

## Arbeidsongeschiktheid

68

**Door een veelheid aan medische informatie is ook zonder persoonlijk contact met de verzekeringsarts vast te stellen dat appellante geen arbeidsvermogen heeft**

Centrale Raad van Beroep  
9 december 2020, nr. 19/3865 WAJONG,  
ECLI:NL:CRVB:2020:3113  
(Van de Griend, Van Brussel, Goorden)  
Noot E. van den Bogaard, tevens behorende  
bij «USZ» 2021/69

**Herbeoordeling hoofdstuk 3 Wajong. Geen persoonlijk contact verzekeringsarts. Arbeidsvermogen.**

[Wajong art. 8:10b; Schattingsbesluit  
arbeidsongeschiktheidswetten art. 2a:1]

*Samenvatting: De Wajong-uitkering is met ingang van 1 januari 2018 verlaagd van 75% naar 70% van het minimumloon. Volgens het UWV is persoonlijk contact noodzakelijk om een oordeel te geven over het arbeidsvermogen. Dat contact heeft niet plaatsgevonden, omdat appellante zich daartoe niet in staat achtte. De Raad gaat niet meer in op de vraag of appellante hierin moet worden gevolgd. Het dossier in deze zaak bevat inmiddels een veelheid aan medische gegevens. Appellante heeft zowel in bezwaar als in beroep als in hoger beroep nog nadere medische informatie aangeleverd. Inmiddels kan worden gesproken van een compleet beeld van de zaak waaruit blijkt dat geen sprake is van arbeidsvermogen. Appellante voldeed op 1 januari 2018 niet aan de voorwaarden van het gedurende één uur aaneengesloten kunnen werken in combinatie met het gedurende vier uur per dag belastbaar zijn, zodat zij ten tijde van belang op medische gronden niet over arbeidsvermogen beschikte. Het hoger beroep slaagt. De Raad voorziet zelf in de zaak en bepaalt dat de Wajong-uitkering met ingang van 1 januari 2018 onveranderd 75% van de grondslag bedraagt.*

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Overijssel van 2 augustus 2019, 18/2121 (aangevallen uitspraak) en uitspraak op het verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade,

tussen:

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

### Procesverloop

Namens appellante heeft mr. L.J.T. Hoksbergen, advocaat, hoger beroep ingesteld. Het Uwv heeft een verweerschrift ingediend. Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 28 oktober 2020. Appellante heeft zich laten vertegenwoordigen door mr. L. Laken-Steehouwer, M. de Wit, drs. B.F. van Heycop-ten Ham en, via een beeldverbinding, drs. G. Koster. Het Uwv heeft zich laten vertegenwoordigen door drs. H. ten Brinke.

### Overwegingen

1.1. Appellante, geboren [in] 1982, heeft sinds 6 november 2003 een uitkering op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong 1998) ontvangen, gebaseerd op een mate van arbeidsongeschiktheid van 80 tot 100%.

1.2. Met ingang van 1 januari 2015 is de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong 2015) in werking getreden. In verband met de beoordeling of appellante arbeidsvermogen heeft, heeft appellante een vragenlijst ingevuld. De verzekeringsarts van het Uwv heeft het nodig geacht appellante te zien op het spreekuur. Tijdens een telefoongesprek op 14 september 2016 heeft de partner van appellante te kennen gegeven dat appellante niet in staat is om het spreekuur te bezoeken. Vervolgens is bij brief van 15 september 2016 een huisbezoek aangekondigd op 5 oktober 2016. Naar aanleiding hiervan heeft de echtgenoot van appellante op 28 september 2016 laten weten dat ook dit voor appellante te belastend is. De verzekeringsarts heeft informatie ingewonnen bij de behandelend sector. In een rapport van 28 juni 2017 heeft de verzekeringsarts geconcludeerd dat zij geen objectief medisch oordeel kan geven, dit omdat appellante het niet mogelijk maakt om eigen onderzoek te doen en de ontvangen medische informatie intern tegenstrijdig is.

1.3. Bij besluit van 28 juni 2017 heeft het Uvw vastgesteld dat appellante arbeidsvermogen heeft, als gevolg waarvan de Wajong-uitkering met ingang van 1 januari 2018 wordt verlaagd van 75% naar 70% van het minimumloon. Appellante heeft tegen dit besluit bezwaar gemaakt. In bezwaar heeft zij, naast andere medische informatie, een expertise ingebracht van R.A. Hollander, verzekeringsarts, van 13 juli 2018. Bij besluit van 19 oktober 2018 (bestreden besluit) heeft het Uvw het door appellante tegen het besluit van 28 juni 2017 gemaakte bezwaar ongegrond verklaard. Aan het bestreden besluit ligt een rapport van een verzekeringsarts bezwaar en beroep van 12 oktober 2018 ten grondslag. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft in dit rapport te kennen gegeven dat hij de verzekeringsarts volgt in diens standpunt dat het zonder persoonlijk contact onmogelijk is om een oordeel te geven over het arbeidsvermogen van appellante. Volgens hem zijn uit de aanwezige medische stukken geen medische redenen te herleiden waarom appellante geen arbeidsvermogen zou hebben.

2. Bij de aangevallen uitspraak heeft de rechtbank het beroep van appellante tegen het bestreden besluit ongegrond verklaard. De rechtbank heeft daarbij overwogen dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep navolgbaar heeft geconcludeerd dat voor de beoordeling van het arbeidsvermogen persoonlijk contact noodzakelijk is. Op basis van alleen de stukken kan niet worden vastgesteld of appellante duurzaam geen arbeidsvermogen heeft. In dit geval is appellante niet verschenen op het spreekuur en heeft zij de mogelijkheid van een huisbezoek afgewezen. De rechtbank heeft geoordeeld dat appellante niet aannemelijk heeft gemaakt dat het voor haar niet mogelijk is zich te laten onderzoeken door een verzekeringsarts.

3.1. Appellante heeft in hoger beroep aangevoerd dat zij geen arbeidsvermogen heeft. Appellante heeft verzocht om vergoeding van immateriële schade tot een bedrag van € 5.000,=, alsmede wettelijke rente. Verder heeft zij verzocht om een integrale vergoeding van de kosten van juridische bijstand, dit omdat het Uvw volgens haar (onnodig) zeer onzorgvuldig heeft gehandeld.

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

4. De Raad oordeelt als volgt.

4.1. Voor het wettelijk kader wordt verwezen naar de uitspraak van de Raad van 12 juni 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:2078.

4.2. Op grond van artikel 2a, eerste lid, van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (Schattingsbesluit) kan bij de vaststelling, bedoeld in artikel 8:10b van de Wajong, of een jonggehandicapte met een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van hoofdstuk 3 van de Wajong met een mate van arbeidsongeschiktheid van 80% of meer, geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie heeft, in afwijking van artikel 2, eerste lid, van het Schattingsbesluit worden afgezien van verzekeringsgeneeskundig en arbeidsdeskundig onderzoek, indien deze vaststelling op basis van reeds beschikbare gegevens mogelijk is.

4.3. Het Uvw heeft toegelicht dat in het kader van de herindeling Wajong, gezien het grote aantal Wajongers van wie moest worden vastgesteld of zij arbeidsvermogen hadden, een eenvoudige procedure voor de beoordeling was geregeld. De meeste beoordelingen zijn verricht op basis van systeem- of dossieronderzoek. Persoonlijk contact tussen een verzekeringsarts en/of arbeidsdeskundige en een Wajonger heeft alleen plaatsgevonden in die gevallen waarin het Uvw een onderzoek nodig achtte of de Wajonger zelf behoefte had aan een onderzoek.

4.4. In dit geval hebben de verzekeringsartsen van het Uvw persoonlijk contact met appellante noodzakelijk geacht. Dat contact heeft niet plaatsgevonden, omdat appellante zich daar niet toe in staat achtte. Omdat de verzekeringsartsen geen aanleiding hebben gezien om al op voorhand, op basis van enkel de stukken, van het ontbreken van arbeidsvermogen uit te gaan, is aangenomen dat appellante arbeidsvermogen heeft.

4.5. De Raad zal thans niet meer ingaan op de ten tijde van de primaire beoordeling en van de beoordeling in bezwaar door de verzekeringsartsen gevoelde noodzaak tot persoonlijk contact met appellante, op de vraag of appellante hier toen op enigerlei wijze toe in staat was te achten of op de gevolgtrekking die het Uvw in deze zaak aan het niet tot stand komen van het contact heeft verbonden. Dat hangt samen met het volgende. Het dossier in deze zaak bevat inmiddels een veelheid aan medische gegevens. Appellante heeft zowel in bezwaar als in beroep als in hoger beroep nog nadere medische informatie aangeleverd. Inmiddels kan worden gesproken van een compleet beeld van de zaak dat de conclusie van het op medische gronden ontbreken van arbeidsvermogen kan dragen. De Raad licht dit als volgt toe.

4.6. In bezwaar heeft appellante een verzekerings-geneeskundig rapport van verzekeringsarts Hollander overgelegd. Hollander heeft vastgesteld dat aan appellante in 2003 een Wajong-uitkering is toegekend onder de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom, waarbij is opgemerkt dat er sprake was van een consistent beeld van een groot ervaren en geclaimd onvermogen. Inmiddels is, aldus Hollander, ook (neuro)Lyme vastgesteld, alsmede posturaal orthostatisch tachycardie syndroom (POTS) en zijn er aanwijzingen voor angstproblematiek. Appellante lijdt aan angsten door eerdere traumatische contacten met behandelaars en verzekeringsartsen. Inmiddels is appellante door haar klachten grotendeels bedlegerig geworden (al jaren), sociaal geïsoleerd geraakt, rolstoelafhankelijk, kan zij niet lang zitten of staan, heeft zij cognitieve problemen en heeft zij een verzoek ingediend bij de Levenseindekliniek. Hollander heeft geconcludeerd dat appellante geen arbeidsvermogen heeft.

4.7. Ook verzekeringsarts Hollander heeft appellante niet gezien. In zijn rapport heeft hij vermeld dat hij zichzelf uitdrukkelijk de vraag heeft gesteld of hij een beoordeling op de stukken kon doen en heeft hij uiteengezet waarom hij meende dat dit het geval was. Dit in aanmerking genomen ziet de Raad geen reden het rapport, waarin de conclusies van Hollander uitvoerig, inzichtelijk en op consistente wijze zijn toegelicht, vanwege het ontbreken van het contact buiten zijn beoordeling te houden.

4.8. In beroep heeft appellante vervolgens een brief van 1 april 2019 van drs. B.F. van Heycop ten Ham, klinisch psycholoog, overgelegd. Deze psycholoog heeft appellante twee keer thuis bezocht. Hij spreekt van een bedlegerige vrouw die een gespannen indruk maakt en wier angst voelbaar is. Volgens Heycop ten Ham is eenduidig de diagnose posttraumatische stressstoornis (PTSS) te stellen. Dat deze diagnose niet op objectief-medische gegevens zou berusten, zoals kennelijk ter zitting van de rechtbank namens het Uwv is gesteld, onderschrijft de Raad niet. Zoals door Van Heycop ten Ham in hoger beroep uitvoerig is toegelicht, beschikt hij als klinisch psycholoog over de voor het stellen van de diagnose PTSS benodigde deskundigheid.

4.9. Verder bevat het dossier een veelheid aan informatie van, onder meer, diverse behandelaars van appellante. Daaruit komt een beeld naar voren dat vergelijkbaar is met het beeld dat is ge-

schetst door Hollander en Van Heycop ten Ham. De Raad noemt hier nog specifiek de bevindingen van neuroloog C. Jonker. Daar waar deze in het kader van de primaire beoordeling aanvankelijk slechts liet weten appellante al anderhalf jaar niet meer op het spreekuur te hebben gezien, heeft hij nadien, op 10 oktober 2017, laten weten dat een in 2014 gemaakte PET-CT Hersenen afwijkingen vertoonde en dat het waarschijnlijk is te achten dat het cognitieve disfunctioneren van appellante daarop is terug te voeren, waarbij hij heeft opgemerkt dat de situatie van appellante sindsdien verder achteruit is gegaan en dat haar cognitief functioneren verder is verslechterd. Appellante ligt grote delen van de dag op bed en als zij zich te veel inspannt, nemen de cognitieve problemen toe. Jonker heeft in dit verband desgevraagd nog laten weten dat de informatie die hij heeft verstrekt tijdens een telefoongesprek met een sociaal medisch verpleegkundige van het Uwv op 9 mei 2017, niet volledig is geweest omdat hij het dossier van appellante toen niet bij de hand had. Daarmee is in zoverre nu geen sprake meer van interne tegensprekelijkheid van de aanwezige medische informatie, zoals genoemd door de verzekeringsarts in zijn rapport van 28 juni 2017.

4.10. Het beeld dat uit de medische gegevens naar voren komt is, kortom, thans eenduidig. Dat beeld laat geen ruimte voor een andere conclusie dan dat appellante op 1 januari 2018 niet voldeed aan de voorwaarden van het gedurende één uur aaneengesloten kunnen werken in combinatie met het gedurende vier uur per dag belastbaar zijn, zodat zij ten tijde van belang op medische gronden niet over arbeidsvermogen beschikte. In het midden kan daarbij blijven in hoeverre haar fysieke klachten, respectievelijk haar psychische klachten tot deze situatie hebben bijgedragen. Het hoger beroep slaagt dus. Gezien deze uitkomst komt de Raad niet meer toe aan het beroep dat appellante heeft gedaan op het vertrouwensbegin-sel.

4.11. De aangevallen uitspraak zal worden vernietigd. De Raad zal het beroep gegrond verklaren en het bestreden besluit vernietigen. De Raad ziet verder aanleiding het besluit van 28 juni 2017 met toepassing van artikel 8:72, derde lid, aanhef en onder b, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) te herroepen en te bepalen dat de Wajong-uitkering van appellante met ingang van 1 januari 2018 onveranderd 75% van de grondslag bedraagt.

5.1. Appellante heeft verzocht om veroordeling tot vergoeding van schade. Wat betreft de gestelde immateriële schade, overweegt de Raad als volgt. Bij de beantwoording van de vraag of voldoende aanleiding bestaat voor vergoeding van schade, moet naar vaste rechtspraak van de Raad zoveel mogelijk aansluiting worden gezocht bij het civielrechtelijk schadevergoedingsrecht (zie onder meer de uitspraak van de Raad van 26 oktober 2012, ECLI:NL:CRVB:2012:BY3169). Voor nadeel dat niet uit vermogensschade bestaat heeft een benadeelde overeenkomstig artikel 6:106, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek (BW) recht op een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding indien de benadeelde in zijn eer of goede naam is geschaad of op andere wijze in zijn persoon is aangetast. De wetgever heeft daarbij oog gehad op ernstige inbreuken op de persoonlijke levenssfeer alsook op andere persoonlijkheidsrechten van de benadeelde. Verder moet worden bedacht dat in gevallen als deze in de regel wel sprake zal zijn van een meer of minder sterk psychisch onbehagen en van een zich gekwetst voelen door een onrechtmatig besluit of daarmee gelijk te stellen handeling van een bestuursorgaan.

5.2. Het is aanneemelijk dat bij appellante als gevolg van de verlaging van haar uitkering gevoelens van psychisch onbehagen en gekwetstheid zijn ontstaan. Van een ernstige inbreuk in de levenssfeer of aantasting van de persoon in de zin van artikel 6:106, eerste lid, van het BW, die is terug te voeren op de besluiten van 28 juni 2017 en van 19 oktober 2018 als zodanig, is de Raad evenwel niet gebleken. Gelet hierop heeft appellante niet aanneemelijk gemaakt dat zij voor vergoeding in aanmerking komende immateriële schade lijdt of heeft geleden.

5.3. Appellante heeft verder verzocht om integrale vergoeding van de kosten van rechtsbijstand. Ook hiertoe ziet de Raad geen aanleiding. Artikel 8:75 van de Awb en het daarop gebaseerde Besluit proceskosten bestuursrecht (Bpb) kennen een forfaitair stelsel. Van bijzondere omstandigheden als bedoeld in artikel 2, derde lid, van het Bpb, die aanleiding zouden moeten geven tot een verdergaande vergoeding dan die welke uit dat stelsel voortvloeit, is de Raad niet gebleken. De Raad zal daarom een veroordeling tot vergoeding van kosten conform het stelsel van het Bpb uitspreken.

5.4. Het verzoek om vergoeding van schade in de vorm van wettelijke rente over het ten onrechte niet uitbetaalde gedeelte van de uitkering komt

wel voor toewijzing in aanmerking. Voor de wijze waarop deze wettelijke rente moet worden berekend wordt verwezen naar de uitspraak van de Raad van 25 januari 2012, ECLI:NL:CRVB:2012:BV1958.

6. Er is aanleiding het Uvw te veroordelen in de kosten van appellante. Deze worden begroot op € 1.050,= in bezwaar, € 1.050,= in beroep en eveneens € 1.050,= in hoger beroep voor verleende rechtsbijstand. De kostenvergoeding voor de deskundigen wordt berekend conform het Besluit tarieven in strafzaken 2003. Voor het onderzoek van verzekeringsarts Hollander komt voor vergoeding in aanmerking 14 x € 122,63 = 1.716,82 plus een bedrag van € 360,53 aan omzetbelasting, in totaal € 2.077,35. Voor het onderzoek van medisch adviseur G. Koster komt voor vergoeding in aanmerking 12 x 129,63 = 1.555,56 plus een bedrag van € 326,66 aan omzetbelasting, in totaal € 1.882,22. De Raad ziet verder aanleiding het in rekening gebrachte bedrag voor het onderzoek van psycholoog Van Heycop ten Ham, zijnde € 180,=, volledig voor vergoeding in aanmerking te brengen. Ten slotte komen voor vergoeding in aanmerking drie uren tijdsverzuim voor de aanwezigheid van de deskundigen ter zitting, ten bedrage van € 129,63 per uur, in totaal dus € 388,89. De door de echtgenoot van appellante gemaakte reiskosten komen niet voor vergoeding in aanmerking, nu appellante zich heeft laten vertegenwoordigen door haar gemachtigde.

#### *Beslissing*

De Centrale Raad van Beroep

- vernietigt de aangevallen uitspraak;
- verklaart het beroep gegrond en vernietigt het besluit van 19 oktober 2018;
- herroept het besluit van 28 juni 2017;
- bepaalt dat de Wajong-uitkering van appellante per 1 januari 2018 75% van de grondslag bedraagt en bepaalt dat deze uitspraak in de plaats treedt van het vernietigde besluit van 19 oktober 2018;
- veroordeelt het Uvw tot vergoeding aan appellante van schade zoals onder 5.4. vermeld;
- wijst het verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade voor het overige af;
- veroordeelt het Uvw in de kosten van appellante tot een bedrag van in totaal € 7.678,46;
- bepaalt dat het Uvw appellante het in beroep en hoger beroep betaalde griffierecht ten bedrage van in totaal € 128,= vergoedt.

## NOOT

1. Twee uitspraken waarin de vraag centraal staat of het voor een zorgvuldige beoordeling noodzakelijk is dat de betrokkene persoonlijk wordt gezien door een verzekeringsarts. In de hierboven gepubliceerde (uitspraak 1) was de betrokkene niet in staat tot een persoonlijk contact terwijl de verzekeringsartsen dat wel noodzakelijk vonden. In de uitspraak van 30 december 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:3537, «USZ» 2021/69 (uitspraak 2), wilde de betrokkene dat hij persoonlijk werd gezien maar weigerde de verzekeringsartsen dat.

In beide zaken kwam de CRvB tot de conclusie dat dit niet onzorgvuldig was, omdat een persoonlijk onderzoek door de verzekeringsarts geen informatie had kunnen opleveren die niet al vanuit de beschikbare medische stukken bekend was.

Toch is de uitkomst van beide zaken tegengesteld: in de eerste zaak was de beschikbare informatie wel toereikend om het duurzaam ontbreken van arbeidsvermogen mee te onderbouwen en in de tweede zaak was die informatie niet toereikend om vast te kunnen stellen dat de betrokkene ongeschikt was tot het verrichten van zijn laatstelijk uitgeoefende arbeid. Dat rechtvaardigt een nadere beschouwing.

*Uitspraak 1*

2. De eerste uitspraak gaat over een herbeoordeling in het kader van de invoering van de Wajong 2015. Appellante heeft sinds 6 november 2003 een uitkering op grond van de Wajong 1998 (thans hoofdstuk 3 van de Wajong). Zij is 80-100% arbeidsongeschikt. Bij deze herbeoordeling moet worden vastgesteld of appellante op 1 januari 2018 over arbeidsvermogen beschikt. Als zij op die datum geen arbeidsvermogen heeft, wordt zij op grond van art. 3:8a lid 3 Wajong geacht duurzaam geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie te hebben en blijft haar uitkering 75% van de grondslag. Op grond van art. 2a lid 1 Schattingsbesluit kan bij deze herbeoordeling worden afgezien van een verzekeringsgeneeskundig en arbeidskundig onderzoek als deze vaststelling mogelijk is op basis van de reeds beschikbare gegevens.

Naar aanleiding van een door appellante ingevulde vragenlijst vond de verzekeringsarts het

nodig om haar persoonlijk te zien. Naar ik aanneem, maar op zich niet uit de uitspraak blijkt, zal dit te maken hebben gehad met het feit dat de Wajong-uitkering was toegekend op basis van de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom, een aandoening op grond waarvan door het UWV doorgaans niet snel substantiële beperkingen worden aangenomen, laat staan volledige arbeidsongeschiktheid op wordt gebaseerd.

Appellante laat echter weten niet in staat te zijn op het spreekuur te verschijnen en een door de verzekeringsarts aangeboden huisbezoek ook te belastend te vinden.

Na informatie te hebben opgevraagd bij de behandelend sector concludeert de verzekeringsarts dat zij geen objectief medisch oordeel kan geven. Ondanks het ontbreken van een medisch oordeel, stelt het UWV echter wel vast dat appellante arbeidsvermogen heeft.

Dat lijkt mij per definitie onjuist: als het niet mogelijk is medisch te onderbouwen dat appellante arbeidsvermogen heeft, dan kan niet bij besluit worden vastgesteld dat zij dit wel heeft. Gelet op de tekst van art. 3:8a lid 3 Wajong had het besluit moeten luiden dat, nu het niet mogelijk is om vast te stellen dat zij geen mogelijkheden tot arbeidsparticipatie heeft, appellante op 1 januari 2018 niet voldoet aan de in art. 3:8a lid 1 Wajong gestelde voorwaarde om in aanmerking te komen voor een uitkering van 75% van de grondslag.

3. In bezwaar legt appellante o.a. een expertiserapport over van een onafhankelijk verzekeringsarts, die haar ook *niet persoonlijk heeft gezien*, maar wel uitvoerig heeft toegelicht waarom hij van mening was dat hij een beoordeling op grond van de stukken kon doen. Uit die stukken blijkt dat inmiddels ook (neuro)Lyme is vastgesteld en POTS en dat appellante lijdt aan angsten door eerdere traumatische contacten met behandelaars en verzekeringsartsen. Zij is al jaren grotendeels bedlegerig en sociaal geïsoleerd geraakt. Zij is rolstoelafhankelijk, kan niet lang zitten of staan, heeft cognitieve problemen en heeft zelfs een verzoek ingediend bij de Levens-eindekliniek. Op grond hiervan concludeert deze verzekeringsarts dat appellante geen arbeidsvermogen heeft.

De verzekeringsarts bezwaar en beroep onderschrijft echter het standpunt van de primaire verzekeringsarts dat het zonder persoonlijk contact niet mogelijk is een oordeel te geven over het arbeidsvermogen.

In beroep legt appellante een brief over van een klinisch psycholoog, die haar *twee keer thuis heeft bezocht* en rapporteert dat eenduidig de diagnose PTSS kan worden gesteld.

De rechtbank kon zich echter vinden in het oordeel van de verzekeringsarts bezwaar en beroep en vond bovendien dat appellante niet aanneemelijk had gemaakt dat het voor haar niet mogelijk is zich te laten onderzoeken door een verzekeringsarts.

Dat laatste is een medisch oordeel, waarvan ik mij afvraag of de rechtbank dat had mogen geven zonder zich van een eigen medisch advies te laten voorzien. Immers, het oordeel van de verzekeringsarts dat het niet mogelijk is het arbeidsvermogen te beoordelen zonder appellante persoonlijk te zien, werd gemotiveerd tegengesproken door de door appellante ingeschakelde verzekeringsarts. Ervan uitgaande dat de rechter die de uitspraak heeft gedaan, zelf niet medisch is geschoold (wat op zich natuurlijk niet is uitgesloten, maar dan zou dat wel ergens uit moeten blijken), beschikt de rechtbank nu eenmaal niet zelf over de deskundigheid die nodig is om te bepalen welke van twee tegenstrijdige medische opvattingen de juiste is.

4. In hoger beroep gebeurt iets bijzonders: op de zitting van de CRvB wordt appellante niet alleen vertegenwoordigd door haar gemachtigde, maar verschijnen ook de klinisch psycholoog en (via een beeldverbinding) haar medisch adviseur. Iets wat veel vaker zou moeten gebeuren, maar – los van de bereidwilligheid daartoe van behandelend artsen – voor het overgrote merendeel van de rechtzoekenden financieel niet is op te brengen. Welke bijdrage deze deskundigen op de zitting hebben geleverd, blijkt helaas niet uit de uitspraak, maar ik kan mij indenken dat die van invloed zijn geweest op het oordeel dat de CRvB vanaf r.o. 4.5 uiteenzet.

5. Hoewel het beroep nu juist ging over de vraag of bij de primaire beoordeling en/of in bezwaar een persoonlijk contact tussen appellante en de verzekeringsarts (bezwaar en beroep) noodzakelijk was om tot een verantwoorde beoordeling van haar arbeidsvermogen te kunnen komen, laat de CRvB in r.o. 4.5 die vraag nadrukkelijk onbeantwoord: "Het dossier in deze zaak bevat inmiddels een veelheid aan medische gegevens. Appellante heeft zowel in bezwaar als in beroep als in hoger beroep nog nadere medische informatie aangeleverd. Inmiddels kan worden ge-

sproken van een compleet beeld van de zaak dat de conclusie van het op medische gronden ontbreken van arbeidsvermogen kan dragen."

Wat de CRvB beslissend acht, is dat de beschikbare medische informatie een *compleet beeld* geeft van de situatie en dat dit complete beeld de getrokken conclusie *kan dragen*. De daarbij onuitgesproken gedachte is dat het uit de beschikbare informatie ontstane beeld zo overtuigend is, dat het onaannemelijk is dat een persoonlijk onderzoek van de verzekeringsarts daar nog wijziging in zou kunnen brengen. Of in de bewoordingen van de hierna te bespreken uitspraak van 30 december 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:3537, «USZ» 2021/69: "Bij een persoonlijk onderzoek zouden geen medische feiten aan het licht kunnen komen die nieuwe objectieve informatie geven over het functioneren van appellant (...) die (...) niet bekend zouden zijn op basis van de beschikbare medische gegevens."

6. In r.o. 4.7-4.9 legt de CRvB uit waarom hij vindt dat de beschikbare informatie toereikend is om ten grondslag te leggen aan het oordeel dat appellante geen arbeidsvermogen heeft: de door appellante ingeschakelde verzekeringsarts heeft zijn beslissing om een beoordeling op de stukken te doen, nadrukkelijk verantwoord en zijn conclusies zijn uitvoerig, inzichtelijk en op consistente wijze toegelicht (r.o. 4.7); de klinisch psycholoog heeft appellante twee keer thuis bezocht en beschikt over de deskundigheid die benodigd is om de diagnose PTSS te kunnen stellen (r.o. 4.8); uit de bevindingen van de neuroloog komt naar voren dat een in 2014 gemaakte PET-CT Hersenen afwijkingen vertoonde en dat het waarschijnlijk is te achten dat het cognitieve disfunctioneren van appellante daarop is terug te voeren (r.o. 4.9). Dat leidt in r.o. 4.10 tot de conclusie dat uit de *veelheid* van medische informatie die thans beschikbaar is, een *eenduidig* beeld naar voren komt dat *geen ruimte* laat voor een andere conclusie dan dat appellante op 1 januari 2018 op medische gronden niet over arbeidsvermogen beschikte. Het *totale beeld* is dus beslissend.

#### *Uitspraak 2*

7. Waar in de eerste uitspraak de verzekeringsarts zelfs een huisbezoek aanbod om appellante te kunnen spreken, weigerden in de tweede uitspraak zowel de primaire verzekeringsarts als de verzekeringsarts bezwaar en beroep ieder persoonlijk contact met appellant. De verzekerings-

arts bezwaar en beroep zag daarvoor “geen reëel denkbare reden” (zie r.o. 4.8). Hoewel de zaak gaat over een (zeer) laattijdige aanvraag, lijkt mij dat toch een beetje kort door de bocht.

8. Appellant heeft vanaf 1989 een eigen onderneming gehad. In 1996-1998 is hij slachtoffer geworden van meerdere (gewelds)delicten, waardoor hij een psychisch trauma heeft opgelopen en zijn ondernemingsactiviteiten eind 1998 heeft moeten beëindigen. Uit de beschikbare medische informatie blijkt dat hij verschillende zelfmoordpogingen heeft gedaan en dat de diagnose PTSS is gesteld.

Vanaf september 1998 is hij door zijn particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeraar volledig arbeidsongeschikt verklaard en heeft hij uitkering ontvangen op grond van zijn AOV-polis. Maar pas in december 2018 (20 jaar later) doet hij een aanvraag voor een WAZ-uitkering. Dat moet wel mis gaan en dat doet het ook.

9. Een laattijdige aanvraag stelt zowel de aanvrager als de verzekeringarts voor een probleem. Immers, hoe verder de te beoordelen datum in het verleden ligt, des moeilijker het is om een inschatting te maken van de toen bestaande beperkingen en arbeidsmogelijkheden.

Het wekt dan ook geen verwondering dat de CRvB in r.o. 4.2 voorop stelt dat “(a)nders dan bij een tijdige aanvraag (...) bij een laattijdige aanvraag een *retrospectieve* beoordeling (moet) plaatsvinden over een tijdstip in een (ver) verleden. Deze omstandigheid betekent overeenkomstig de vaste rechtspraak van de Raad (...) dat het voor *risico van appellant* komt als onvoldoende gegevens over zijn gezondheidstoestand in het betreffende tijdvak beschikbaar zijn. Het is *aan appellant* om, met medisch objectiveerbare stukken, aannemelijk te maken dat hij de wachttijd voor de WAZ van 52 weken heeft doorlopen (cursivering EvdB).”

10. De rechtspraak met betrekking tot de bewijsvoeringslast bij laattijdige aanvragen heeft ertoe geleid dat verzekeringartsen de neiging hebben gekregen achterover te leunen en zich te beperken tot de informatie die de betrokkene bij zijn aanvraag heeft overgelegd. Dat het bewijsrisico bij de aanvrager ligt, is echter geen vrijbrief voor het kiezen van de weg van de minste weerstand (zoals in casu: “geen reëel denkbare redenen (...) voor een persoonlijk onderzoek”, zie r.o. 4.8).

11. De toegenomen aandacht voor de menselijke maat in het bestuursrecht zou ertoe moeten lei-

den dat als het bewijsrisico voor de burger is, het bestuursorgaan hem behulpzaam is bij het vergaren van het bewijs.

Bij een laattijdige aanvraag als hier aan de orde mag daarom van de verzekeringarts worden verwacht, dat hij – net als bij een tijdige aanvraag – de aanvrager oproept op zijn spreekuur. Op dat spreekuur zal hij dan moeten:

- (a) navragen wat de reden is dat de aanvraag pas nu is gedaan (dat kan onbekendheid met de mogelijkheid daartoe zijn, maar er kan ook een heel verhaal achter zitten);
- (b) inventariseren welke informatie al beschikbaar is en welke informatie nog waar zou kunnen worden opgevraagd;
- (c) bespreken welke informatie het beste door hem als verzekeringarts kan worden opgevraagd en tot welke informatie de aanvrager zelf het beste toegang heeft.

Gelet op de (zowel medische als juridische) kennisachterstand van de aanvrager ten opzichte van de verzekeringarts is het pas aanvaardbaar om het ontbreken van voldoende bewijs tegen te werpen aan de aanvrager, als het bestuursorgaan (lees: de verzekeringarts) hem actief heeft geïnformeerd welk bewijs nog ontbreekt en hem de richting heeft gewezen, waarin hij dat bewijs zou kunnen vinden.

12. Maar appellant krijgt van de verzekeringartsen geen enkele ondersteuning bij zijn pogingen aan zijn bewijslast te voldoen. De verzekeringarts bezwaar en beroep ziet geen enkele reden voor persoonlijk contact met appellant en legt de lat vervolgens zo hoog dat op voorhand duidelijk is dat appellant daar nooit aan zal kunnen voldoen: “Bij een beoordeling welke dermate ver in retrospectief wordt uitgevoerd is dit enkel te motiveren op grond van een *gedetailleerd* verloop van de klachten, beschreven in bijvoorbeeld een huisartsenjournaal of dossier van een behandelaar als een psycholoog of psychotherapeut, dat *rechtstreeks* betrekking heeft op de *geclaimde periode* en waarin er tevens *aspecten van het functioneren* die strijdig zijn met de belastbaarheid in de maatgevende arbeid worden benoemd. Dergelijk informatie ontbreekt, waardoor volgens de verzekeringarts bezwaar en beroep een *sluitende* motivering over een 52 weken durende arbeidsongeschiktheid vanaf augustus 1998 niet mogelijk is (cursivering EvdB).”

Deze eisen gaan verder dan de in r.o. 4.2 gegeven beschrijving van de op appellant rustende

bewijsvoeringslast: “Het is aan appellant om, met medisch objectiveerbare stukken, *aannemelijk* te maken dat hij de wachttijd voor de WAZ van 52 weken heeft doorlopen. Hieruit vloeit voort dat slechts beperkingen kunnen worden aangenomen voor zover de wel beschikbare medische gegevens daartoe voldoende grondslag vormen (cursivering EvdB).”

In mijn optiek is ‘*aannemelijk maken*’ dat de wachttijd is doorlopen, iets anders dan hiervoor een ‘*sluitende motivering*’ geven. Immers, ‘aannemelijk maken’ laat ruimte voor een zekere mate van onzekerheid, terwijl ‘sluitend motiveren’ die ruimte juist uitsluit.

Het vaststellen van de uit ziekte of gebrek voortvloeiende gevolgen voor het kunnen verrichten van arbeid, is geen exacte wetenschap. ‘Sluitend motiveren’ suggereert die exactheid wel. Bovendien zijn in de verslaggeving van de behandelend sector doorgaans geen beschrijvingen te vinden van de aspecten van het functioneren die betrekking hebben op arbeid in het algemeen, laat staan op de belastbaarheid voor de maatgevende arbeid.

13. De CRvB onderschrijft in r.o. 4.8 echter het standpunt van de verzekeringsarts bezwaar en beroep “dat, omdat de aanvraag betrekking heeft op een periode die meer dan 19 jaar in het verleden is gelegen en een dergelijke beoordeling een hoge mate van zorgvuldigheid en detail behelst, er geen reëel denkbare redenen zijn voor een persoonlijk onderzoek op dit moment. Bij een persoonlijk onderzoek zouden geen medische feiten aan het licht kunnen komen die nieuwe objectieve informatie geven over het functioneren van appellant in augustus 1998 die tot op heden niet bekend zouden zijn op basis van de beschikbare medische gegevens.”

Zoals hiervoor onder punt 11 uiteengezet, zou een persoonlijk contact met appellant wel degelijk meerwaarde hebben gehad. Die meerwaarde zou hebben gezeten in enerzijds duidelijkheid over de achtergrond van het laattijdige van de aanvraag en instructie aan appellant over hoe hij aan zijn bewijsvoeringslast zou kunnen voldoen anderzijds de aanvaardbaarheid van de uitkomst doordat appellant zich gehoord had geweten en (mede daardoor) serieus was genomen.

*Persoonlijk contact blijft uitgangspunt*

14. Beide uitspraken laten zien dat de CRvB het voor een zorgvuldige gevalsbehandeling niet in

alle gevallen noodzakelijk acht dat de verzekeringsarts persoonlijk contact met de verzekerde heeft gehad:

(a) Als de verzekeringsarts kan beschikken over een veelheid van medische gegevens en uit die gegevens blijkt een compleet beeld dat leidt tot een eenduidige conclusie, dan kan het weigeren van persoonlijk contact door de verzekerde niet aan deze worden tegengeworpen. Relevant hierbij is dat de weigering beperkt is tot het persoonlijk contact en voor het overige alle medewerking wordt verleend aan het medisch onderzoek.

(b) Aan de andere kant mag de verzekeringsarts zelf afzien van persoonlijk contact, indien daar geen enkele meerwaarde van is te verwachten. Vanuit de toegenomen aandacht voor de menselijke maat in het bestuursrecht en vanuit het oogpunt van de aanvaardbaarheid van de uitkomst is dat echter problematisch.

E. van den Bogaard

Ed van den Bogaard is advocaat bij Westhoff Advocaten te Amsterdam en bestuurslid van de Specialisatievereniging Sociaal Zekerheidsrechtadvocaten SSZ

## 69

**Omdat de aanvraag betrekking heeft op een periode meer dan 19 jaar in het verleden zijn er in dit geval geen reëel denkbare redenen voor een persoonlijk onderhoud**

Centrale Raad van Beroep  
30 december 2020, nr. 20/562 WAZ,  
ECLI:NL:CRVB:2020:3537  
(Rottier, Van der Kris, Dijt)  
Noot E. van den Bogaard, onder «USZ»  
2021/68

**Laattijdige aanvraag. Geen persoonlijk contact verzekeringsarts.**

[Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten art. 4]

*Samenvatting: Appellant heeft eerst in december 2018 een WAZ-uitkering aangevraagd ter zake van de volgens hem in augustus 1998 ingetreden arbeidsongeschiktheid. Deze aanvraag is daarom*



*laattijdig zodat het aan appellant is om, met medisch objectiveerbare stukken, aannemelijk te maken dat hij de wachttijd voor de WAZ van 52 weken heeft doorlopen. Appellant is hierin niet geslaagd. Het onderzoek is zorgvuldig. De verzekeringsarts heeft appellant niet gezien. Ook de verzekeringsarts bezwaar en beroep was niet gehouden om appellant persoonlijk te zien. In dit verband heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep erop gewezen dat de aanvraag betrekking heeft op een periode meer dan 19 jaar in het verleden en dat de beoordeling een hoge mate van zorgvuldigheid en detail behelst zodat er geen reëel denkbare redenen zijn voor een persoonlijk onderhoud op dit moment. Bij een persoonlijk onderzoek zouden geen medische feiten aan het licht kunnen komen die nieuwe objectieve informatie geven over het functioneren van appellant in augustus 1998 die tot op heden niet bekend zouden zijn op basis van de beschikbare medische gegevens. Dit standpunt wordt onderschreven.*

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank Limburg van 24 januari 2020, 19/3276 en 19/1987 (aangevallen uitspraak) en uitspraak op het verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade, tussen:

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

#### *Procesverloop*

Namens appellant heeft mr. A.C.S. Grégoire hoger beroep ingesteld en tevens verzocht om schadevergoeding in de vorm van wettelijke rente over na te betalen bedragen.

Het Uwv heeft een verweerschrift ingediend. Partijen hebben nadere stukken in het geding gebracht.

Bij uitspraak van 7 april 2020 (ECLI:NL:CRVB:2020:886) heeft de voorzieningenrechter van de Raad het verzoek van appellant om toepassing van artikel 8:81 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) afgewezen.

Bij uitspraak van 7 september 2020 (ECLI:NL:CRVB:2020:2141) heeft de voorzieningenrechter van de Raad het herhaalde verzoek van appellant om toepassing van artikel 8:81 van de Awb eveneens afgewezen.

Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 14 oktober 2020. Namens appellant is mr. Grégoi-

re verschenen. Het Uwv heeft zich laten vertegenwoordigen door mr. M.J.J.H. Fuchs.

#### *Overwegingen*

1.1. Appellant heeft op 14 december 2018 een aanvraag ingediend om toekenning van een uitkering op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ). Hij heeft daarbij vermeld dat hij vanaf 1989 een eigen onderneming, [onderneming], had, dat hij in de periode van 1996 tot 1998 het slachtoffer is geweest van meerdere (gewelds)delicten, waardoor hij een psychisch trauma heeft opgelopen en dat hij daardoor zijn ondernemingsactiviteiten eind 1998 heeft moeten stopzetten. In 1999 is de onderneming wegens opheffing van de activiteiten uitgeschreven uit het Handelsregister.

1.2. Nadat het Uwv de aanvraag van appellant om een WAZ-uitkering in eerste instantie niet in behandeling had genomen, heeft het Uwv bij beslissing op bezwaar van 11 december 2019 (bestreden besluit) het verzoek om een WAZ-uitkering op inhoudelijke gronden afgewezen. Aan het bestreden besluit ligt een rapport van 21 november 2019 van een verzekeringsarts bezwaar en beroep ten grondslag. Deze arts heeft in zijn rapport geconcludeerd dat op basis van de aanwezige dossiergegevens niet is vast te stellen dat appellant vanaf augustus 1998 gedurende 52 weken doorlopend arbeidsongeschikt is te beschouwen in het kader van de WAZ.

2. Bij de aangevallen uitspraak heeft de voorzieningenrechter van de rechtbank – voor zover in hoger beroep van belang – met toepassing van artikel 8:86, eerste lid van de Awb, het beroep tegen het bestreden besluit ongegrond verklaard.

2.1. De rechtbank heeft geoordeeld dat het medisch onderzoek niet onzorgvuldig is geweest. De omstandigheid dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep appellant niet heeft onderzocht, maakt niet dat de besluitvorming onzorgvuldig is. De rechtbank heeft hierbij overwogen dat het een laattijdige aanvraag betreft, waarbij objectief medische informatie ontbreekt. Ook heeft de rechtbank geen aanleiding gezien om te twijfelen aan de juistheid van de medische beoordeling. Met de aanvraag, zoals die is gedaan op 14 december 2018, ontbreekt medisch verifieerbare informatie uit de behandelend sector met betrekking tot de geclaimde arbeidsongeschiktheid vanaf augustus 1998. Omdat een sluitende motivering over een 52 weken durende onafgebroken arbeidsonge-

schiktheid vanaf augustus 1998 niet mogelijk is, hoeft, anders dan appelland heeft aangevoerd, geen arbeidskundig onderzoek plaats te vinden.

3.1. Appelland is in hoger beroep gekomen voor zover bij de aangevallen uitspraak zijn beroep tegen het bestreden besluit ongegrond is verklaard. Hij heeft herhaald dat aan de weigering om hem een WAZ-uitkering toe te kennen in strijd met artikel 2, eerste lid, van het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten (Schattingsbesluit) geen deugdelijk medisch onderzoek ten grondslag ligt. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft zonder eigen medisch onderzoek en zonder aanvullende medische informatie op te vragen, een standpunt ingenomen. Alhoewel bij een laattijdige aanvraag meer gevraagd mag worden van de aanvrager, is in dit geval met medische informatie voldoende onderbouwd dat appelland reeds vanaf 1997 lijdt aan een zeer complexe medische situatie, met meerdere zelfmoordpogingen en met de diagnose PTSS, zodat hem een WAZ-uitkering toekomt.

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

4. De Raad oordeelt als volgt.

4.1. Uit de met ingang van 1 augustus 2004 in werking getreden Wet einde toegang verzekering WAZ volgt dat – voor zover van belang – de WAZ van toepassing is en blijft op personen die tot de kring van verzekerden van de WAZ behoren voor de datum van 1 augustus 2004 en van wie voor deze datum de wachttijd van 52 weken is aangevangen. Dit betekent dat appelland voor een WAZ-uitkering in aanmerking komt als hij – ten minste – heeft voldaan aan het vereiste dat hij in augustus 1998 arbeidsongeschikt is geworden en deze arbeidsongeschiktheid vervolgens 52 weken onafgebroken heeft geduurd.

4.2. Voorop wordt gesteld dat appelland ter zake van de volgens hem in augustus 1998 ingetreden arbeidsongeschiktheid eerst in december 2018 een WAZ-uitkering heeft aangevraagd. Deze aanvraag is daarom laattijdig. Anders dan bij een tijdige aanvraag moet bij een laattijdige aanvraag een retrospectieve beoordeling plaatsvinden over een tijdstip in een (ver) verleden. Deze omstandigheid betekent overeenkomstig de vaste rechtspraak van de Raad (zie onder meer de uitspraak van 3 juni 2016, ECLI:NL:CRVB:2016:2129), dat het voor risico van appelland komt als onvoldoende gegevens over zijn gezondheidstoestand in het betreffende tijdvak beschikbaar zijn. Het is aan

appelland om, met medisch objectiveerbare stukken, aannemelijk te maken dat hij de wachttijd voor de WAZ van 52 weken heeft doorlopen. Hieruit vloeit voort dat slechts beperkingen kunnen worden aangenomen voor zover de wel beschikbare medische gegevens daartoe voldoende grondslag vormen. Het hoort daarbij tot de medische deskundigheid van de verzekeringsarts om te beoordelen in hoeverre die wel beschikbare gegevens aannemelijk maken dat destijds bepaalde beperkingen golden.

4.3. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft na bestudering van de door appelland ingediende stukken, te weten brieven van artsen van de GGD en Streekgewest Westelijk Mijnstreek uit 2000/2001, in zijn rapport van 21 november 2019 uiteengezet dat deze stukken geen houvast bieden voor het motiveren van een doorlopende arbeidsongeschiktheid van 52 weken vanaf augustus 1998. Daarbij moet een afweging worden gemaakt tussen de belastbaarheid van de betrokkene en de belasting in de arbeid, aldus de verzekeringsarts bezwaar en beroep. Bij een beoordeling welke dermate ver in retrospectief wordt uitgevoerd is dit enkel te motiveren op grond van een gedetailleerd verloop van de klachten, beschreven in bijvoorbeeld een huisartsenjournaal of dossier van een behandelaar als een psycholoog of psychotherapeut, dat rechtstreeks betrekking heeft op de geclaimde periode en waarin er tevens aspecten van het functioneren die strijdig zijn met de belastbaarheid in de maatgevende arbeid worden benoemd. Dergelijk informatie ontbreekt, waardoor volgens de verzekeringsarts bezwaar en beroep een sluitende motivering over een 52 weken durende arbeidsongeschiktheid vanaf augustus 1998 niet mogelijk is.

4.4. Over de in hoger beroep ontvangen informatie heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep in zijn rapport van 6 maart 2020 opgemerkt dat die informatie grotendeels betrekking heeft op een periode die ver na augustus 1998 is gelegen. Er zijn geen ziektebeelden beschreven die per definitie conflicteren met de maatgevende arbeid en die reeds in 1998 een doorlopende arbeidsongeschiktheid van 52 weken zouden motiveren. De informatie van zenuwarts dr. F.R.J. Verhey van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) van 4 juni 1997 schetst een beeld van reeds langdurige pre-existente klachten die in de zes maanden voor het onderzoek waren toegenomen, maar bij het laatste bezoek (in subjectieve zin) ook weer wat

afgenomen waren. De gestelde DSM diagnose en GAF score geven geen aanleiding te veronderstellen dat appellent op grond hiervan op dat moment (of in augustus 1998) arbeidsongeschikt zou zijn. De brieven van Schadeverzekeringsmaatschappij Winterthur (Winterthur), waar appellent destijds een arbeidsongeschiktheidsverzekering (AOV) had, aan de afdelingen Inwendige Geneeskunde en Neurologie van het AMZ uit 1998 en 1999 bevatten op zich geen informatie betreffende (resultaten van) medisch onderzoek of functioneren die in de afweging belastbaarheid versus belasting van essentieel belang zijn. Resumerend is volgens de verzekeringsarts bezwaar en beroep op basis van de ontvangen gegevens niet te stellen dat appellent vanaf augustus 1998 gedurende 52 weken doorlopend arbeidsongeschikt zou zijn geweest binnen het kader van de WAZ.

4.5. Uit 4.3 en 4.4 volgt dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep alle beschikbare informatie om tot een retrospectieve beoordeling te komen zorgvuldig heeft bestudeerd. Deze heeft ook in hoger beroep inzichtelijk en deugdelijk gemotiveerd dat geen medische grondslag is te vinden voor het standpunt dat appellent in de periode hier van belang arbeidsongeschikt is geworden, en dat die arbeidsongeschiktheid vervolgens 52 weken heeft voortgeduurd omdat concrete medisch-objectieve gegevens voor dat standpunt ontbreken.

4.6. De namens appellent bij brief van 20 augustus 2020 ingezonden kopieën van brieven van Winterthur leiden niet tot een ander oordeel. De brief van 30 november 1999, gericht aan afdeling neurologie van het AZM, bevond zich reeds onder de gedingstukken. De brief van 14 december 1999 betreft een verzoek van Winterthur aan appellent om informatie over de voorgenomen uitschrijving van ECS-Maastricht uit het Handelsregister. In de brief is vermeld dat appellent per 14 september 1998 arbeidsongeschikt is verklaard en een maandelijkse uitkering op basis van zijn AOV-polis ontvangt en dat tijdens de maandelijkse controle door de behandelend geneesheer te kennen is gegeven dat appellent nog steeds volledig arbeidsongeschikt is. Verder is meegedeeld dat ingeval van uitschrijving de AOV-polis beëindigd wordt, omdat appellent vanaf dat moment op de particuliere dan wel publieke voorzieningen aangewezen is. De brief van Winterthur van 6 januari 2000 betreft een uitkeringsoverzicht van de AOV over de periode van 1 september 1998 tot en

met 31 december 1999 en bevat de mededeling dat de polis per 1 januari 2000 is beëindigd. Ook deze brieven bevatten geen informatie over resultaten van medisch onderzoek of functioneren, zodat een deugdelijke afweging tussen de belastbaarheid van appellent en de belasting in de maatgevende arbeid op grond hiervan niet mogelijk is. Ook in deze brieven ontbreken immers concrete medisch-objectieve gegevens voor het aannemen van beperkingen, die kunnen leiden tot de juistheid van het standpunt dat verzoeker vanaf augustus 1998 gedurende 52 weken doorlopend arbeidsongeschikt zou zijn geweest binnen het kader van de WAZ.

4.7. Dat door tijdsverloop de medische situatie niet meer verantwoord is vast te stellen komt, geteelt op vaste rechtspraak van de Raad zoals hiervoor in 4.2 is uiteengezet, voor risico van appellent. Het oordeel van de rechtbank dat de medische grondslag van het bestreden besluit kan worden onderschreven, wordt gevolgd.

4.8. De rechtbank heeft, ten slotte, met juistheid geoordeeld dat het medisch onderzoek niet onzorgvuldig is en niet in strijd met het Schattingsbesluit is gedaan. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft in zijn rapport van 6 maart 2020 opgemerkt dat, omdat de aanvraag betrekking heeft op een periode die meer dan 19 jaar in het verleden is gelegen en een dergelijke beoordeling een hoge mate van zorgvuldigheid en detail behelst, er geen reëel denkbare redenen zijn voor een persoonlijk onderzoek op dit moment. Bij een persoonlijk onderzoek zouden geen medische feiten aan het licht kunnen komen die nieuwe objectieve informatie geven over het functioneren van appellent in augustus 1998 die tot op heden niet bekend zouden zijn op basis van de beschikbare medische gegevens. De beoordeling moet daarom plaatsvinden op grond van de wél beschikbare medisch-objectieve gegevens. Dit standpunt wordt onderschreven. Appellant heeft dit standpunt ook niet gemotiveerd weerlegd. Op grond van artikel 2, zesde lid, van het Schattingsbesluit kon het Uvw daarom ook afzien van een arbeidskundig onderzoek, omdat de verzekeringsarts bezwaar en beroep niet heeft kunnen vaststellen dat appellent ten tijde hier van belang ongeschikt was tot het verrichten van zijn laatstelijk uitgeoefende arbeid.

4.9. Uit 4.1 tot en met 4.9 volgt dat de rechtbank terecht de weigering van het Uvw om appellent een WAZ-uitkering toe te kennen in stand heeft

gelaten. Het hoger beroep slaagt niet. De aangevallen uitspraak, voor zover aangevochten, zal worden bevestigd. Bij deze uitkomst bestaat geen grond voor toewijzing van het verzoek om veroordeling tot vergoeding van de wettelijke rente.

5. Voor een veroordeling in de proceskosten bestaat geen aanleiding.

#### Beslissing

De Centrale Raad van Beroep

- bevestigt de aangevallen uitspraak, voor zover aangevochten;
- wijst het verzoek om veroordeling van het Uwv tot vergoeding van wettelijke rente af.

#### NOOT

Zie de noot van E. van den Bogaard onder CRVB 9 december 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:3113, «USZ» 2021/68.

## Werkloosheid

70

**Geen strijd met het evenredigheidsbeginsel in de situatie waarin aan een startende ondernemer geen voorschot op grond van de NOW is toegekend**

Centrale Raad van Beroep  
17 december 2020, nr. 20/3476 e.v.,  
ECLI:NL:CRVB:2021:87  
(Rottier, Schoneveld, Wijna)  
Noot G.C. Boot

**NOW-1. NOW-2. Exceptieve toetsing. Startende ondernemer. Geen alomvattende regeling. Geen strijd met evenredigheidsbeginsel.**

[NOW-1 art. 11 lid 2; NOW-2 art. 8 lid 7, 12, 13]

*Samenvatting: i. Niet in geschil is dat appellante op basis van de art. 10 en art. 11 NOW-1 niet in aanmerking komt voor een voorschot, omdat het loon in het eerste aangiftetijdvak van 2020 (januari 2020) en het loon over de maand november*

*2019 nihil was. De NOW-1 is een noodmaatregel waarbij snel een zeer groot aantal werkgevers duidelijkheid moest worden verschaft over de aard en de inhoud van de regeling. Hierdoor heeft de NOW-1 noodgedwongen een generiek karakter en kan er niet steeds maatwerk worden geboden. De minister heeft dat aanstonds onderkend en de regeling gaandeweg meerdere keren aangepast waarbij de voorwaarden op onderdelen zijn gewijzigd teneinde het met de NOW-1 beoogde doel, zoals omschreven in art. 3 NOW-1, zoveel mogelijk te bereiken. Voldoende is toegelicht waarom met het oog op de uitvoerbaarheid van de regeling de wijziging is beperkt tot de subsidievestiging. Daarbij is getracht de betreffende werkgevers zoveel mogelijk tegemoet te komen door deze categorie werkgevers actief te benaderen en hun aanvragen tot subsidievestiging met voorrang te behandelen. De NOW heeft niet als doel een alomvattende regeling te bieden om alle bedrijven te redden. Hoewel de NOW voor sommige werkgevers, zoals startende ondernemers als appellante, nadelig kan uitpakken doordat zij geen voorschot kunnen ontvangen, wordt niet geoordeeld dat toepassing van art. 11 lid 2 NOW-1 in strijd is met het evenredigheidsbeginsel. Evenmin is toepassing van deze bepaling in strijd met enig ander algemeen beginsel van behoorlijk bestuur of algemeen rechtsbeginsel. Er bestaat dan ook geen aanleiding om in dit geval art. 11 lid 2 NOW-1 buiten toepassing te laten.*

*ii. Gelet op art. 8 lid 7 NOW-2 wordt uitgegaan van de loonaangifte zoals die op 15 mei 2020 is ingediend. Aangezien op dat moment sprake was van een nul-aangifte over maart 2020 is het voorschot terecht op nihil vastgesteld. Het oordeel van de rechtbank dat de minister de keuze voor de peildatum 15 mei 2020 voldoende heeft onderbouwd, wordt onderschreven. Ter voorkoming van fraude is bewust gekozen voor een peildatum die is gelegen voor de aankondiging van de NOW-2. Om die reden worden correctieberichten op de loonaangifte van na 15 mei 2020 niet meer meegenomen in de bepaling van de loonsom. Er is daarom geen aanleiding art. 8 lid 7, in samenhang met art. 8 lid 1, art. 12 en art. 13 lid 2 NOW-2, in strijd te achten met het evenredigheidsbeginsel of enig ander algemeen beginsel van behoorlijk bestuur of algemeen rechtsbeginsel en om deze bepaling om die reden buiten toepassing te laten.*