelde verzekeringsarts is gebleven binnen de grenzen van de aan haar gegeven opdracht, maar toetst haar standpunt inhoudelijk aan zijn vaste rechtspraak over de motiveringseisen die hij in vaste rechtspraak stelt aan het oordeel over de duurzaamheid.

8. In r.o. 4.4 benadrukt de CRvB dat een *verkorte wachttijd* alleen mogelijk is in een *onomkeerbare* situatie. Of in de termen van art. 4 lid 2 Wet WIA: een medisch stabiele of verslechterde situatie.

9. Daarna vervolgt hij in r.o. 4.5 (cursivering EvdB): “Volgens eveneens vaste rechtspraak van de Raad gaat het daarbij *niet* om de vraag of herstel van de *medische aandoeningen* is uitgesloten, maar om de vraag of de betreffende aandoeningen een zodanig verloop kunnen hebben dat herstel van de *belastbaarheid* is uitgesloten.¹ De beantwoording van deze vraag dient te berusten op een *concrete en deugdelijke* waardering van de feiten en omstandigheden die bij de *desbetreffende individuele* verzekerde aan de orde zijn, zo heeft de Raad eerder overwogen.² In het geval de inschatting van de kans op herstel van de belastbaarheid berust op een (ingezette) *medische behandeling*, is een onderbouwing vereist die ziet op het *mogelijke resultaat* daarvan voor de *individuele* verzekerde”.

10. Tot slot wijst hij in r.o. 4.6 erop dat “(a)ls uitgangspunt geldt dat de bestuursrechter het oordeel van een onafhankelijke door hem ingeschakelde deskundige kan volgen, indien de door deze deskundige gebezigde motivering hem overtuigend voorkomt”. En bij de conclusies van de door de rechtbank ingeschakelde verzekeringsarts is dat niet het geval.

1 Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Raad van 6 december 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:2700.

2 Zie bijvoorbeeld de uitspraak van de Raad van 18 december 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:4148.

11. De CRvB oordeelt dat de conclusies van deze verzekeringsarts niet voldoen aan de in r.o. 4.5 geformuleerde motiveringseisen (cursivering en EvdB):

- “(Zij) noemt weliswaar een aantal *in zijn algemeenheid bestaande* behandelmogelijkheden voor de *afzonderlijke* medische aandoeningen van appellant, maar heeft het *mogelijke resultaat* daarvan voor de *belastbaarheid* van appellant *niet concreet* toegelicht. Die toelichting is in het geval van appellant *des te meer geboden*, nu neuroloog Kappelle en neuropsycholoog Bruins de door appellant geclaimde cognitieve en energetische beperkingen in elk geval deels *verklaren vanuit het NAH* en als *duurzaam* aanmerken”. Deze laatste overweging ziet op het uit r.o. 1.4.3 blijken oordeel van deze verzekeringsarts dat het feit dat appellant hersenstamletsel heeft, *niet betekent* dat al de ervaren cognitieve en energetische beperkingen daaraan kunnen worden gerelateerd en dat verbetering van de belastbaarheid in dat opzicht is uitgesloten en dat er *geen overduidelijke, directe relatie* bestaat tussen het hersenstamletsel en de cognitieve klachten, dan wel dat deze klachten *niet geobjectiveerd* konden worden. Zij stelt daarmee haar eigen oordeel in de plaats van dat van de geraadpleegde vakspecialisten.
- “(Zij) heeft bovendien de *behandelend sector niet geraadpleegd*, ondanks dat daar op de datum in geding voor appellant reeds verschillende behandelingen waren ingezet”
- “Evenmin is door (haar) kenbaar rekening gehouden met de *combinatie* van de medische aandoeningen van appellant, dan wel de *wisselwerking* daartussen, terwijl deze combinatie volgens informatie van onder meer de behandelend neuroloog-somnoloog *van invloed is op de behandelmogelijkheden* en het *daarmee te bereiken resultaat*”.

Concretisering naar individuele verzekerde

12. Het grote probleem voor verzekeringsartsen is dat niet alleen het antwoord op de vraag welke concrete behandeling voor een individuele patiënt geschikt is, niet voor iedere patiënt hetzelfde is, maar vooral dat dit behoort tot de deskundigheid van de behandelend sector. Een verzekeringsarts is nu eenmaal geen neuroloog of psychiater. Dat leidt ertoe dat de meeste

verzekeringsartsen niet veel verder komen dan algemeenheden.

Dat is geen verwijt aan de verzekeringsartsen, maar het gevolg van het feit dat zij nu eenmaal niet de kennis en ervaring hebben van een curatief specialist en ook niet beschikken over een glazen bol.

13. Maar tegelijk is de eis van concretisering naar de individuele verzekerde wel een gegeven en bovendien terecht. Het gaat immers niet om de vraag of *in zijn algemeenheid* van een bepaalde behandeling *enig effect* kan uitgaan, maar om de vraag of *die* behandeling kan leiden tot een *zodanige* verbetering van de *belastbaarheid* van *die* verzekerde dat als gevolg daarvan de *mate van arbeidsongeschiktheid* daalt tot minder dan 80% (in het kader van de Wet WIA) dan wel *arbeidsvermogen* ontstaat (in het kader van de Wajong).

Raadplegen behandelend sector

14. Het lijkt me dat er weinig discussie over zal bestaan dat de deskundigheid die is benodigd om een uitspraak te kunnen doen over de beschikbaarheid van een bepaalde behandeling, de geschiktheid van die behandeling voor de betreffende patiënt en de voor *deze* patiënt van *die* behandeling te verwachten resultaten, behoort tot het domein van de behandelend sector. Maar dat heeft wel tot gevolg dat een verzekeringsarts daarover eigenlijk niet zoveel concreets kan zeggen. Althans, niet zonder die behandelend sector daarover te raadplegen.

15. Dat de door de rechtbank ingeschakelde verzekeringsarts dat niet heeft gedaan, is helaas geen uitzondering. Mijn eigen ervaring is dat het eerder uitzondering is dan regel dat een verzekeringsarts overleg pleegt met de behandelend sector. Maar het verklaart wel waarom verzekeringsartsen vaak niet verder komen dan algemeenheden.

Combinatie van en wisselwerking tussen aandoeningen

16. Dat een combinatie van verschillende aandoeningen gevolgen heeft voor de behandelmogelijkheden en de te verwachten resultaten daarvan, lijkt mij een betrekkelijk open deur. Maar toch zie ik in veel rapportages het ontbreken van duurzaamheid gebaseerd worden op een (in zijn algemeenheid) beschikbare behandeling voor *één* van de aandoeningen, zonder dat duidelijk wordt gemaakt welke invloed daarvan zou uit-

gaan op de *totale* belastbaarheid of op de beperkingen die het gevolg zijn van de *andere* aandoeningen.

17. Zoals blijkt uit de laatste zin van r.o. 4.7 is ook hier raadpleging van de behandelend sector aangewezen.

Curatief specialist of verzekeringsarts?

18. In zijn in 2019 verschenen dissertatie schrijft verzekeringsarts Jim Faas dat in de periode 1992-2010 bij de rechtbanken vooral psychiaters, neurologen en orthopeden zijn ingeschakeld. Bij de rechtbanken vertegenwoordigen psychiaters ruim een kwart van de deskundigenbenoemingen en bij de CRvB beduidend meer dan de helft. Bij beide echelons nam het aandeel van de psychiatrie in de onderzochte jaren nog toe ten opzichte van de andere specialismen. Uit de gegevens bleek ook dat onafhankelijke verzekeringsartsen door de rechtbanken in bescheiden mate als deskundige werden ingeschakeld en door de CRvB vrijwel niet.³

19. Hoe anders is het nu: uit het jaarverslag van de CRvB over 2023 blijkt dat de CRvB in dat jaar in 129 zaken een deskundige heeft ingeschakeld, waarvan 34 keer een psychiater en 80 keer een verzekeringsarts.⁴ Er heeft dus een flinke verschuiving plaatsgevonden van de inschakeling van curatief specialisten (vooral psychiaters) naar verzekeringsartsen. De vraag is of dat een goede ontwikkeling is.

20. Gegeven het feit dat curatief specialisten doorgaans terughoudend zijn in het formuleren van beperkingen volgens de systematiek van de FML en dat in meer algemene termen doen, is de toename van het aantal ingeschakelde verzekeringsartsen op zich wel verklaarbaar. En voor zover dat gebeurt *in aanvulling* op een curatief specialist, lijkt mij dat ook niet problematisch. Maar het steeds vaker inschakelen van een verzekeringsarts *in plaats van* een curatief specialist is een ontwikkeling waarbij ik wel grote twijfels heb.

21. Die twijfels komen vooral voort uit het feit dat in de zaken waarin een deskundige wordt ingeschakeld, doorgaans sprake is van discussie over de *aard en ernst* van de aandoening(en) en over de *gevolgen* van die aandoening(en) voor het functioneren van de betrokkene. Dat zijn onderwerpen die in mijn optiek primair behoren tot het domein van de curatieve sector. En een verzekeringsarts is nu eenmaal een *algemeen* opgeleide arts, die niet beschikt over dezelfde kennis en ervaring die een curatief *specialist* op zijn terrein wel heeft.

22. Dat geldt in het bijzonder als de discussie gaat over de vraag of en, zo ja, welke behandelopties voor een patiënt met een bepaalde aandoening bestaan. De relevante vragen zijn dan:

- of een *bepaalde* behandeloptie voor *die* patiënt ook *geschikt* is;
- of die patiënt in staat kan worden geacht die behandeling ook *daadwerkelijk* te volgen;
- welke resultaten met die behandeling kunnen worden *nagestreefd* (bijvoorbeeld vergroten van de belastbaarheid of vooral acceptatie van beperkingen, verbetering van ADL en algemeen welbevinden of vooral vermindering van lijden, of stabilisatie en voorkoming van verdere achteruitgang);
- welke resultaten van die behandeling in redelijkheid kunnen worden *verwacht* (hetgeen niet per definitie hetzelfde is als nagestreefd): wordt er echt iets substantieels van verwacht of is het bij gebrek aan betere opties meer een kwestie van “Laten we het maar proberen, maar verwacht er niet teveel van”

23. Dat zijn vragen die naar mijn overtuiging alleen door de behandelend specialist kunnen worden beantwoord: die heeft de vakinhoudelijke kennis en ervaring die daarvoor nodig is en kan vanuit zijn ervaring met de betrokkene die inschatting het beste maken.

24. Hetgeen overigens onverlet laat dat het uiteindelijk wel de verzekeringsarts is die beoordeelt of uit die informatie volgt dat sprake is van een medisch stabiele of verslechterende situatie (art. 4 lid 2 Wet WIA), van een medische situatie waarbij op lange termijn een geringe kans op herstel bestaat (art. 4 lid 3 Wet WIA) of van een situatie waarin de mogelijkheden tot arbeidsparticipatie zich niet kunnen ontwikkelen (art. 1a:1 lid 4 Wajong).

3 W.A. Faas, *Bruggen bouwen over de kenniskloof: De inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen door de bestuursrechter* (diss. Amsterdam VU), Uitgeverij Paris 2019, p. 101.

4 CRvB, *Jaarverslag Centrale Raad van Beroep 2023*, p. 39.

Het doel van het inschakelen van een deskundige: nieuwe inzichten

25. Het is overigens goed om ons te bedenken dat wat we met het inschakelen van een externe deskundige eigenlijk vooral het verkrijgen van *nieuwe inzichten* beogen. Immers, wat de verzekeringsartsen van het UWV ervan vinden, weten we al en dat de betrokkene en de behandelend sector er iets anders van vinden, weten we ook; dat is nu juist de reden dat we een extern advies nodig hebben.

26. Het lijkt mij dat raadpleging van een *vakspecialist* dan eerder tot nieuwe inzichten zal leiden dan het inschakelen van verzekeringsarts nummer 3 (de primaire verzekeringsarts is nummer 1 en de verzekeringsarts bezwaar en beroep nummer 2).

27. Daarmee is niet gezegd dat het inschakelen van een verzekeringsarts geen meerwaarde kan hebben. Maar als de adviezen van de curatieve specialisten voldoende duidelijk zijn, dan zie ik niet waarom dan ook nog een verzekeringsarts zou moeten worden ingeschakeld. Als die verzekeringsarts de visie van de curatieve specialisten onderschrijft, dan voegt dat niets toe en als die verzekeringsarts de bevindingen van de curatieve specialisten betwist, dan moet de rechter (op zijn minst) een van zijn eigen deskundigen afvalen; en dat is precies wat in deze zaak is gebeurd.

E. van den Bogaard

Ed van den Bogaard is advocaat bij Westhoff Advocaten te Amsterdam, voorzitter van de Adviescommissie bestuursrecht van de Nederlandse Orde van Advocaten en bestuurslid van de Specialisatievereniging Sociaal Zekerheidsrechtadvocaten SSZ

31

Appellant wordt in staat geacht om naar Nederland te reizen om fysiek spreekuur van de verzekeringsarts bij te wonen

Centrale Raad van Beroep
13 november 2024, nr. 24/341 WIA,
ECLI:NL:CRVB:2024:2160
(Van der Kris, Dijt, Karman)

Vaststellen recht. Spreekuur.

[Wet WIA art. 27, 67, 76]

Appellant verblijft in Turkije en is niet verschenen op een fysiek spreekuur, waarop de WIA-uitkering is geschorst en vervolgens ingetrokken. Het standpunt van appellant dat hij vanwege PTSS niet in staat was om naar Nederland te reizen, wordt niet gevolgd. Ook was de behandeling begin 2022 niet dusdanig intensief dat appellant daardoor niet naar Nederland kon reizen. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft afdoende gemotiveerd dat voor een goede beoordeling van lichamelijke en psychische klachten het nodig was appellante op een fysiek spreekuur te zien en onderzoeken. Dat een gesprek met de afdeling Handhaving wel digitaal heeft plaatsgevonden, maakt dit niet anders. Dit gesprek had een ander karakter dan een spreekuur met een verzekeringsarts.

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Midden-Nederland van 22 december 2023, 23/2202 (aangevallen uitspraak), tussen:

[appellant] te [woonplaats] (appellant)
de Raad van bestuur van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (Uwv)

Samenvatting

Het gaat in deze zaak over de vraag of het Uwv terecht de WIA-uitkering per 1 maart 2022 heeft geschorst en vervolgens ingetrokken, omdat appellant niet is verschenen op het spreekuur van een verzekeringsarts voor een medisch onderzoek. Appellant heeft aangevoerd dat hij niet naar het spreekuur kon komen, omdat hij in Turkije