

## Arbeidsongeschiktheid

128

**Een verzekeringsgeneeskundig onderzoek door een niet als verzekeringsarts geregistreerde arts is toelaatbaar, mits in de bezwaarfase een volwaardig medisch onderzoek heeft plaatsgevonden door een geregistreerde verzekeringsarts bezwaar en beroep**

Centrale Raad van Beroep  
2 december 2020, nr. 18/4102 WIA,  
ECLI:NL:CRVB:2020:3550  
(Van der Kolk)  
Noot E. van den Bogaard

**Niet-verzekeringsarts. Verzekeringsarts bezwaar en beroep. Volwaardig onderzoek in bezwaar.**

[Wet WIA art. 6 lid 1 en 6; Wajong art. 1a:1 lid 6 en 7, 2:5 lid 1 en 8, 3:1 lid 10; WAO art. 18 lid 10; Sbaow art. 2, 2a, 3, 4]

*Samenvatting: i. Volgens vaste rechtspraak is een verzekeringsgeneeskundig onderzoek in de primaire fase door een verzekeringsarts in opleiding of een niet-geregistreerde verzekeringsarts toelaatbaar, mits in de bezwaarfase een volwaardig medisch onderzoek heeft plaatsgevonden door een verzekeringsarts bezwaar en beroep (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29, m.nt. E. van den Bogaard).*

*ii. Uit de voorhanden gegevens blijkt dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep in het rapport van 27 februari 2017 verslag heeft gedaan van op het spreekuur van 8 december 2016 verricht psychisch en lichamelijk onderzoek. Daarbij heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep in de fase van beroep in een rapport van 16 november 2017 in reactie op wat tijdens de zitting bij de rechtbank is besproken te kennen gegeven dat gezien de diagnose van psychiater Lam kan worden gesteld dat betrokkene niet simuleert of aggraveert en dat dit ook niet door haar is overgenomen. Het medisch*

*onderzoek is aldus voldoende zorgvuldig geweest.*

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Noord-Holland van 9 juli 2018, 17/1894 (aangevallen uitspraak), tussen:  
de Raad van bestuur van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (Uwv)  
[betrokkene] te [woonplaats] (betrokkene)

### Procesverloop

Het Uwv heeft hoger beroep ingesteld. Namens betrokkene heeft mr. J. Voorberg een verweerschrift ingediend.

Op verzoek van de Raad heeft betrokkene stukken ingediend.

Partijen hebben over en weer reacties ingezonden.

De Raad heeft verzekeringsarts M.M. Wolff-van der Ven als deskundige benoemd, die op 5 september 2019 een rapport heeft uitgebracht. Partijen hebben zienswijzen ingediend.

De deskundige heeft op 19 november 2019 een aanvullend rapport uitgebracht.

Naar aanleiding van de reactie van het Uwv heeft de deskundige een nader rapport van 9 maart 2020 ingezonden.

Het Uwv heeft rapporten van een verzekeringsarts bezwaar en beroep en een arbeidsdeskundige bezwaar en beroep ingebracht. Betrokkene heeft op deze rapporten gereageerd.

Partijen hebben desgevraagd verklaard geen gebruik te willen maken van het recht ter zitting te worden gehoord, waarna de Raad het onderzoek heeft gesloten.

### Overwegingen

1.1. Betrokkene is op 28 november 2011 door rugklachten uitgevallen voor zijn werkzaamheden als vrachtwagenchauffeur, die hij gemiddeld 39,46 uur per week verrichtte. Het Uwv heeft bij besluit van 6 september 2013 aan betrokkene een loongerelateerde WGA-uitkering op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) toegekend, waarbij zijn arbeidsongeschiktheid is vastgesteld op 80 tot 100%. Bij besluit van 23 september 2015 is de loongerelateerde WGA-uitkering met ingang van 25 december 2015 omgezet naar een WGA-loonaanvullingsuitkering.

1.2. In het kader van een herbeoordeling is betrokkene onderzocht op het spreekuur van een arts van het Uww. Deze arts heeft in een door een verzekeringarts getoetst en akkoord bevonden rapport van 5 september 2016 vermeld dat betrokkene heeft gemeld dat de rugklachten zijn toegenomen en dat hij toenemend duizeligheidsklachten met braken en zweten heeft. De arts heeft in het rapport vermeld dat de rugklachten atypisch zijn en dat de klachten van myalgische aard blijken, waarbij sprake is van aggraving en simulatie. In een (nieuwe) Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) wordt rekening gehouden met rugsparende beperkingen en beperkingen in verband met een kwetsbaar psychisch evenwicht en stemmingsklachten. In verband met vastgestelde Ménière is een beperking voor verhoogd persoonlijk risico aangenomen. Een arbeidsdeskundige heeft in een rapport van 23 september 2016 berekend dat betrokkene 19,16% arbeidsongeschikt is.

1.3. Het Uww heeft bij besluit van 26 september 2016 de WGA-uitkering van betrokkene met ingang van 24 november 2016 beëindigd omdat hij minder dan 35% arbeidsongeschikt is.

1.4. Naar aanleiding van zijn bezwaar tegen dit besluit is betrokkene onderzocht op het spreekuur van een verzekeringarts bezwaar en beroep. Deze arts heeft in een rapport van 27 februari 2017 vermeld geen redenen te hebben om meer beperkingen in de FML aan te nemen, zij het dat het verminderd gehoor op de FML zal worden vermeld. De beperking die door de primaire arts is aangenomen wat betreft torderen heeft deze verzekeringarts als minder vergaand aangepast in een FML van 27 februari 2017. Een arbeidsdeskundige bezwaar en beroep heeft in een rapport van 1 maart 2017 een functie laten vervallen in verband met de opleidingseis. Betrokkene is op basis van wat hij kan verdienen met werkzaamheden in de resterende functies in vergelijking met zijn maatmaninkomen 19,38% arbeidsongeschikt.

1.5. Bij beslissing op bezwaar van 2 maart 2017 (bestreden besluit) heeft het Uww het bezwaar van betrokkene, onder verwijzing naar de rapporten van de verzekeringarts bezwaar en beroep en de arbeidsdeskundige bezwaar en beroep, ongegrond verklaard.

2.1. In beroep tegen het bestreden besluit heeft betrokkene rapporten van verzekeringarts/medisch adviseur mr. G.J. Kruithof van 29 augustus

2017 en 8 december 2017 en psychiater drs. D. Lam van 12 oktober 2017 ingebracht. Psychiater Lam heeft in zijn rapport vermeld dat betrokkene een somatoforme stoornis heeft, die leidt tot een preoccupatie met onverklaarbare somatische aandoeningen en behandeling daarvan. Hierdoor ontstaan beperkingen in energie en tijdsbesteding. De stoornis leidt volgens psychiater Lam tot minder beschikbaarheid voor arbeid. Verzekeringarts Kruithof heeft in zijn rapport van 8 december 2017 vermeld in het rapport van psychiater Lam aanleiding te zien om voor betrokkene een arbeidsduurbepaling aangewezen te achten. Betrokkene is in staat om maximaal vier tot vijf uur per dag, 20 tot 25 uur per week te werken waarbij nachtdiensten vermeden moeten worden. De verzekeringarts bezwaar en beroep heeft in rapporten van 16 november 2017 en 9 januari 2018 te kennen gegeven dat er geen argumenten zijn om meer beperkingen aan te nemen, omdat ernstige somatische afwijkingen ontbreken en er geen ernstig psychiatrisch beeld is.

2.2. De rechtbank heeft in de aangevallen uitspraak het beroep van betrokkene gegrond verklaard en overwogen het Uww niet te volgen in zijn standpunt dat er geen argumenten zijn om een arbeidsduurbepaling aan te nemen. De rechtbank heeft het bestreden besluit vernietigd, het Uww de opdracht gegeven om arbeidskundig onderzoek te verrichten uitgaande van de door verzekeringarts Kruithof aangenomen beperkingen en het Uww veroordeeld tot vergoeding van de proceskosten van betrokkene en het door deze betaalde griffierecht.

3.1. Het Uww heeft in hoger beroep aangevoerd het niet eens te zijn met de door verzekeringarts Kruithof aangewezen geachte arbeidsduurbepaling.

3.2. Betrokkene heeft zich op het standpunt gesteld dat in de rapporten van verzekeringarts Kruithof en psychiater Lam voldoende is onderbouwd dat op medische gronden een arbeidsduurbepaling noodzakelijk is.

4.1. Gelet op het verschil in mening tussen partijen over de noodzaak van een arbeidsduurbepaling heeft de Raad de deskundige gevraagd hoeveel uur zij betrokkene op basis van haar deskundigheid in staat achtte om te werken op de te beoordelen datum.

4.2. De deskundige heeft in het rapport van 5 september 2019 te kennen gegeven dat niet als rechtstreeks en objectiveerbaar gevolg van onderlig-

gende afwijkingen en conform de standaard duurbelastbaarheid in arbeid een vermindering in arbeidsuur noodzakelijk geacht kan worden. Zij heeft betrokkene gedurende acht uur per dag belastbaar geacht, mits voldoende rekening gehouden wordt met beperkingen in de belastbaarheid.

4.3. In een aanvullend rapport van 19 november 2019 heeft de deskundige vermeld dat zij betrokkene in aanvulling op de FML van 27 februari 2017 ook beperkt acht wat betreft beoordelingspunten 1.0. vasthouden van de aandacht, met toelichting: niet veel langer dan de norm en geen complexe materie, 1.9.8. aangewezen op werk waarin geen hoog handelingstempo vereist is, 4.19.2. lopen tijdens het werk, beperkt, met in toelichting “max 2 uur”, 5.4.2. staan tijdens werk, beperkt, met in toelichting “max 2 uur”. In reactie op een bij de zienswijze van betrokkene gevoegde rapport van verzekeringsarts Kruithof van 11 oktober 2019 heeft zij beargumenteerd dat gedoseerd actief zijn voor betrokkene de beste wijze is om met de klachten om te gaan en inactiviteit niet bevorderd moet worden. Een urenbeperking om preventieve redenen is daarmee tegenstrijdig. Zij ziet geen medische onderbouwing voor een risico op uitval indien betrokkene acht uur per dag zou moeten werken.

4.4. Naar aanleiding van een reactie van de verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft de deskundige in het nader rapport van 9 maart 2020 te kennen gegeven dat zij de door haar aangegeven beperkingen/toelichtingen bij vasthouden van de aandacht en hoog handelingstempo onveranderd aan de orde acht. Zij heeft geen bezwaar tegen de door de verzekeringsarts bezwaar en beroep beschreven alternatieve beperking in de vorm van een omschrijving bij ‘overige’ dat lopen en staan tijdens het werk tezamen maximaal vier uur per dag mag betreffen.

4.5. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft in een rapport van 8 april 2020 vermeld de FML aan te passen overeenkomstig de door de deskundige aangewezen geachte beperkingen. Deze beperkingen zijn in een FML van 8 april 2020 (geldig vanaf 16 augustus 2016) opgenomen. Een arbeidsdeskundige bezwaar en beroep heeft in een rapport van 17 april 2020 vermeld dat door de aanpassingen in de FML een functie komt te vervallen. Op basis van de drie resterende functies is betrokkene 23,63% arbeidsongeschikt. Het Uvw heeft zich daarom op het standpunt gesteld dat

met de gewijzigde FML voldoende functies resteren die geschikt zijn voor betrokkene en dat betrokkene ongewijzigd minder dan 35% arbeidsongeschikt wordt geacht per datum in geding.

4.6. Betrokkene heeft in reactie hierop, onder verwijzing naar de rapporten van verzekeringsarts Kruithof, zijn standpunt gehandhaafd dat een arbeidsduurbepanking nodig is.

Wat betreft de resterende geselecteerde beeldfuncties heeft betrokkene betoogd dat de belasting voor vasthouden van de aandacht niet past bij zijn belastbaarheid en dat in de functies wel complexe werkzaamheden voorkomen. Verder heeft hij naar voren gebracht dat hij is gekeurd door een arts in opleiding wat volgens hem strafbaar is. Hij voelt zich door zijn klachten niet in staat om te werken en voelt zich in de steek gelaten door het Uvw. Het lukt hem niet om meer dan vier uur per dag te staan, zitten of lopen.

5. De Raad komt tot de volgende beoordeling.

5.1. Als uitgangspunt geldt dat de bestuursrechter het oordeel van een onafhankelijke, door hem ingeschakelde deskundige volgt als de motivering van deze deskundige hem overtuigend voorkomt. Deze situatie doet zich hier voor. De deskundigenrapporten geven blijk van zorgvuldig onderzoek en zijn inzichtelijk en consistent. Dat het standpunt van de deskundige afwijkt van de opvatting van een andere, door een van de partijen geraadpleegde, deskundige is op zichzelf niet voldoende om tot een ander oordeel te komen. Ook geven de bezwaren van betrokkene tegen het rapport daartoe geen aanleiding. De door de Raad ingeschakelde deskundige heeft evenals psychiater Lam en medisch adviseur Kruithof geconcludeerd dat betrokkene een energetische beperking heeft. In het rapport van 5 september 2019 heeft de deskundige overtuigend beschreven dat verminderde energetische belastbaarheid door pijnstoornis aannemelijk is te achten, maar dat dit niet automatisch tot een arbeidsduurbepanking leidt. De deskundige heeft in het rapport van 19 november 2019 om energetische redenen beperkingen in de rubrieken 4 en 5 van de FML aangewezen geacht en nogmaals gemotiveerd waarom een arbeidsduurbepanking niet nodig is wanneer de energetische belasting op een andere manier wordt beperkt. Daarnaast heeft de deskundige gemotiveerd gereageerd op de reactie van verzekeringsarts Kruithof.

5.2. Uit de rapporten van de deskundige blijkt dat deze alle door betrokkene geuite en ervaren

klachten heeft betrokken en de deskundige de beschikking heeft gehad over de door betrokkene ingebrachte medische informatie en zelf ook medische informatie heeft opgevraagd. Zij heeft op basis van de aanwezige informatie en op basis van haar eigen onderzoek geconcludeerd dat betrokkene meer beperkt was dan waarvan het Uwv is uitgegaan. Voorts blijkt dat het Uwv de door de deskundige vastgestelde beperkingen heeft opgenomen in de FML van 8 april 2020. De Raad heeft geen aanknopingspunten voor een andere conclusie over de medische belastbaarheid van betrokkene dan vermeld in deze FML.

5.3. Wat betreft de opmerking in hoger beroep van betrokkene over de primaire arts die de herbeoordeling heeft verricht en zijn eerder geuite grief zich niet goed behandeld te hebben gevoeld door de primaire arts die ervan uitging dat hij simuleerde, wordt als volgt overwogen. Volgens vaste rechtspraak is een verzekeringsgeneeskundig onderzoek in de primaire fase door een verzekeringsarts in opleiding of een niet-geregistreerde verzekeringsarts toelaatbaar, mits in de bezwaarfase een volwaardig medisch onderzoek heeft plaatsgevonden door een verzekeringsarts bezwaar en beroep (zie bijvoorbeeld de uitspraak van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018). Uit de voorhanden gegevens blijkt dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep in het rapport van 27 februari 2017 verslag heeft gedaan van op het spreekuur van 8 december 2016 verricht psychisch en lichamelijk onderzoek. Daarbij heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep in de fase van beroep in een rapport van 16 november 2017 in reactie op wat tijdens de zitting bij de rechtbank is besproken te kennen gegeven dat gezien de diagnose van psychiater Lam kan worden gesteld dat betrokkene niet simuleert of aggraveert en dat dit ook niet door haar is overgenomen. Het medisch onderzoek is aldus voldoende zorgvuldig geweest.

5.4. Uitgaande van de juistheid van de FML van 8 april 2020 wordt over de belasting in de geselecteerde drie voorbeeldfuncties, die voor betrokkene nog geschikt worden geacht, het volgende overwogen.

5.5. Over de signalering op beoordelingspunt 1.0 (Vasthouden van de aandacht) in de geselecteerde voorbeeldfuncties is door de arbeidsdeskundige bezwaar en beroep in het rapport van 17 april 2020 inzichtelijk en overtuigend toegelicht dat betrokkene beperkt is geacht wat betreft een bo-

vennormale belasting op dit beoordelingspunt. Vermeld is dat over de belasting overleg met de verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft plaatsgevonden. Betrokkene wordt wel geschikt wordt geacht voor niet complex routinematig werk (zoals bijvoorbeeld eenvoudig montagewerk of sorteerwerk en scanwerkzaamheden) waarbij sprake is van een beperkte persoonlijke invulling van de functie door de functionaris. Bij routinematig eenvoudig werk worden er nauwelijks eisen gesteld ten aanzien van het vasthouden van de aandacht. De tijd die in deze functies nodig is voor het richten van de aandacht op de bron van de handelingen of de bron van informatie, is niet langer dan 30 minuten aaneengesloten. Het betreft in de functies wel nauwkeurig werken, maar hierbij kan worden volstaan met steeds terugkerende korte momenten van concentratie. Volgens de arbeidsdeskundige bezwaar en beroep vindt in de functies geen bovennormale belasting plaats ten aanzien van vasthouden van de aandacht. Ook betreft het geen werken met complexe materie. De Raad heeft geen aanleiding om te twijfelen aan deze in overleg met de verzekeringsarts bezwaar en beroep gegeven toelichting. Betrokkene heeft daarover ook geen nader onderbouwd standpunt ingebracht.

5.6. De Raad stelt vast dat de mate van arbeidsongeschiktheid van betrokkene, nadat het Uwv de FML in overeenstemming heeft gebracht met de door deskundige aangewezen geachte beperkingen, onder de 35% blijft. Dit betekent dat het Uwv de uitkering van betrokkene terecht met ingang van 24 november 2016 heeft beëindigd. Nu pas in hoger beroep het bestreden besluit van een juiste motivering is voorzien, moet worden geoordeeld dat de rechtbank het bestreden besluit terecht heeft vernietigd. Gelet op wat in deze uitspraak is overwogen bestaat aanleiding de rechtsgevolgen van het vernietigde besluit in stand te laten, zodat de rechtbank ten onrechte heeft bepaald dat een nieuwe beslissing op bezwaar moet worden genomen.

6. Aanleiding bestaat om het Uwv te veroordelen in de proceskosten van betrokkene in hoger beroep gelet op de pas in hoger beroep ontstane juiste grondslag van het bestreden besluit. Deze kosten worden begroot op € 1.050,= voor verleende rechtsbijstand (1 punt voor het hoger beroepschrift, 2 keer 0,5 punt voor zienswijze en reactie)

De kosten van het rapport van medisch adviseur Kruithof van 11 oktober 2019 ten bedrage van €314,60 (inclusief omzetbelasting) komen eveneens voor vergoeding in aanmerking.

7. Van het Uvw wordt op grond van artikel 8:109, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht griffierecht geheven.

### Beslissing

De Centrale Raad van Beroep

- vernietigt de aangevallen uitspraak, voor zover daarbij het Uvw is opgedragen een nieuwe beslissing op bezwaar te nemen;
- bevestigt de aangevallen uitspraak voor het overige;
- bepaalt dat de rechtsgevolgen van het vernietigde besluit in stand blijven;
- veroordeelt het Uvw in de proceskosten van betrokkene tot een bedrag van € 1.364,60,=;
- bepaalt dat van het Uvw een griffierecht van € 508,= wordt geheven.

### NOOT

#### *De niet-verzekeringsarts revisited again*

1. Dat een in de primaire fase uitgevoerd verzekeringsgeneeskundig onderzoek door een niet-verzekeringsarts (bijv. een verzekeringsarts in opleiding of een basisarts) een gebrek is dat in bezwaar kan worden hersteld, is vaste rechtspraak. Zo overwoog de CRvB in r.o. 4.1 van zijn uitspraak van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29, m.nt. E. van den Bogaard, dat "(d)it gebrek (...) echter in de bezwaarfase (kan) worden hersteld indien een *beoordeling* plaatsvindt door een wel als zodanig geregistreerde arts (cursivering EvdB)." Voor een samenvatting van de ontwikkeling van de rechtspraak over de niet-verzekeringsarts verwijs ik naar mijn noot onder de door de CRvB aangehaalde uitspraak van 13 december 2018, ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29. Die rechtspraak houdt in dat het onderzoek in bezwaar moet worden verricht:

- (1) door een *geregistreerde* verzekeringsarts,
- (2) die *zelf* onderzoek verricht (en niet kan volstaan met een contraseign bij een door een niet-verzekeringsarts verricht onderzoek),
- (3) waarbij in de regel *niet* kan worden volstaan met *uitsluitend* dossieronderzoek,

(4) maar een *lichamelijk* onderzoek ook weer *niet altijd* noodzakelijk zal zijn.

2. In de hier opgenomen uitspraak lijkt de CRvB een stap verder te gaan: in de bezwaarfase moet dan een "*volwaardig medisch onderzoek* (cursivering EvdB)" plaatsvinden. De vraag is echter wat dan precies moet worden verstaan onder een 'volwaardig medisch onderzoek' en of dat moet worden gezien als een aanscherping van de bestaande rechtspraak.

Die vraag heeft een grote actualiteit, aangezien de sinds maart 2020 geldende Coronamaatregelen een grote impact hebben op de wijze waarop het UWW – zowel in primo als in bezwaar – de medische onderzoeken vormt geeft.

3. Een zoekopdracht op rechtspraak.nl met de zoekterm "*volwaardig medisch onderzoek*" levert 5 uitspraken op, waarvan er, naast de hier besproken uitspraak, 3 relevant zijn.

In Rb. Almelo 13 december 2007,

ECLI:NL:RBALM:2007:BC0382, klaagt eiseres erover dat er geen volwaardig medisch onderzoek heeft plaatsgevonden, doordat het onderzoek in primo is verricht door een niet-verzekeringsarts, die daarbij geen lichamelijk onderzoek heeft verricht, en de bezwaarverzekeringsarts geen eigen medisch onderzoek heeft verricht. De rechtbank overweegt "dat, nu eiseres tijdens de hoorzitting expliciet heeft aangegeven dat zij naast psychische klachten ook meerdere lichamelijke klachten heeft en Weber in het geheel geen lichamelijk onderzoek had verricht, de bezwaarverzekeringsarts *zelf lichamelijk onderzoek had moeten verrichten*. Niet valt in te zien dat in dit geval het *horen van eiseres ter hoorzitting* en het *inwinnen van informatie bij de huisarts* hiervoor in de plaats kan worden gesteld. (...) De rechtbank is dan ook van oordeel dat de bezwaarverzekeringsarts in het onderhavige geval *lichamelijk onderzoek niet achterwege* had mogen laten (cursivering EvdB)." In zijn uitspraak van 17 januari 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BC3093, merkt de CRvB "(m)et betrekking tot de *eigen observaties* van de bezwaarverzekeringsarts *op de hoorzitting* (...) op dat in die context *geen sprake* is van een *volwaardig* medisch onderzoek en dat die observaties niet zonder meer dragend kunnen zijn voor de medische oordeelsvorming (cursivering EvdB)."

Ook in zijn uitspraak van 10 juli 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BJ3274, overweegt de CRvB dat "naar het oordeel van de Raad *geen sprake*

was van een *volwaardig* medisch onderzoek naar de psychische gezondheid van appelland door de bezwaarverzekeringssarts *tijdens de hoorzitting*”, zij het dat “de Raad hieraan niet de conclusie verbindt dat sprake is van onzorgvuldig onderzoek door de bezwaarverzekeringssarts. De Raad is van oordeel dat de bezwaarverzekeringssarts door middel van *dossieronderzoek* en door de rapportage van de verzekeringssarts *kritisch te beoordelen in relatie tot de aanwezige medische gegevens* – waaronder het rapport van IJsselstein –, de medische grondslag reeds met afdoende zorgvuldigheid heeft heroverwogen.” In de hier besproken uitspraak ten slotte overweegt de CRvB dat “(u)it de voorhanden gegevens blijkt dat -de verzekeringssarts bezwaar en beroep in het rapport van 27 februari 2017 verslag heeft gedaan van *op het spreekuur* van 8 december 2016 verricht psychisch en lichamelijk onderzoek. Daarbij heeft de verzekeringssarts bezwaar en beroep *in de fase van beroep* in een rapport van 16 november 2017 in reactie op wat tijdens de zitting bij de rechtbank is besproken te kennen gegeven dat gezien de diagnose van psychiater Lam kan worden gesteld dat betrokkene niet simuleert of aggraveert en dat dit ook niet door haar is overgenomen. Het medisch onderzoek is *aldus* voldoende zorgvuldig geweest (cursivering EvdB).”

Uit deze uitspraken volgt dat om te kunnen spreken van een *volwaardig* medisch onderzoek de verzekeringssarts bezwaar en beroep de betrokkene *op zijn spreekuur* moet hebben gezien en aldaar een volledig onderzoek moet hebben verricht en dat het bijwonen van de hoorzitting daartoe niet voldoende is.

4. In het licht van deze uitspraken is de clausule “mits in de bezwaarfase een *volwaardig* medisch onderzoek heeft plaatsgevonden door een verzekeringssarts bezwaar en beroep (cursivering EvdB)” inderdaad een aanscherping van de in ECLI:NL:CRVB:2018:4018, «USZ» 2019/29, gebruikte clausule “indien een *beoordeling* plaatsvindt door een wel als zodanig geregistreerde arts”. Immers, in ECLI:NL:CRVB:2009:BJ3274 overweegt de CRvB uitdrukkelijk dat het tijdens de hoorzitting verrichte onderzoek *niet* kan gelden als *volwaardig* medisch onderzoek, maar dat (desondanks) de heroverweging van de medische grondslag wel met voldoende zorgvuldigheid heeft plaatsgevonden. Anders gezegd: het in bezwaar verrichte medisch *onderzoek* was niet

volwaardig, maar de in bezwaar verrichte *beoordeling* was wel voldoende zorgvuldig. *Onderzoek* vergt dus meer dan *beoordeling*.

*Wanneer is een medisch onderzoek in bezwaar volwaardig?*

(A) *Reguliere ('fysieke') hoorzitting, eventueel gevolgd door een onderzoek in spreekkamer* 5. De reguliere ‘fysieke’ hoorzitting waarbij de verzekeringssarts, de betrokkene, diens gemachtigde en eventueel meegekomen begeleider(s) en/of hulpverlener(s) in dezelfde ruimte aanwezig zijn, is en blijft de beste setting om een volwaardig medisch onderzoek mogelijk te maken. Zoals we hiervoor zagen is het weliswaar vaste rechtspraak dat het door de verzekeringssarts bezwaar en beroep bijwonen van de hoorzitting niet geldt als een volwaardig medisch onderzoek, maar de setting van en de gang van zaken op de hoorzitting kunnen betrekkelijk eenvoudig worden aangepast om alsnog tot een volwaardig medisch onderzoek te kunnen leiden. Bijvoorbeeld doordat de behandelend jurist de kamer verlaat en de verzekeringssarts bezwaar en beroep de hoorzitting voortzet als medisch spreekuur. Of doordat de verzekeringssarts de betrokkene na afloop van de hoorzitting meeneemt naar een onderzoekskamer voor een lichamelijk onderzoek.

6. Nu heeft natuurlijk ook het UWV rekening te houden met de maatregelen die bedoeld zijn om de verspreiding van het Coronavirus tegen te gaan. Als gevolg daarvan zijn de meeste medewerkers niet op kantoor aanwezig, maar werken zij vanuit huis. Dat geldt ook voor verzekeringssartsen en arbeidsdeskundigen. Dat heeft gevolgen voor de wijze waarop medische onderzoeken worden verricht. Maar dat laat onverlet dat ook in Coronatijd de ‘fysieke’ hoorzitting de beste setting is om tot een volwaardig medisch onderzoek te komen.

Inmiddels zijn alle UWV-kantoren voorzien van aangepaste ruimten waarin ‘fysieke’ hoorzittingen kunnen plaatsvinden en, zo nodig, lichamelijke onderzoeken kunnen worden verricht. Het UWV stelt daarbij echter de beperkende voorwaarde dat de betrokkene *maximaal één persoon* mag meenemen (zie <https://www.uwv.nl/particulieren/veelgestelde-vragen/coronavirus/detail/welke-maatregelen-neemt-uwv-om-mijn-afpraak-veilig-te-laten-verlopen>, uitklap-element “Dienstverlening: ik heb een afspraak op een

kantoor van UWV. Welke maatregelen neemt UWV om mijn afspraak veilig te laten verlopen?”). Die beperking geldt zowel voor het medisch spreekuur als de hoorzitting. Dat betekent dat als de betrokkene op de hoorzitting wordt bijgestaan door een gemachtigde, hij geen andere personen mag meenemen, bijvoorbeeld een begeleider of hulpverlener die hem goed kent en vanuit die kennis en ervaring een waardevolle (hetero-anamnestic) bijdrage aan het onderzoek zou kunnen leveren.

Vooraf in Wajong-zaken is dat een groot probleem, omdat juist in die zaken de informatie van ouders, begeleiders en hulpverleners belangrijk is om een goed beeld te krijgen van (1) het functioneren van de betrokkene (relevant voor de beoordeling van zijn arbeidsvermogen) en (2a) de aard en intensiteit van de lopende behandeling en begeleiding en het beloop daarvan, en (2b) wat de behandelaars en begeleiders als toekomstige ontwikkeling realistisch achten (relevant voor de beoordeling van de duurzaamheid). De beperking dat de betrokkene maximaal één persoon mag meenemen kan er dan er in sommige zaken toe leiden dat zelfs een medisch spreekuur niet kan gelden als een *volwaardig* medisch onderzoek.

7. De dagelijkse praktijk laat op dit punt een wisselend beeld zien. Soms staan de juridisch medewerker en verzekeringsarts bezwaar en beroep wel toe dat een begeleider meekomt naar de hoorzitting. In zo'n geval ga ik als gemachtigde op afstand zitten en laat ik de begeleider naast de betrokkene zitten op de plaats waar anders de gemachtigde zit.

Soms moet de meegekomen begeleider op de gang wachten totdat de juridisch medewerker zijn introductie heeft gegeven en de eventuele juridische en/of arbeidskundige aspecten met de gemachtigde heeft besproken. De begeleider mag dan de kamer in nadat de juridisch medewerker deze heeft verlaten. In dergelijke gevallen moet de begeleider op afstand gaan zitten en kan hij niet aan de tafel plaatsnemen op de plaats van de juridisch medewerker, omdat die plek dan nog niet is gedesinfecteerd. In die situaties had de begeleider net zo goed van meet af aan op 1½ meter afstand in de ruimte plaats kunnen nemen en is de enige reden dat dit niet gebeurt, gelegen in het halsstarrig vasthouden aan het getalscriterium van maximaal één persoon. Het is voorgekomen dat deze beperking mij ertoe noodzaakte

om de hulpverlener met de betrokkene mee te laten gaan en zelf aan de hoorzitting deel te nemen via een videoverbinding op de laptop van de betrokkene of de hulpverlener. In zo'n situatie is het niet mogelijk om alle in de ruimte aanwezige personen tegelijk in beeld te krijgen en kies ik ervoor de laptop zo neer te laten zetten dat ik de betrokkene in beeld heb. Maar eigenlijk is het van de zotte dat ik als gemachtigde met mijn cliënt moet regelen dat er een videoverbinding met de hoorzitting tot stand komt.

8. Eerlijk gezegd begrijp ik niet zo goed waarom het UWV bij de hoorzittingen niet een wat meer genuanceerd beleid voert. Ik weet uit eigen waarneming dat in de meeste hoorkamers de vergadertafel niet geschikt is om met meer dan vier personen Coronaproof aan te zitten (die vergadertafel is met behulp van spatschermen verdeeld in vier compartimenten). Maar het is doorgaans wel mogelijk een vijfde persoon op (ruim) 1½ meter afstand van die tafel te laten plaatsnemen. Of die gelegenheid ook wordt geboden, is echter volledig afhankelijk van de welwillendheid van de behandelend jurist en de verzekeringsarts bezwaar en beroep.

Natuurlijk begrijp ik best dat ook medewerkers van het UWV kunnen behoren tot een risicogroep of in hun privé-domein te maken kunnen hebben met kwetsbare personen en daarmee geen onnodige risico's willen menen. Mij is ook wel eens verteld dat een verzekeringsarts om die reden überhaupt niet meer op kantoor komt en geen enkel 'fysiek' contact heeft met cliënten en dat respecteer ik ten volle. Maar ik weet ook dat op de meeste UWV-kantoren in de vleugel waar de hoorkamers zich bevinden, ook grotere (vergader)ruimtes aanwezig zijn, die moeiteloos geschikt kunnen worden gemaakt om meer personen tot de hoorzitting toe te laten zonder afbreuk te doen aan de bescherming waarop ook de medewerkers van het UWV aanspraak kunnen maken. Dat betekent dat het (naast de betrokkene zelf) tot de hoorzitting toelaten van meer dan één persoon geen kwestie is van niet kunnen, maar van niet willen. En daarmee niet acceptabel (en in strijd met art. 3:2 Awb).

#### (B) Telefonische hoorzitting

9. Hoewel 'fysieke' hoorzittingen wel weer mogelijk zijn, wordt toch nog vaak een telefonische hoorzitting aangeboden. In sommige zaken kan een telefonische hoorzitting best een bruikbaar

alternatief zijn en ook voordelen hebben (geen reistijd en -kosten); bijvoorbeeld als het bezwaar alleen gaat om een *juridisch* geschilpunt waarbij ook tijdens een reguliere hoorzitting het gesprek alleen tussen de gemachtigde en de juridisch medewerker zou plaatsvinden en de betrokkene er eigenlijk een beetje voor spek en bonen bij zou zitten. In dergelijke zaken werd voor Corona de hoorzitting ook al vaak telefonisch afgehandeld. Maar zodra de *inbreng van de betrokkene zelf* van belang is, wordt een telefonische hoorzitting al gauw ingewikkeld. Als in een telefoongesprek meer dan twee personen deelnemen, is het niet altijd duidelijk welke stem bij welke persoon hoort en dat maakt gesprekken soms lastig te volgen.

Voor *medische* bezwaren is een telefonische hoorzitting in beginsel *niet* geschikt. Immers, een van de onderdelen van een medisch onderzoek is de *observatie* van de betrokkene door de verzekeringsarts. Bij een telefonische hoorzitting ontbreken de *visuele* en *zintuiglijke* observaties, waardoor niet kan worden waargenomen dat de betrokkene (bijvoorbeeld) onverzorgd is, naar zweet ruikt en een alcoholfoetor heeft. Bovendien gaat bij een telefonische hoorzitting de *non-verbale* communicatie volledig verloren. En zeker in zaken waarin psychische problematiek een rol speelt (of kan spelen), kunnen de visuele en zintuiglijke observatie en de non-verbale communicatie van de betrokkene niet worden gemist.

Dat betekent dat in medische zaken een telefonische hoorzitting in beginsel ontoereikend moet worden geacht en daarmee in strijd met art. 3:2 Awb.

### (C) Videohoorzitting

10. Bij een videohoorzitting is wel visuele waarneming mogelijk en daarmee verdient de videohoorzitting de voorkeur boven een telefonische hoorzitting. Maar een videohoorzitting kent ook de nodige beperkingen. Immers, de visuele waarneming is afhankelijk van de *kwaliteit van de beeldverbinding* en de ervaring leert dat die niet altijd even geweldig is.

Ook is bij een videohoorzitting geen *zintuiglijke* waarneming mogelijk. Als tijdens zo'n hoorzitting de betrokkene op het kantoor van zijn gemachtigde is, zou de gemachtigde melding kunnen maken van een alcoholfoetor of zweetlucht, maar dat levert tussen de gemachtigde en diens cliënt

een nogal ongemakkelijke situatie op, waarbij zelfs de veiligheid van de gemachtigde in het geding kan komen (hetgeen voor een kantoorgeenoot een reden is geweest een dergelijke eigen waarneming voor zich te houden).

En verder gaat bij een videohoorzitting nog steeds een groot deel van de *non-verbale communicatie* verloren.

Een andere beperking is dat betrokkenen het soms *moeilijker* vinden om voor de camera over hun problemen te praten dan in een face-to-face gesprek. Vooral in Wajong-zaken heb ik meer dan eens meegemaakt dat de jongere op afstand bleef zitten, niet naar de camera keek en nauwelijks reageerde op door de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige gestelde vragen. Dat leidde dan tot geïrriteerde reacties van de verzekeringsarts of arbeidsdeskundige met als gevolg dat de jongere nog meer dichtsloeg. Op reguliere hoorzittingen heb ik het ontstaan van dergelijke situaties eigenlijk nooit meegemaakt en konden ook gesprekken die een wat moeizamere aanloop kenden, altijd (in samenspraak met de verzekeringsarts en de door de betrokkene meegenomen begeleider en/of hulpverlener) in goede banen worden geleid, al was het maar door de betrokkene even een hand op de schouder te leggen en gerust te stellen.

Hoewel een videohoorzitting wel moet worden gezien als de 'next best thing', een volwaardig medisch onderzoek levert het niet op.

11. Een ander probleem is dat het UWV een videohoorzitting doorgaans niet uit eigen beweging aanbiedt en ook lang niet altijd als daarom uitdrukkelijk wordt verzocht (dan wordt de keuze geboden tussen een telefonische hoorzitting of helemaal geen hoorzitting). De ervaring leert dat het vaak de verzekeringsarts bezwaar en beroep is die categoriaal weigert om mee te werken aan videohoorzittingen. Doorgaans wordt dat gemotiveerd met de vrees dat opnames van dergelijke hoorzittingen over het internet gaan zwerven. Nu kan ik mij op zich best indenken dat een verzekeringsarts er niet op zit te wachten dat opnames van hoorzittingen over het internet gaan zwerven. Maar de vraag is hoe vaak dat gebeurt (ik heb mij laten vertellen dat dit inderdaad wel eens is gebeurd) en, als het gebeurt, hoe erg dat dan is.

Uiteraard zijn op een opname van een videohoorzitting alle deelnemers te zien. Daarmee komt bij openbaarmaking van die opname de



persoonlijke levenssfeer van al die deelnemers in het gedrang. Daar staat echter tegenover dat de juridisch medewerker, de verzekeringsarts bezwaar en beroep, de arbeidsdeskundige bezwaar en beroep en de gemachtigde aan het gesprek deelnemen in hun professionele hoedanigheid. Dat betekent dat het niet hun *persoonlijke* levenssfeer is die bij verspreiding van een opname in het geding is, maar hun *professionele* levenssfeer.

Nu zou nog kunnen worden tegengeworpen dat de verzekeringsarts bezwaar en beroep momenteel vaak vanuit huis werkt en dat bij een videohoorzitting diens huiselijke omgeving zichtbaar kan zijn. “Kan zijn” en niet “is”, want het door het UWV gebruikte programma MSTeams biedt de mogelijkheid een virtuele achtergrond in te stellen, waardoor de privé-omgeving volledig wordt afgeschermd. Kortom, de *persoonlijke* levenssfeer van de professionele deelnemers is niet in het geding.

Verder kan in de uitnodiging voor een videohoorzitting uitdrukkelijk worden vermeld dat het niet is toegestaan om daarvan geluids- en/of beeldopnames te maken.

Nu beoog ik met het voorgaande geen uitputtende bespreking te geven van alle mogelijke bezwaren en oplossingen. Maar vooralsnog zie ik geen steekhoudende argumenten op grond waarvan het UWV zou mogen weigeren om mee te werken aan een videohoorzitting als de betrokkene daarom verzoekt.

*Conclusie: volwaardig medisch onderzoek in Coronatijd*

12. Mijn conclusie is dat de Coronamaatregelen op zich geen aanleiding geven om aan een medisch onderzoek minder eisen te stellen dan voor Corona:

(1) Van het UWV mag worden verwacht dat ook grotere ruimtes geschikt worden gemaakt voor hoorzittingen, zodat de betrokkene naast zijn gemachtigde ook een begeleider en/of hulpverlener mee kan nemen.

(2) De beperking van het aantal personen dat een betrokkene mag meenemen naar een hoorzitting of een medisch spreekuur, heeft tot gevolg dat het onderzoek niet kan gelden als volwaardig (medisch) onderzoek. Zeker in Wajong-zaken dient op dit punt meer ruimte te worden geboden.

(3) Als om welke reden ook een ‘fysieke’ hoorzitting niet mogelijk is, is een videohoorzitting de ‘next best thing’, maar dient men zich wel bewust te zijn van de daaraan verbonden beperkingen.

(4) Voor medische zaken is een telefonische hoorzitting slechts bij uitzondering geschikt (en daarmee in beginsel niet acceptabel) en dient op zijn minst een videohoorzitting te worden aangeboden.

E. van den Bogaard

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

## 129

**Onvoldoende inzichtelijk en concreet gemotiveerd dat geen sprake is van duurzame arbeidsongeschiktheid bij klachten Q-koortsvermoeidheidssyndroom mede gelet op de richtlijn RIVM 2019 QVS**

Centrale Raad van Beroep  
9 februari 2021, nr. 19/2123 WIA,  
ECLI:NL:CRVB:2021:257  
(Dijt, Van der Kolk, Van der Kris)

**Richtlijn RIVM 2019 QVS. Q-koorts. Duurzame arbeidsongeschiktheid.**

[Wet WIA art. 4]

*Samenvatting: Niet in geschil is dat appellant lijdt aan klachten als gevolg van het Q-koortsvermoeidheidssyndroom (QVS). Het geschil spitst zich toe of sprake is van duurzaamheid van de beperkingen en met name op de behandel mogelijkheden van het QVS en het daarvan te verwachten resultaat, mede gelet op de Multidisciplinaire LCI-richtlijn Q-koortsvermoeidheidssyndroom, herziene versie van 1 juli 2019, van het RIVM (Richtlijn). De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft onvoldoende onderbouwd dat uit de Richtlijn valt af te leiden dat van cognitieve gedragstherapie (CGT) en/of Graded Exercise Therapy (GET) een meer dan geringe kans op herstel in de zin van een verbetering van de functionele mogelijkheden van appellant te verwachten zou zijn en*