

steeds sprake van een arbeidsongeschiktheid van ten minste 65%.

Aan deze voorwaarden is in ieder geval voldaan als de verzekeringsarts in het kader van de nieuwe ziekmelding vaststelt dat de medische beperkingen niet zijn toegenomen. Deze vaststelling is dan voldoende om een weigering van ziekengeld op grond van artikel 19 van de ZW te kunnen dragen. Indien de medische beperkingen van betrokkene ten opzichte van de EZWb op een of meer punten van de FML zijn toegenomen, dan dient te worden beoordeeld in hoeverre dit consequenties heeft voor de geschiktheid van de oorspronkelijk bij de EZWb geselecteerde functies.

4.3. Het gewijzigde toetsingskader zoals weergegeven in 4.2 wordt in de onderhavige zaak, waarbij sprake is van een nieuwe ziekmelding na een beëindiging van de ZW-uitkering op grond van een TVB2-beoordeling, eveneens van toepassing geacht.

4.4. In het kader van de TVB2-beoordeling is appellante door de arbeidsdeskundige in zijn rapport van 14 april 2020 geschikt geacht voor vier functies: textielproductenmaker (SBC-code 111160), assemblagemedewerker (SBC-code 267071), monteur printplaten (SBC-code 267051) en de reservefunctie productiemedewerker confectie, kleermaken (SBC-code 272042) en is haar ZW-uitkering per 15 mei 2020 beëindigd. Appellante heeft hierna niet in enig werk hervat en heeft zich op 18 mei 2020 opnieuw ziek gemeld.

4.5. De rechtbank wordt gevolgd in haar oordeel dat er geen aanleiding is om te twijfelen aan de juistheid van de conclusie van de primaire arts in zijn rapport van 15 juni 2020 en de verzekeringsarts bezwaar en beroep in zijn rapport van 2 september 2020 dat de medische situatie op 18 mei 2020 ongewijzigd is ten opzichte van de beoordeling op 20 maart 2020, zoals neergelegd in de FML van 23 maart 2020, die ten grondslag ligt aan de TVB2-beoordeling. Appellante heeft in hoger beroep in zeer algemene termen en zonder nadere onderbouwing herhaald dat haar beperkingen zijn onderschat. Daarnaast heeft zij in hoger beroep geen medische informatie overgelegd die aanleiding geeft om te twijfelen aan de beoordeling van de artsen van het Uvw. Daar komt bij dat bij het vaststellen van de FML van 23 maart 2020 rekening is gehouden met de duizeligheids- en nekklachten van appellante. Er zijn onder meer (forse) beperkingen aangenomen voor persoon-

lijk functioneren in arbeid en in de rubrieken dynamische handelingen en statische houdingen.

4.6. Nu de medische beperkingen van appellante op 18 mei 2020 niet zijn toegenomen sinds de TVB2-beoordeling is de ZW-uitkering terecht geweigerd.

4.7. De overwegingen in 4.2 tot en met 4.6 leiden tot de conclusie dat het hoger beroep niet slaagt en de aangevallen uitspraak moet worden bevestigd.

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

Beslissing

De Centrale Raad van Beroep bevestigt de aangevallen uitspraak.

Arbeidsongeschiktheid

100

Onderzoeksbevindingen Cardiozorg hebben wel een relatie met maar bieden geen causale verklaring voor ernst van klachten

Centrale Raad van Beroep
26 januari 2023, nr. 19/2368 WIA,
ECLI:NL:CRVB:2023:178
(Van der Kolk)
Noot E. van den Bogaard

ME/ CVS. Algemeen aanvaarde onderzoeksmethoden. Somatisch versus psychisch.

[Wet WIA art. 5, 6]

Samenvatting: De Raad heeft zijn deskundige onder meer (algemene) vragen gesteld over door CVS/ME Centrum en Stichting Cardiozorg genoemde onderzoeksmethoden. De Raad volgt zijn deskundigen.

De deskundige (internist) heeft overtuigend gerapporteerd dat het medisch beeld van appellante grotere beperkingen doen zien dan waarvan het UWV is uitgegaan maar dat op internistisch gebied geen afwijkingen zijn gevonden die de situatie van appellante verklaren. Verder heeft deze deskundige overtuigend gemotiveerd dat de door

appellante ingezonden onderzoeksbevindingen van Stichting Cardiozorg en de daarbij tevens ingezonden publicaties geen causale verklaring geven voor de ernst van de klachten.

Ook de tweede deskundige (psychiater) wordt door de Raad gevolgd. Deze psychiater heeft overtuigend gemotiveerd dat bij appellante sprake is van ernstige beperkingen op grond van een ernstige en persisterende somatisch-symptoomstoornis. UWV heeft onvoldoende gemotiveerd of de volledige arbeidsongeschiktheid duurzaam is.

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Amsterdam van 7 mei 2019, 17/4759 (aangevallen uitspraak), tussen:

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

Procesverloop

Namens appellante heeft [naam] hoger beroep ingesteld.

Het Uwv heeft een verweerschrift ingediend.

Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 16 september 2020. Appellante en [naam] zijn via beeldbellen verschenen. Het Uwv heeft zich, eveneens via beeldbellen, laten vertegenwoordigen door A. Anandbahadoer.

Het onderzoek is heropend.

De Raad heeft internist prof. dr. J.B.L. Hoekstra als deskundige benoemd. Op 7 juni 2021 heeft de deskundige, mede namens dr. R.V. Immink, anesthesioloog, rapport uitgebracht.

Partijen hebben gereageerd op dit rapport en deze deskundige heeft op 14 oktober 2021 samen met Immink nader gerapporteerd.

De Raad heeft vervolgens psychiater dr. H.N. Sno als deskundige benoemd. Deze deskundige heeft op 19 september 2022 rapport uitgebracht.

Partijen hebben gereageerd op dit rapport.

Onder toepassing van artikel 8:57, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is een nader onderzoek ter zitting achterwege gebleven, waarna de Raad het onderzoek met toepassing van artikel 8:57, derde lid, van de Awb heeft gesloten.

Overwegingen

1. Appellante is laatstelijk werkzaam geweest als [functie] voor 32 uren per week. Op 27 februari 2015 heeft zij zich ziek gemeld met energetische

en stressgerelateerde psychische klachten. In het kader van een aanvraag op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) heeft appellante het spreekuur bezocht van een verzekeringsarts. Deze arts heeft vastgesteld dat appellante belastbaar is met inachtneming van beperkingen die hij heeft neergelegd in een Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) van 17 januari 2016. Een arbeidsdeskundige heeft vastgesteld dat appellante niet meer geschikt is voor haar eigen werk, maar wel voor ander passend werk. Hij heeft op basis van de drie functies met de hoogste lonen de mate van arbeidsongeschiktheid berekend. Bij besluit van 24 februari 2017 heeft het Uwv geweigerd aan appellante met ingang van 24 februari 2017 een WIA-uitkering toe te kennen, omdat zij met ingang van die datum minder dan 35% arbeidsongeschikt was. Op 7 maart 2017 heeft de verzekeringsarts, nadat hij nadere medische informatie over appellante had ontvangen, een aanvullend rapport opgesteld. Hij heeft in deze nadere informatie geen aanleiding gezien om de FML aan te passen. Het bezwaar van appellante tegen het besluit van 24 februari 2017 heeft het Uwv bij besluit van 6 juli 2017 (bestreden besluit) ongegrond verklaard. Aan het bestreden besluit ligt een rapport van een verzekeringsarts bezwaar en beroep ten grondslag.

2. Bij de aangevallen uitspraak heeft de rechtbank het beroep van appellante tegen het bestreden besluit ongegrond verklaard. Daartoe is, voor zover in hoger beroep nog van belang, overwogen dat de verzekeringsarts en de verzekeringsarts bezwaar en beroep een zorgvuldig medisch onderzoek hebben verricht. Voorts heeft de rechtbank zich kunnen verenigen met de voor appellante vastgestelde FML. De door appellante in beroep ingezonden informatie van de specialist was al bekend bij de verzekeringsartsen en is in de beoordeling betrokken. Appellante heeft geen nieuwe objectieve medische gegevens overgelegd die reële aanknopingspunten bieden voor het oordeel dat meer beperkingen moeten worden aangenomen dan zijn vermeld in de FML. Er bestaat geen aanleiding om te twijfelen aan de juistheid van de medische beoordeling van de verzekeringsarts bezwaar en beroep.

3.1. In hoger beroep heeft appellante herhaald dat zij meer beperkingen heeft dan het Uwv heeft vastgesteld. Daarbij heeft appellante gewezen op het advies van de Gezondheidsraad van 19 maart 2018 en op de door Stichting Cardiozorg over

haar uitgebrachte rapporten, waarin de diagnoses CVS/ME en POTS zijn gesteld. Appellante heeft aangevoerd dat zij bedlegerig is. Zij acht zich volledig arbeidsongeschikt. Appellante heeft nadere medische informatie ingebracht van Stichting Cardiozorg en publicaties ingezonden waarin wetenschappelijke onderzoeken en de onderzoeken die door Stichting Cardiozorg worden verricht, zijn gevalideerd om de ernst van CVS/ME vast te stellen en de beperkingen die dit tot gevolg heeft.

3.2. Het Uvw heeft in hoger beroep nadere rapporten van de verzekeringsarts bezwaar en beroep overgelegd en heeft verzocht de aangevallen uitspraak te bevestigen.

3.3. Gelet op het verschil van inzicht tussen de verzekeringsartsen van het Uvw en de behandelend en adviserend cardiologen van Stichting Cardiozorg over de ernst van appellantes situatie en de in aanmerking te nemen beperkingen, en mede gelet op de door Stichting Cardiozorg vermelde bevindingen van het onderzoek en het gebruik door Stichting Cardiozorg van specifieke onderzoeksmethoden ter beoordeling van de CVS/ME en de beperkingen daardoor, heeft de Raad Hoekstra benoemd als deskundige voor onafhankelijk onderzoek en advies. Daarbij is deskundige Hoekstra onder meer verzocht expliciet aandacht te besteden aan de onderzoeksbevindingen bij het CVS/ME Centrum en Stichting Cardiozorg. Meer specifiek heeft de Raad aan de deskundige de volgende vragen voorgelegd.

A. Kunt u als deskundige meer in zijn algemeenheid informatie geven over de door CVS/ME centrum en Stichting Cardiozorg genoemde onderzoeksmethoden (validiteit, geschiktheid om bepaalde beperkingen/energie te onderzoeken, aanvaarding in wetenschap/door vakgenoten)?

B. Naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen van arts De Jong, CVS/ME Centrum, van 31 augustus 2016 bij betrokkene: welke gevolgen in termen van fysieke, mentale of energetische beperkingen kunnen ingeval van betrokkene worden verbonden aan de (dubbele) ergospirometrie(-onderzoeken) en het inspanningsonderzoek?

C. Naar aanleiding van de brieven van 6 september 2016 en 2 maart 2017: kunnen uit de bevindingen van de onderzoeken ECG, echocardiografie, kantelafeltest en Holter steun en conclusies worden verbonden voor veel zwaardere beperkingen dan in de FML van 17 januari 2017, zoals cardioloog Van Campen vermeldt in haar brief van 26 mei 2019?

D. Naar aanleiding van de door betrokkene ingezonden publicaties: volgens betrokkene blijkt uit die publicaties dat de wijze waarop de onderzoeken door Stichting Cardiozorg bij betrokkene zijn uitgevoerd worden gevalideerd om de ernst van de CVS/ME vast te stellen en welke beperkingen dit tot gevolg heeft. Betekent dat, gelet op de onderzoeksbevindingen door haar behandelaars, dat bij betrokkene sprake is van meer beperkingen?

3.4.1. Bij rapport van 7 juni 2021 heeft deskundige Hoekstra verslag gedaan van zijn onderzoeksbevindingen en advies uitgebracht. De deskundige omschrijft in het rapport de klachten van appellante op basis van de anamnese als een continu griepachtig gevoel, zonder koorts, algehele slapte c.q. spierslaptte, pijn in haar botten, het zich niet kunnen concentreren, het niet kunnen verdragen van prikkels, hoofdpijn en het missen van kracht. De deskundige gaat vervolgens in op de vraag hoe deze klachten geduid moeten worden. Hij vermeldt dat bij huidig lichamelijk onderzoek geen afwijkingen zijn gevonden behoudens een niet geheel regulaire pols en een te lage BMI en dat bij eerder aanvullend onderzoek alleen aanwijzingen voor POTS zijn gevonden. Volgens de deskundige kan op intern geneeskundig gebied geen verklaring worden gevonden voor de klachten. Er zijn duidelijk aanwijzingen voor psychisch lijden, er lijkt primair sprake van een psychische c.q. psychiatrische aandoening maar het oordeel daarover ligt op het terrein van de psychiater.

3.4.2. In zijn rapport gaat deskundige Hoekstra in op de bevindingen van cardioloog Van Campen, die stelt dat sprake is van een premature ventriculaire extrasystolie, orthostatische intolerantie met POTS, hypocapnie en een gestoorde cerebrale autoregulatie. De deskundige wijst erop dat neuroloog dr. R.D. Thijs in december 2016 een kantelafeltest heeft uitgevoerd waarbij de orthostatische hartslagtoename niet voldeed aan de criteria van POTS. Verder acht de deskundige relevant dat prof. dr. N.P. Riksen, internist vasculair geneeskundige, heeft vermeld dat bij de in 2015 in het CVS/ME Centrum uitgevoerde kantelafeltest weliswaar sprake was van een stijging van de hartfrequentie van meer dan 30 slagen per minuut zonder daling van de bloeddruk, maar dat dit fenomeen in de spreekkamer niet werd bevestigd. In reactie op het verzoek van de Raad, om meer algemene informatie over de door Stichting Cardiozorg gehanteerde onderzoeksmethoden (vraag A), licht de deskundige toe dat wanneer men alle

studies hierover bij elkaar legt ervan kan worden uitgegaan dat 0.1 tot 0.5% van de personen in de samenleving voldoen aan de definitie van POTS. Niet al deze personen hebben klachten, maar uit vele onderzoeken blijkt dat als men specifiek naar deze groep van personen gaat kijken er vaker klachten voorkomen als chronische vermoeidheid, slaapstoornis, fibromyalgie, maag/darmklachten en hoofdpijn. Volgens de deskundige kan POTS wel worden geassocieerd met genoemde klachten maar is er geen causaal verband. Op grond van de onderzoeken kan men niet stellen dat POTS de genoemde klachten veroorzaakt. Er zijn eveneens studies die laten zien dat bij mensen met POTS de regeling van de bloedtoevoer naar de hersenen (cerebrale autoregulatie) minder goed is dan bij mensen zonder POTS maar daarmee kan niet gesteld worden dat die aangedane cerebrale autoregulatie klachten van chronische vermoeidheid, slaapstoornis, fibromyalgie, maag/darmklachten en hoofdpijn kan verklaren. Bij personen die Stichting Cardiozorg en het CVS/ME Centrum bezoeken wegens chronische vermoeidheid zullen dus vaker afwijkende uitslagen worden gevonden bij kanteltafeltest, inspanningstesten en spirometrieën, maar er is geen relatie tussen bijvoorbeeld de grootte van de hartfrequentie-toename bij opstaan en de ernst van de vermoeidheid.

In reactie op de vraag van de Raad, welke gevolgen in termen van fysieke, mentale of energetische beperkingen in geval van appellante kunnen worden verbonden aan de (dubbele)ergospirometrie(-onderzoeken) en het inspanningsonderzoek (vraag B), stelt de deskundige dat geen eenduidig antwoord is te geven op de vraag wat POTS veroorzaakt. Bij appellante zijn op meerdere momenten op verschillende locaties door verschillende medici kanteltafeltesten uitgevoerd. Soms voldeed de kanteltafeltest wel aan de criteria passend bij POTS en soms (net) niet. Onafhankelijk van deze testen zijn de klachten van appellante er niet door veranderd. De deskundige heeft de vraag ontkennend beantwoord of aan de bevindingen van de onderzoeken ECG, echocardiografie, kanteltafeltest en Holter steun en conclusies kunnen worden verbonden voor veel zwaardere beperkingen, zoals cardioloog Van Campen heeft vermeld (vraag C). Volgens de deskundige is met de testen zoals weergegeven in de door appellante ingezonden publicaties de ernst van de klachten van appellante niet te kwantificeren. Het is voorts niet juist te

menen dat door het regelmatig herhalen van de genoemde onderzoeken de ernst van de klachten door de tijd heen kan worden gemonitord (vraag D). Wel acht de deskundige op basis van zijn onderzoek en het dossier zwaardere beperkingen aanwezig en acht hij appellante niet in staat een normale werkdag/werkweek te werken maar de beperkingen daarvoor liggen niet op het terrein van de interne geneeskunde. De deskundige acht een nader onderzoek door een psychiater gewenst.

3.4.3. Naar aanleiding van de door appellante ingezonden reactie van Van Campen heeft de deskundige, samen met Immink, nader gerapporteerd en zijn bevindingen en advies gehandhaafd. In zijn nadere rapport van 14 oktober 2021 vermeldt de deskundige de vele door Van Campen genoemde klachten en symptomen die associatie hebben met CVS/ME niet te willen bestrijden. Hij wijst evenwel opnieuw op het verschil tussen een associatie en een causaal verband en ontkent dat met de door Stichting Cardiozorg gedane metingen CVS/ME is te diagnosticeren, de ernst ervan is te bepalen dan wel de ernst ervan in de tijd is te volgen. Dat bij POTS de bloedtoevoer naar de hersenen minder is dan bij controlepersonen, zoals Van Campen meldt, wordt met verwijzing naar veel studies door de deskundige onderschreven maar niet dat er een causaal verband is tussen de twee parameters daling van de bloedtoevoer (1) en mate van vermoeidheid (2). Volgens de deskundige is er buiten de literatuur die is geschreven door Stichting Cardiozorg en het CVS/ME Centrum zelf geen literatuur in gezaghebbende tijdschriften die ondersteunt dat de mate van afwijking in testen uitgevoerd door Stichting Cardiozorg en het ME/CSV Centrum een relatie heeft met de ernst van de klachten.

3.5. Gelet op het advies van de deskundige heeft de Raad psychiater Sno als deskundige benoemd. Deskundige Sno heeft op 19 september 2022 gerapporteerd. In het rapport is vermeld dat schriftelijk anamnestiche informatie bij appellante is ingewonnen en dat het psychiatrisch onderzoek via een huisbezoek van appellante op 22 juli 2022 heeft plaatsgevonden en niet in een spreekkamer, vanwege appellantes beperkte belastbaarheid en inspanningscapaciteit. In zijn rapport heeft deskundige Sno vermeld dat er vanuit psychiatrisch perspectief voldoende aanwijzingen zijn die de voorlopige conclusie rechtvaardigen dat appellantes klachtenpatroon voldoet aan de diagnose so-

matisch-symptoomstoornis. Ze heeft diverse specifieke lichamelijke klachten en symptomen, waarbij onder meer genoemd worden post-inspanningsmalaise, inspanningsintolerantie en orthostatische intolerantie, uitputting, cognitieve disfunctie, pijn in spieren en gewrichten waar zij onder lijdt en die het dagelijkse leven op alle niveaus in significante mate verstoren. De klachtenpresentatie komt overeen met het klachtenpatroon maar is voor zover te beoordelen niet te rijmen met de gevonden aantoonbare objectieve afwijkingen bij lichamenlijk en aanvullend onderzoek. Haar hele leven staat in het teken van haar fysieke beperkingen. De lichamelijke klachten zijn vrijwel steeds aanwezig en persisteren langer dan zes maanden. Het gaat om comorbiditeit wat impliceert het gelijktijdig en naast elkaar voorkomen van psychische en lichamenlijke verschijnselen/symptomen die elkaar wederzijds kunnen beïnvloeden. De deskundige acht het niet onaannemelijk dat sprake is van reciproke beïnvloeding waarbij het vastlopen van de werkzaamheden een faciliterende (co)factor is geweest in de pathogenese van de inspanningstolerantie, vermoeidheidsklachten en prikkelovergevoeligheid en dat deze werkzaamheden psychisch en fysiek een zwaardere wissel hebben getrokken dan zij zich heeft gerealiseerd. Voor zover de deskundige kan beoordelen lijken de klachten te voldoen aan de criteria voor CVS/ME volgens Fukuda e.a. en ook aan de IOM-criteria van het chronisch vermoeidheidssyndroom. De deskundige vermeldt dat de DSM-5 classificatie “somatic-symptoomstoornis” kan worden beschouwd als de psychiatrische pendant voor de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/ CVS) en voegt toe dat de DSM-classificatie niet betekent dat er geen lichamenlijke oorzaken zijn, net zomin als het stellen van de diagnose ME/ CVS betekent dat er geen psychische factoren zijn. Met verwijzing naar de discussies over de diagnose ME/ CVS vermeldt de deskundige dat sprake is van een beschrijvende diagnose, net als het merendeel van psychiatrische diagnoses. De deskundige benadrukt dat voor een juiste beoordeling van de belastbaarheid niet de (precieze) diagnose maar de medisch objectiveerbare beperkingen van doorslaggevend betekenis zijn. Voor de diagnostiek van de lijdensdruk maakt het geen verschil of het klachtenpatroon van ME/ CVS gediagnostiseerd wordt als een “primair” psychiatrische dan wel somatische diagnose, noch dat het om een ziektebeeld gaat in

plaats van een ziekte. De ernst van de lijdensdruk bij ME/ CVS hangt samen met de ernst van de symptomen en klachten en kan variëren van gering, matig tot zeer ernstig.

Verder heeft de deskundige, met vermelding van een aantal zich voordoende behandelingen – steunend en structurerend, multidisciplinair, psychotherapie, combinatie met psychofarmaca, cognitieve gedragstherapie –, vermeld dat er voor de somatisch-symptoomstoornis geen absoluut geïndiceerde specifieke behandeling, die wetenschappelijk bewezen en gegarandeerd effectief is en dat de prognose van somatisch-symptoomstoornis en ME/ CVS vooralsnog niet onverdeelde gunstig is. Op de aan hem gestelde vragen heeft de deskundige geantwoord dat geconcludeerd wordt tot multiple specifieke lichamenlijke klachten en symptomen, met diagnose somatisch-symptoomstoornis, persisterend, ernstig. Op 24 februari 2017 golden meer beperkingen dan door de verzekeringsartsen is vastgesteld in de FML van 17 januari 2017. De conclusie van de verzekeringsartsen over de beperkingen in de rubrieken persoonlijk functioneren en sociaal functioneren wijst op een onderschatting van het geduide ziektebeeld. Appellante heeft door vermoeidheid, inspanningsintolerantie en energiegebrek geïndiceerde concentratieproblemen. Haar zelfverzorging en rol in het samenlevingsverband kunnen als abnormaal (volledig afhankelijk van hulp van haar omgeving) worden beschouwd. Op grond van de significante beperking van de psychische en fysieke belastbaarheid op grond van haar ziektebeeld was zij niet in staat gedurende een normale werkdag/werkweek te werken.

3.6. In reactie op het rapport van deskundige Sno heeft de verzekeringsarts bezwaar en beroep in een rapport van 18 oktober 2022 vermeld geen specifiek commentaar te hebben op de bevindingen van de deskundige zodat de conclusies worden overgenomen maar dat hij op basis van het rapport van de deskundige niet kan beoordelen of sprake is van volledige en duurzame arbeidsongeschiktheid. De vraag of de volledige arbeidsongeschiktheid duurzaam is hangt af van de behandel-mogelijkheden zoals door deskundige Sno in algemene zin zijn omschreven.

3.7. Appellante stelt zich op het standpunt dat zij per 24 februari 2017 voor een IVA-uitkering in aanmerking komt.

4. De Raad oordeelt als volgt.

4.1. Als uitgangspunt geldt dat de bestuursrechter het oordeel van een onafhankelijk door hem ingeschakelde deskundige volgt indien de door deze deskundige gegeven motivering hem overtuigend voorkomt. Deze situatie doet zich hier voor. Deskundige Hoekstra heeft overtuigend gerapporteerd dat het medisch beeld van appellante grotere beperkingen doen zien dan waarvan het Uvw is uitgegaan maar dat op internistisch gebied geen afwijkingen zijn gevonden die de situatie van appellante verklaren. Verder heeft deze deskundige overtuigend gemotiveerd dat de door appellante ingezonden onderzoeksbevindingen van Stichting Cardio zorg en de daarbij tevens ingezonden publicaties geen causale verklaring geven voor de ernst van de klachten. Deskundige Sno heeft eveneens overtuigend gemotiveerd dat bij appellante sprake is van ernstige verschijnselen (inspanningsmalaise en -intolerantie, neurocognitieve problemen, pijnklachten en allergieën) en ernstige beperkingen in het persoonlijk en sociaal functioneren op grond van een ernstige en persistente somatisch-symptoomstoornis, wat leidt tot meer beperkingen in de rubrieken persoonlijk en sociaal functioneren en de onjuistheid dat appellante een volledige werkdag/week kan werken.

4.2. Op grond van de rapporten van de deskundigen moet worden geoordeeld dat het bestreden besluit, waarin is vermeld dat appellante geen recht heeft op een WIA-uitkering, moet worden vernietigd. Dat heeft tot gevolg dat de aangevallen uitspraak, waarbij dat besluit in stand is gelaten, zal worden vernietigd.

4.3. Naar aanleiding van het standpunt van appellante dat zij op grond van de uitgebrachte rapporten van de deskundigen per 24 februari 2017 geacht moet worden volledig en duurzaam te zijn zodat zij per die datum in aanmerking komt voor een IVA-uitkering, wordt het volgende overwogen.

4.4. Volledig en duurzaam arbeidsongeschikt is volgens artikel 4, eerste lid, van de Wet WIA, hij die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebrek en zwangerschap of bevalling duurzaam slechts in staat is om met arbeid ten hoogste 20% te verdienen van het maatmaninkomen per uur. Ingevolge het tweede lid wordt onder duurzaam verstaan een medisch stabiele of verslechterende situatie. Volgens het derde lid wordt onder duurzaam mede verstaan een medische situatie waarbij op lange termijn een geringe kans op herstel bestaat.

4.5. De Raad heeft in zijn uitspraak van 4 februari 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BH1896, geoordeeld dat de verzekeringsarts zich een oordeel dient te vormen over de duurzaamheid van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 4 van de Wet WIA. Hierbij moet hij een inschatting maken van de herstelkansen, in de zin van een verbetering van de functionele mogelijkheden van de verzekerde. De inschatting van de verzekeringsarts van de kans op herstel in het eerste jaar na het ontstaan van het recht op uitkering en in de periode daarna dient te berusten op een concrete en deugdelijke afweging van de feiten en omstandigheden die bij de individuele verzekerde aan de orde zijn, voor zover die feiten en omstandigheden betrekking hebben op de medische situatie van de verzekerde op de datum in geding. Indien die inschatting berust op een (ingezette) medische behandeling, is een onderbouwing vereist die ziet op het mogelijke resultaat daarvan voor de individuele verzekerde.

4.6. Deskundige Sno heeft in zijn rapport aandacht besteed aan behandelingen die worden toegepast bij een ziektebeeld als dat van appellante. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft in het rapport van 18 oktober 2022 vermeld dat niet duidelijk uit het rapport van de deskundige naar voren komt dat de in het rapport genoemde behandelmogelijkheden ook voor appellante toepasbaar en voor haar geschikt zijn en kunnen leiden tot verbetering van de belastbaarheid. Als dat zo is, is volgens de verzekeringsarts bezwaar en beroep nog geen sprake van duurzame beperkingen.

4.7. Die summierere reactie volstaat niet om te onderbouwen dat de volledige arbeidsongeschiktheid van appellante niet ook duurzaam is en zij daarom geen recht heeft op een IVA-uitkering. Zoals in 4.5 is weergegeven behoort het tot de taak van de verzekeringsarts zich een oordeel te vormen en een inschatting te maken van de herstelkansen voor betrokkene gebaseerd op een concrete en deugdelijke afweging van de gegevens in de zaak. Het rapport van de deskundige dient daarbij, overeenkomstig de rechtspraak van de Raad, het uitgangspunt te zijn. Die inschatting en afweging ontbreken hier. Hierin dient alsnog te worden voorzien. Aangezien het Uvw naar aanleiding van de rapporten van de deskundigen geen nader besluit heeft genomen over het recht van appellante op een WIA-uitkering met ingang van 24 februari 2017, zal het Uvw worden opgedragen

een nieuwe beslissing op bezwaar te nemen. Met het oog op een voortvarende afdoening van het (resterende) geschil bestaat aanleiding om met toepassing van artikel 8:113, tweede lid, van de Awb te bepalen dat tegen de door het Uvw te nemen nieuwe beslissing op het bezwaar slechts bij de Raad beroep kan worden ingesteld.

5. Aanleiding bestaat om het Uvw te veroordelen in de proceskosten van appellante. Deze kosten worden voor verleende rechtsbijstand begroot op € 1.674,= in beroep (beroepschrift 1 punt en zitting 1 punt) en op € 2.511,= in hoger beroep (hoger beroepschrift 1 punt, zitting 1 punt, twee zienswijzen 2x 0,5 punt). De kosten van de rapporten van Stichting Cardiozorg in beroep (factuur 18 augustus 2020: € 1.683,33) en in hoger beroep (factuur 13 oktober 2022: € 1.865,17) komen eveneens voor vergoeding in aanmerking. De voor vergoeding in aanmerking komende proceskosten bedragen dus totaal € 7.733,50.

Beslissing

De Centrale Raad van Beroep

- vernietigt de aangevallen uitspraak;
- verklaart het beroep gegrond en vernietigt het besluit van 6 juli 2017;
- draagt het Uvw op een nieuwe beslissing op het bezwaar te nemen met inachtneming van deze uitspraak en bepaalt dat beroep tegen dit besluit slechts bij de Raad kan worden ingesteld;
- veroordeelt het Uvw in de proceskosten van appellante tot een bedrag van € 7.733,50;
- bepaalt dat het Uvw aan appellante het in beroep en in hoger beroep betaalde griffierecht van in totaal € 174,= vergoedt.

NOOT

Een weg uit de controverse over ME/CVS?

1. Deze noot begint bij de tussenuitspraak van de CRvB van 8 januari 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:29, «USZ» 2020/71, m.nt. E. van den Bogaard, en leidt via de einduitspraak in die zaak van 7 oktober 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:2506, naar de hier opgenomen uitspraak van 26 januari 2023, ECLI:NL:CRVB:2023:178.

In beide procedures spitst de discussie zich uiteindelijk toe op de vraag welke betekenis kan worden gehecht aan de onderzoeksmethoden en adviezen van de aan de Stichting Cardiozorg (en het CVS/ME Medisch Centrum) verbonden art-

sen. Maar er is een opmerkelijk verschil in de wijze waarop de CRvB die vraag in beide zaken benadert.

De kortste weg: drogreden en diskwalificatie

2. De zaak die leidde tot de tussenuitspraak van 8 januari 2020, ECLI:NL:CRVB:2020:29, en de einduitspraak van 7 oktober 2021,

ECLI:NL:CRVB:2021:2506, gaat over een appellant met ME/CVS. De verzekeringsarts bezwaar en beroep heeft in haar rapportage geschreven dat in de FML "uitgebreide beperkingen zijn aangenomen voor energetische inspanning. Volgens deze arts kan appellant functioneren in licht, niet energetisch belastend werk". Maar in de FML zijn alleen beperkingen opgenomen in de rubrieken 1 (persoonlijk functioneren) en 2 (sociaal functioneren).

3. In de tussenuitspraak begint de CRvB zijn beoordeling (r.o. 4.3) met een verwijzing naar het advies van de Gezondheidsraad van 19 maart 2018, waarin uiteen wordt gezet dat ME/CVS een ernstige ziekte is die kan leiden tot substantiële functionele beperkingen. Vervolgens overweegt hij dat "(w)erk (...) doorgaans licht en energetisch niet belastend (wordt) genoemd als van de functionaris in beperkte mate een dynamische en statische inspanning wordt verlangd" en dat het niet aannemen van beperkingen in de overige rubrieken niet is te verenigen met de stelling dat er uitgebreide beperkingen zijn aangenomen voor energetische inspanning, en dat zonder nadere uitleg waarom de in de FML aangenomen beperkingen medisch gezien als uitgebreide beperkingen voor energetische inspanning zijn aan te merken en daarmee voor appellant "gelet op zijn CVS-problematiek" toereikend zijn, de motivering van het bestreden besluit onnavolgbaar is. Het UWV mag zijn huiswerk dus overdoen.

4. Naar aanleiding van de tussenuitspraak schrijft de verzekeringsarts bezwaar en beroep dat er een *schrijffout* is gemaakt en dat in plaats van 'energetische inspanning' was bedoeld 'psychische inspanning'. Verder stelt zij dat er geen enkele medische diagnose is gesteld noch enige afwijking op medisch vlak, die de vergaande vermoeidheidsklachten kan verklaren en dat de metingen van de cardioloog alleen laten zien dat de conditie en het lichaam van appellant uit balans is doordat de spieren langdurig niet zijn gebruikt en niet doordat sprake is van een medische aan- doening.

Om desondanks toch wat tegemoet te komen aan de gecreëerde onduidelijkheid/discrepanctie heeft zij vanuit preventief oogpunt enkele lichte dynamische en statische beperkingen toegevoegd.

5. Ondanks de verstrekkende relativering van het oorspronkelijke standpunt die in deze aanvullende toelichting is te lezen, oordeelt de CRvB in zijn einduitspraak dat er geen aanleiding is om te oordelen dat de beperkingen zijn onderschat, omdat ("immers", r.o. 4.5) er nu ook beperkingen zijn aangenomen voor de dynamische en statische belasting.

Drogredenering: stroman

6. Dit is echter een drogredenering. Immers, dát er beperkingen zijn aangenomen, impliceert niet dat er voldoende beperkingen zijn aangenomen (zie ook punt 4 van mijn noot onder CRvB 6 april 2016, ECLI:NL:CRVB:2016:1301, «USZ» 2016/334). De drogredenering die hier wordt gebruikt, is de *stroman*. De werkelijke vraag (of er voldoende beperkingen zijn aangenomen) wordt vervangen door een andere vraag (of er beperkingen zijn aangenomen), de *stroman*. Dát er beperkingen zijn aangenomen, is wel een antwoord op de als *stroman* dienende vraag, maar niet op de te beantwoorden vraag.

Appellant klaagt niet dat er *geen* beperkingen zijn aangenomen, maar dat de aangenomen beperkingen *niet toereikend* zijn. Daarop geeft de uitspraak geen antwoord, althans niet een met een kenbare op die vraag toegespitste motivering. Daarmee laat de CRvB de oren volledig hangen naar de verzekeringsarts: die heeft nu ook in twee andere rubrieken beperkingen aangenomen en daarmee is het wel goed. Op de vraag of die beperkingen toereikend zijn, gaat de CRvB niet in.

En daarmee wordt appellant tekort gedaan, want er valt best wel wat op de aanvullende motivering van de verzekeringsarts af te dingen.

7. In de tussenuitspraak signaleerde de CRvB dat uit het advies van de Gezondheidsraad blijkt dat ME/CVS een *ernstige ziekte* is en kan leiden tot *substantiële* functionele beperkingen.

Maar desondanks accepteert hij in de einduitspraak de vergaande relativering van de verzekeringsarts dat er *geen enkele medische diagnose* is gesteld *noch enige afwijking op medisch vlak*, die de vergaande vermoeidheidsklachten kunnen verklaren. Die stelling is echter onjuist, want het

stond niet ter discussie dat appellant lijdt aan ME/CVS en dat is *wel degelijk* een medische diagnose.

En ook accepteert de CRvB de stelling van de verzekeringsarts dat de metingen van de cardioloog alleen laten zien dat de conditie en het lichaam van appellant uit balans is, doordat de spieren langdurig niet zijn gebruikt en *niet* doordat sprake is van een *medische* aandoening. Dat de ontstane onbalans niet het gevolg is van een medische aandoening, is echter evenzeer onjuist, want het stond niet ter discussie dat appellant lijdt aan ME/CVS en dat is *wel degelijk* een medische aandoening.

8. In de tussenuitspraak oordeelt de CRvB dat het alleen aannemen van beperkingen in de rubrieken I en II niet is te verenigen met de stelling dat in de FML *uitgebreide* beperkingen zijn aangenomen voor *energetische* inspanning.

Maar in de einduitspraak accepteert hij wel het verhaal van de verzekeringsarts dat er een schrijffout is gemaakt en dat in plaats van '*energetische* inspanning' eigenlijk was bedoeld '*psychische* inspanning': geen woord over de daarin besloten *relativering* van het oorspronkelijke oordeel en geen woord over de *onverenigbaarheid* van dat standpunt met de volgens de tussenuitspraak niet ter discussie staande *diagnose ME/CVS*;

En ook accepteert hij dat de verzekeringsarts slechts enkele *lichte* beperkingen aanneemt voor de dynamische en statische belasting en *geen* beperking van de duurbelastbaarheid: geen woord over de *discrepanctie* daarvan met het in de tussenuitspraak aangehaalde advies van de Gezondheidsraad dat ME/CVS leidt tot *substantiële* beperkingen, en geen woord over de *discrepanctie* daarvan met de stelling van de verzekeringsarts dat er *uitgebreide* energetische beperkingen zijn aangenomen.

Diskwalificatie Stichting Cardiozorg

9. De verzekeringsarts bezwaar en beroep stelt dat de CBO richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) 2013 nog steeds de vigerende richtlijn is en dat de testen, genoemd in de informatie van Stichting Cardiozorg, in de richtlijn CVS niet naar voren komen als markerend voor het CVS-syndroom, en dat de door cardioloog Visser gedane onderzoeken, behandeladviezen en levensadviezen aan

appellant in tegenspraak zijn met de richtlijn CVS.

De CRvB ziet geen reden om aan de juistheid van dit standpunt te twijfelen. Waarom niet? Omdat er *geen andere medische informatie* aanwezig is; dat wil zeggen: geen andere informatie dan die van de Stichting Cardiozorg.

10. Tsjja, zo lust ik er nog wel een: als je de wel beschikbare informatie verwerpt, dan is het niet vreemd dat er geen informatie overblijft om die verwerping in twijfel te trekken. En zo accepteert de CRvB de diskwalificatie van de behandelend cardioloog van de Stichting Cardiozorg, zonder enige inhoudelijke motivering. Waarom deugt dit niet?

11. In de *eerste* plaats omdat de CRvB daarmee te kennen geeft het eens te zijn met de stelling van de verzekeringsarts dat de CBO richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) 2013 nog steeds leidend is. Dat is het standpunt waarmee de NVVG op 28 maart 2018 het advies van de Gezondheidsraad van 19 maart 2018 heeft afgewezen, zonder enige referentie aan de na 2013 voortgeschreden inzichten (zoals die blijken uit bijv. de NICE guideline *Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management* van 29 oktober 2021, te raadplegen op www.nice.org.uk/guidance/ng206). Daarmee kiest de CRvB *partij* in een *medische* discussie; daartoe is een rechter echter niet gekwalificeerd.

12. In de *tweede* plaats omdat de CRvB daarmee te kennen geeft het eens te zijn met de stelling van de verzekeringsarts dat de testen, genoemd in de informatie van Stichting Cardiozorg, in de richtlijn CVS niet naar voren komen als markerend voor het CVS-syndroom en dat de door cardioloog Visser gedane onderzoeken, behandeladviezen en levensadviezen in tegenspraak zijn met deze richtlijn.

Op grond van welke kennis of deskundigheid de CRvB meent tot dit oordeel te kunnen komen, is in de uitspraak echter niet te lezen. En ook wordt in de uitspraak geen melding gemaakt van door de verzekeringsarts opgegeven referenties naar wetenschappelijke literatuur waaruit een en ander zou blijken.

Daar staat tegenover, zo weet ik uit eigen ervaring, dat de onderzoeksverslagen van de Stichting Cardiozorg wel altijd zijn voorzien van wetenschappelijke referenties. En bovendien is op

de website van de Stichting Cardiozorg een groot aantal verwijzingen naar wetenschappelijke publicaties te vinden. Daarmee zijn de standpunten van de stichting verifieerbaar en toetsbaar.

De ongemotiveerde diskwalificatie door de verzekeringsarts is dat niet.

13. En in de *derde* plaats omdat zowel de verzekeringsarts als de CRvB eraan voorbij gaan dat de CBO-richtlijn eigenlijk al *verouderd* is en dat het de bedoeling was om deze in 2017 te actualiseren. Dat die actualisering er tot op heden niet van is gekomen (in tegenstelling tot de Gezondheidsraad die zijn rapport van 25 januari 2005 wel heeft geactualiseerd met zijn rapport van 19 maart 2018), zou juist aanleiding moeten zijn tot de nodige terughoudendheid bij de toepassing ervan.

De goede weg: onafhankelijk deskundigenonderzoek

14. Hoe anders is de weg waarvoor de CRvB kiest in zijn hier opgenomen uitspraak: dit keer vraagt hij aan een eigen medisch deskundige (internist prof. dr. J.B.L. Hoekstra) om advies over de door de Stichting Cardiozorg en het CVS/ME Medisch Centrum gebruikte onderzoeksmethoden en over de gevolgen in termen van fysieke, mentale of energetische beperkingen die kunnen worden verbonden aan die onderzoeken. Dat leidt tot enkele interessante maar ook wat onbevredigende antwoorden over associatie en causaliteit.

15. Internist Hoekstra schrijft in zijn rapportage dat klachten als chronische vermoeidheid, slaapstoornis, fibromyalgie, maag/darmklachten en hoofdpijn wel worden *geassocieerd* met POTS (posturaal orthostatische tachycardie syndroom), maar dat er *geen causaal verband* bestaat: "Op grond van de onderzoeken kan men *niet* stellen dat POTS de genoemde klachten *veroorzaakt*. Bij personen die Stichting Cardiozorg en het CVS/ME Centrum bezoeken wegens chronische vermoeidheid zullen dus *vaker* afwijkende uitslagen worden gevonden bij kantelafeltest, inspanningstesten en spirometrieën, maar er is *geen relatie* tussen bijvoorbeeld de *grootte van de hartfrequentie-toename* bij opstaan en de *ernst van de vermoeidheid* (cursivering EvdB)". De vraag of aan de bevindingen van de onderzoeken ECG, echocardiografie, kantelafeltest en Holter steun en conclusies kunnen worden verbonden voor veel zwaardere beperkingen, beantwoordt Hoekstra ontkennend: "met de testen zo-

als weergegeven in de door appellante ingezonden publicaties (is) de *ernst van de klachten* van appellante *niet te kwantificeren*” en het is eveneens “niet juist te menen dat door het regelmatig herhalen van de genoemde onderzoeken de ernst van de klachten door de tijd heen kan worden gemonitord”.

Het is het bekende en aloude probleem van pijn en vermoeidheid: iedereen weet dat het bestaat, maar niemand kan het meten.

16. Maar dan volgt de wending die de controverse over ME/CVS in de kern raakt: Hoekstra kan op *intern* geneeskundig gebied geen verklaring vinden voor de klachten, maar ziet wel duidelijke aanwijzingen voor *psychisch* lijden. Ondanks het feit dat hij bij het lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen heeft gevonden, acht hij op basis van zijn onderzoek en het dossier zwaardere beperkingen aanwezig en acht hij appellante niet in staat een normale werkdag/werkweek te werken. De beperkingen daarvoor liggen echter niet op het terrein van de interne geneeskunde, zodat hij een nader onderzoek door een psychiater gewenst acht. De CRvB volgt dat advies en schakelt daarvoor psychiater dr. H.N. Sno in.

17. Psychiater Sno verricht zijn onderzoek deels schriftelijk en deels tijdens een huisbezoek en komt (niet geheel verrassend) tot de diagnose somatisch-symptoomstoornis. Hij stelt echter ook dat “de klachten (lijken) te voldoen aan de criteria voor CVS/ME volgens Fukuda e.a. en ook aan de IOM-criteria van het chronisch vermoeidheidssyndroom”. En daarmee zitten we weer in de kern van de controverse tussen lichamenlijke oorzaak en psychische duiding. Wat Sno daarover schrijft (althans de weergave daarvan in r.o. 3.5), verdient het om volledig te worden geciteerd:

“(D)e DSM-5 classificatie “*somatisch-symptoomstoornis*” kan worden beschouwd als de *psychiatrische pendant* voor de diagnose *chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/CVS)* en voegt toe dat de DSM-classificatie *niet betekent* dat er *geen lichamenlijke oorzaken* zijn, net zomin als het stellen van de diagnose ME/CVS betekent dat er geen psychische factoren zijn. Met verwijzing naar de discussies over de diagnose ME/CVS vermeldt de deskundige dat sprake is van een *beschrijvende* diagnose, net als het merendeel van psychiatrische diagnoses. De deskundige benadrukt dat voor een juiste beoordeling van de *belastbaarheid* niet de (precieze) *diagnose* maar

de medisch objectiveerbare *beperkingen* van doorslaggevend betekenis zijn. Voor de diagnostiek van de *lijdensdruk* maakt het *geen verschil* of het klachtenpatroon van ME/CVS gediagnostiseerd wordt als een “*primaire*” *psychiatrische* dan wel *somatische* diagnose, noch dat het om een *ziektebeeld* gaat in plaats van een *ziekte*. De *ernst van de lijdensdruk* bij ME/CVS hangt samen met de *ernst van de symptomen en klachten* en kan variëren van gering, matig tot zeer ernstig. Verder heeft de deskundige, met vermelding van een aantal zich voordoende behandelingen – steunend en structurerend, multidisciplinair, psychotherapie, combinatie met psychofarmaca, cognitieve gedragstherapie –, vermeld dat er voor de somatisch-symptoomstoornis *geen absoluut geïndiceerde specifieke behandeling*, die wetenschappelijk bewezen en gegarandeerd effectief is en dat de *prognose* van somatisch-symptoomstoornis en ME/CVS vooralnog *niet onverdeeld gunstig* is (cursivering EvdB)”.

18. Toegespitst op appellante concludeert Sno tot “multiple aspecifieke lichamenlijke klachten en symptomen, met diagnose somatisch-symptoomstoornis, persistent, ernstig”, waarvoor “(o)p 24 februari 2017 (...) meer beperkingen (golden) dan door de verzekeringsartsen is vastgesteld in de FML van 17 januari 2017. De conclusie van de verzekeringsartsen over de beperkingen in de rubrieken persoonlijk functioneren en sociaal functioneren wijst op een *onderschatting* van het geduide ziektebeeld. Appellante heeft door vermoeidheid, inspanningsintolerantie en energiegebrek geïnduceerde concentratieproblemen. Haar zelfverzorging en rol in het samenlevingsverband kunnen als abnormaal (*volledig afhankelijk van hulp van haar omgeving*) worden beschouwd. Op grond van de significante beperking van de psychische en fysieke belastbaarheid op grond van haar ziektebeeld was zij niet in staat gedurende een normale werkdag/werkweek te werken (cursivering EvdB)”.

19. De verzekeringsarts bezwaar en beroep neemt vervolgens de conclusies van psychiater Sno over, maar stelt ook dat niet duidelijk uit het rapport van de deskundige naar voren komt of de in het rapport genoemde behandelmogelijkheden ook voor appellante toepasbaar en voor haar geschikt zijn en kunnen leiden tot verbetering van de belastbaarheid. Als dat zo is, is volgens de verzekeringsarts bezwaar en beroep nog geen sprake van duurzame beperkingen.

De CRvB overweegt echter dat “(d)ie summiere reactie (*niet*) *volstaat* (...) om te onderbouwen dat de volledige arbeidsongeschiktheid van appellante *niet ook duurzaam* is en zij daarom geen recht heeft op een IVA-uitkering. Zoals in 4.5 is weergegeven behoort het tot de taak van de verzekeringsarts zich een oordeel te vormen en een *inschatting* te maken van de herstelkansen voor betrokkene gebaseerd op een *concrete en deugdelijke afweging* van de gegevens in de zaak. Het rapport van de deskundige dient daarbij, overeenkomstig de rechtspraak van de Raad, het uitgangspunt te zijn. Die inschatting en afweging ontbreken hier. Hierin dient alsnog te worden voorzien (cursivering EvdB)”. Het UWV krijgt opdracht een nieuw besluit op bezwaar te nemen.

Doorbraak?

20. Kan deze uitspraak worden gezien als een doorbraak in de ME/CVS-rechtspraak, zoals verzekeringsarts Jim Faas in zijn eerste reactie op LinkedIn postte (https://www.linkedin.com/posts/jfaas_doorbraak-bij-de-centrale-raad-in-mecvs-activity-7026229354636439552-8B5d)? Ik vind dat lastig in te schatten, maar neig naar enige voorzichtigheid; niet in de laatste plaats vanwege de reactie vanuit de belangenorganisaties.

Juiste deskundige?

21. Wat ik in elk geval positief vind, is de poging die de CRvB doet om meer inzicht te krijgen in de diagnostiek van ME/CVS en dan vooral in de daarvoor door de Stichting Cardiozorg en het CVS/ME Medisch Centrum gebruikte onderzoeksmethoden. Anders dan in de hiervoor bekritiseerde uitspraak van 7 oktober 2021, ECLI:NL:CRVB:2021:2506, heeft de CRvB de verzekeringsartsen van het UWV nu eens niet blind gevolgd, maar zich laten voorlichten door een eigen deskundige. Daarmee geeft de CRvB tevens gehoor aan de oproep van Koenraad en Faas in hun noot onder CRvB 21 april 2022, ECLI:NL:CRVB:2022:1010, «USZ» 2022/164 (*wensambulance*).

22. De vraag is echter of de keuze voor internist prof. dr. J.B.L. Hoekstra nu zo'n gelukkige is geweest. Bij de voorbereiding van deze noot zag ik dat de CRvB in 2018 al eens aan Hoekstra advies heeft gevraagd over de vraag of de door het CVS/ME Medisch Centrum gehanteerde ergospirometrietest kan worden gebruikt voor het vaststellen van de belastbaarheid in arbeid (zie CRvB

24 januari 2019, ECLI:NL:CRVB:2019:346). Dat hij voor een verder advies over de door de Stichting Cardiozorg en het CVS/ME Medisch Centrum gehanteerde onderzoeksmethoden Hoekstra opnieuw benadert, is vanuit die achtergrond wel begrijpelijk. Maar inhoudelijk valt daar wel wat op af te dingen.

23. Uit het CV van Hoekstra op de website van Expertise Centrum MediLibra (medilibra.nl/specialist/internist-hoekstra) en uit zijn publicaties (op www.narcis.nl en lib.uva.nl) blijkt dat zijn deskundigheid vooral is gelegen op het terrein van de *diabetes*. In zijn publicatielijst heb ik *geen enkele* publicatie kunnen vinden op het terrein van de diagnostiek en behandeling van *chronische vermoeidheidsklachten* c.q. *ME/CVS*.

Dat Hoekstra *hoogleraar* is geweest, wil niet zeggen dat hij de meest geschikte deskundige is om een oordeel te geven over voor de diagnostiek van chronische vermoeidheidsklachten gebruikte onderzoeksmethoden. Voor een expertisearchief bij een diabetespatiënt is Hoekstra ongetwijfeld een zeer geschikte deskundige. Maar voor een onderzoek naar chronische vermoeidheidsklachten had toch beter een internist kunnen worden aangezocht die *aantoonbare ervaring* heeft met de diagnostiek en behandeling van de *specifieke en complexe* problematiek van chronische vermoeidheidsklachten.

Bovendien is Hoekstra al sinds 23 mei 2013 met *emeritaat*. Voor een onderzoek op het terrein van zijn hoofdspecialisme diabetes is dat geen reden om niet te mogen afgaan op zijn deskundigheid. Maar voor een onderzoek op een *buiten zijn hoofdspecialisme* gelegen terrein, waarop na 2013 de nodige ontwikkelingen hebben plaatsgevonden, kan er niet zonder meer vanuit worden gegaan dat zijn kennis up to date is (zie bijvoorbeeld in punt 13 genoemde actualisering van het advies van de Gezondheidsraad in 2018 en de in punt 11 genoemde NICE guideline van 2021).

Gemiste kans: geen conclusie gevraagd

24. Ik vind het jammer dat de CRvB niet heeft gekozen voor een bredere aanpak. We weten allemaal dat het een kwestie van tijd is voordat de eerste zaken over Long-COVID zich aandienen. Ook die zaken gaan over chronische vermoeidheid en over inspanningsintolerantie en vertonen veel overeenkomsten met de uit ME/CVS voortkomende problematiek. In dat licht is het eigenlijk een gemiste kans dat de CRvB niet aan zijn

materie-AG heeft gevraagd om in een conclusie de stand van zaken in het medisch discours over chronische vermoeidheid en inspanningsintolerantie op een rij te zetten en te adviseren welke gevolgen daaraan door de rechtspraak kunnen en/of moeten worden verbonden.

De doorbraak komt van de psychiater

25. Maar de uitspraak lijkt wel richting te geven. Psychiater Sno is zich bewust van de controversie somatisch of psychisch en doet zijn best om uit te leggen dat dit eigenlijk geen verschil maakt. Hij bevestigt dat de klachten voldoen aan de criteria voor ME/CVS en legt uit dat de DSM-5 classificatie somatisch-symptoomstoornis eigenlijk niet meer is dan de naam die in de psychiatrie wordt gebruikt voor de diagnose chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/CVS) en dat deze DSM-classificatie niet betekent dat er geen lichamelijke oorzaken zijn. Hij legt ook uit dat het "(v)oor de diagnostiek van de lijdensdruk (...) *geen verschil* (maakt) of het klachtenpatroon van ME/CVS gediagnostiseerd wordt als een "primair" psychiatrische dan wel somatische diagnose, noch dat het om een *ziektebeeld* gaat in plaats van een *ziekte*. De *ernst van de lijdensdruk* bij ME/CVS hangt samen met de *ernst van de symptomen en klachten* en kan variëren van *gering, matig tot zeer ernstig* (cursivering EvdB)". Hij bevestigt ook dat er voor de somatisch-symptoomstoornis geen absoluut geïndiceerde en specifieke behandeling is, dat wil zeggen een behandeling die *wetenschappelijk bewezen én gegarandeerd effectief* is, en dat de prognose van somatisch-symptoomstoornis en ME/CVS vooralsnog niet onverdeeld gunstig is.

26. Gelet op de manier waarop de CRvB Sno volgt, laat de uitspraak in mijn optiek zien dat de objectivering van chronische vermoeidheidsklachten en van de daaruit voortvloeiende beperkingen wel degelijk mogelijk is, maar dat dit dient te gebeuren langs de weg van de psychiatrie. Let wel: dat de objectivering van de *beperkingen* het best langs de weg van de psychiatrie kan worden gevonden, betekent niet dat de *klachten* psychisch van *aard* zijn of een psychische *oorsprong* hebben. Juist omdat het ontstaansmechanisme onbekend is, is het noodzakelijk om niet te blijven hangen in de oorzaak, maar de focus te verleggen naar de *gevolgen*. En als de vocabulaire van de psychiater daartoe beter geschikt is dan die van een internist, dan zie ik geen reden om die weg af te wijzen.

Maar de controverse blijft

27. Daarom vind ik het eigenlijk jammer dat medeoprichtster van de Steungroep ME en Arbeidsongeschiktheid Ynske Jansen in haar reactie op de hiervoor in punt 20 genoemde LinkedIn-post van Jim Faas aangeeft dat zij het oordeel van psychiater Sno, somatisch-symptoomstoornis als psychiatrische pendant van ME/CVS, problematisch vindt en dat dit haar het gevoel geeft weer terug bij af te zijn. In mijn optiek is dit precies de discussie waar we in het kader van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling vanaf moeten, omdat die discussie (in elk geval bij de huidige stand van de wetenschap) niet alleen niet is op te lossen, maar zoals ik kort geleden in mijn eigen praktijk heb ervaren, voor verzekerden ook zeer negatief kan uitpakken.

28. Wat was het geval? In een Wajong-zaak waarin al vijf jaar was geprocedeerd, wilde de rechtbank een psychiater inschakelen als deskundige. De betrokkene was echter zo overtuigd dat zijn ME (in zijn visie was alleen sprake van ME en niet van CVS) puur lichamenlijk is en was zo bang voor een psychiatrische diagnose, dat hij het beroep liever introk. Dat hij daarvoor definitief afhankelijk werd van de bijstand was voor hem minder bedreigend dan de mogelijkheid van een psychiatrische diagnose: liever met ME in de bijstand dan met een somatisch-symptoomstoornis in de Wajong.

29. In mijn optiek biedt de hier besproken uitspraak nadrukkelijk een opening om bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid meer recht te doen aan de beperkingen die voortvloeien uit moeilijk in maat en getal uit te drukken klachten van chronische vermoeidheid en chronische pijn. Dat die opening langs de weg van de psychiater voert, lijkt mij geen reden die weg niet te volgen. Immers, al wat psychiatrisch is, gebeurt in het brein en het brein is onderdeel van ons lichaam. In die zin is een psychiatrische ziekte niet minder somatisch dan de in het brein geregistreerde pijn van een gebroken been.

E. van den Bogaard

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