

Reactie op “Commentaar van Wervelman en Fluit op: Wanneer kwalificeren klachten als ‘ziekte’ in de sociale verzekering, de particuliere AOV en letselschadezaken?” in GAVscoop 2025 - 2

Drs. F. Elemans

Inleiding

In GAVscoop van december 2025 gaven Wervelman en Fluit commentaar op het artikel “Wanneer kwalificeren klachten als ‘ziekte’ in de sociale verzekering, de particuliere AOV en letselschadezaken?” van GAVscoop mei 2025.¹ In hun commentaar scharen zij zich achter mijn oproep voor een addendum bij de recent herziene richtlijn Medisch Specialistische Rapportage met de geldende criteria voor “ziekte” en “objectief vaststellen” per rechtsgebied. Niettemin plaatsen Wervelman en Fluit enkele kanttekeningen ten aanzien van het deel dat ik over de sociale verzekering en de particuliere AOV schreef. Deze kanttekeningen behoeven bijstelling.

Reactie op kanttekeningen ten aanzien van particuliere AOV

1. Wervelman en Fluit vinden het woord “ziekte” in de titel van mijn artikel wat ongelukkig gekozen voor wat betreft de particuliere AOV. Zij stellen weliswaar terecht dat ‘stoornis’ vanuit medisch perspectief gezien niet hetzelfde is als ‘ziekte’, maar het zal de lezer van mijn artikel niet zijn ontgaan dat het woord “ziekte” in de titel tussen aanhalingstekens is geplaatst. Daarmee refereer ik aan de medische beoordelings- en adviespraktijk waarin ‘stoornis’ nog te vaak in de betekenis van ‘ziekte’ als zichtbaar te maken anatomisch substraat wordt geplaatst. Daarnaast blijkt uit vonnissen en arresten dat de discussie in de rechtspraak omtrent de relatie tussen stoornissen en ziekte in de modelpolisvoorwaarden niet zozeer betrekking heeft op het causale verband, alswel op het begrip ziekte.² Daarbij komt nog dat “stoornis” en “ziekte” in jurisprudentie ten aanzien van herkenbaar en benoembaar ziektebeeld dezelfde betekenis kunnen hebben. Dat is nu juist wat ik in mijn artikel heb behandeld. In dat kader refereerde ik onder meer aan het arrest van Gerechtshof 's-Hertogenbosch 19-09-2006. Daarin kwalificeerden CVS-klachten zonder aanwijsbaar substraat namelijk op grond

van de CDC-94-criteria - nota bene een casuspositie - als herkenbaar en benoembaar ziektebeeld in het kader van de toepasselijke polisvoorwaarden *Arbeidsongeschiktheid is aanwezig indien de verzekerde rechtstreeks en uitsluitend door medisch vast te stellen gevolgen van ongeval en/of ziekte voor ten minste 25% ongeschikt is tot het verrichten van werkzaamheden, die voor zijn krachten en bekwaamheden zijn berekend en die met het oog op zijn opleiding en vroegere werkzaamheden in redelijkheid van hem verlangd kunnen worden.*³

2. Mijn artikel gaat onmiskenbaar over één onderdeel van de cumulatieve eisen waaraan een verzekerde moet voldoen, wil sprake zijn van arbeidsongeschiktheid in de zin van de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Wervelman en Fluit hebben dat niet begrepen of mijn artikel niet goed gelezen. Want in hun commentaar schrijven zij:
“Het begrip ‘ziekte’ is, anders dan Elemans betoogt, een onderdeel van de verschillende eisen waaraan verzekerde moet voldoen, wil sprake zijn van ‘arbeidsongeschiktheid’ in de zin van de arbeidsongeschiktheidsverzekering.”
3. Wervelman en Fluit geven aan dat hen geen jurisprudentie bekend is waaruit is op te maken dat klachten als herkenbaar en benoembaar ziektebeeld kunnen kwalificeren als deze klachten op grond van registratierichtlijnen van beroepsziekten, de ICD10 WHO-classificatie of de CDC-94-criteria van de Amerikaanse Centers of Disease Control uit 1994 als medische aandoening zijn getypeerd. Maar in diens boek *De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering* geeft Wervelman er blijk van dat hij deze jurisprudentie wel degelijk kent:
 - a. Zo schrijft hij op basis van bespreking van jurisprudentie dat:
“[...] Klachten waarvan de oorzaak weliswaar (nog) onbekend is, maar die wel zijn te scharen onder daartoe door medische beroepsgroepen gemaakte afspraken zijn in beginsel eveneens gedekt. Blijkens de hierboven behandelde beslissingen is dan ook (nog

meer dan voorheen) van doorslaggevend belang of de klachten van verzekerde daaronder zijn te scharen. Te wijzen valt in dit verband bijvoorbeeld op de diverse richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Neurologie over onder meer a-specifieke lagerugklachten en hoofdpijn. Maar ook richtlijnen van andere beroepsgroepen zoals de psychiatrie en orthopedie kunnen, vanzelfsprekend geheel afhankelijk van de klachten van verzekerde, partijen houvast bieden [...]”⁴

- b. Daarnaast bespreekt Wervelman in zijn boek ECLI:NL:GHAMS:2009:BK9363.⁵ In dit arrest overweegt het hof bij r.o. 3.18 ten aanzien van herkenbaar en benoembaar ziektebeeld dat: “Niet betwist is dat [appellant] lijdt aan het post whiplash syndroom ten gevolge van het hem overkomen ongeval. Hoewel het bij dit syndroom doorgaans gaat om medisch niet of nauwelijks objectiveerbare afwijkingen, is hierbij niettemin sprake van een herkenbaar en benoembaar klachtenbeeld veroorzaakt door een bepaald ongevalsmechanisme. Het gaat dus wel degelijk om een herkenbaar en benoembaar ziektebeeld in relatie tot een ongeval, dat valt onder de dekking van artikel 4. Het standpunt van De Amersfoortse dat het bij dit syndroom slechts gaat om etikettering van subjectieve klachten, althans om een andere oorzaak dan ziekte of ongeval, en dat dit eraan in de weg staat om arbeidsongeschiktheid in de zin van de polisvoorwaarden aan te nemen, verwerpt het hof dan ook.”
- c. Voorts benoemt Wervelman in zijn boek de rol en het belang van de ICD van de WHO.⁶
- d. In zijn boek bespreekt Wervelman tevens ECLI:NL:GHSHE:2012:BW8401.⁷ In deze zaak overwoog het hof ten aanzien van herkenbaar en benoembaar ziektebeeld als volgt: “In het licht van de polisvoorwaarde *Van arbeidsongeschiktheid is uitsluitend sprake indien er in relatie tot ziekte of ongeval, objectief medisch vast te stellen stoornissen bestaan, waardoor de verzekerde beperkt is in zijn of haar functioneren*, werd in Gerechtshof 12 juni 2012 onder verwijzing naar HR 16 april 1999, NJ 1999, 666 geoordeeld dat het HAV-syndroom (Hand arm vibratiesyndroom, FE) moet worden aangemerkt als herkenbaar en benoembaar ziektebeeld, nu het HAV-syndroom door het NCOB [beroepsziekte, FE] als ziektebeeld is erkend.”
- e. In zijn boek staat Wervelman eveneens stil bij ECLI:NL:PHR:2003:AI0859, waarin het oordeel van het hof Amsterdam stand hield dat pijnklachten zonder aanwijsbaar (anatomisch) substraat als herkenbaar en benoembaar ziektebeeld kwalificeerden. Volledigheidshalve: In het niet gepubliceerde tussenarrest van 27

december 2001 haalt het hof Amsterdam bij r.o. 2.8 in herinnering hetgeen in het evenmin gepubliceerde tussenarrest van 12 juni 1997 te dien aanzien daarvan is overwogen:

“Daarbij zij nog opgemerkt dat door de verschillende geraadpleegde artsen, voor zover thans van belang, over geïntimeerde onder meer het volgende is gerapporteerd.”

- De door de Amersfoortse ingeschakelde orthopedisch chirurg (naam 3) (rapport 28 april 1986): “Pijnklachten uitgaande van het rechter sternoclaviculaire gewricht bij een vrouw die gewend was om zware werkzaamheden te doen: kaas tillen, kaas snijden.”
- De behandelend revalidatiearts (naam 4) (brief 15 september 1987): “De diagnose luidt dus: waarschijnlijk een fibromyalgie syndroom (...). helaas zijn de klachten bij een fibromyalgie beeld nogal therapie-resistent, zoals bij patiënte de afgelopen twee jaar ook het geval was. (...) Over de prognose t.a.v. werkhervatting ben ik niet onverdeeld optimistisch gezien de hardnekkigheid van een fibromyalgie beeld in het algemeen en gezien haar voorgeschiedenis in het bijzonder.”
- De behandelend reumatoloog (naam 5) (brief 13 april 1989): “Conclusie: het beeld imponeert inderdaad als een fibro-myalgie-syndroom (...). Advies: het lijkt mij dat het behandelcircuit moet worden gescheiden van het verzekeringskundige circuit en dat de voorgestelde pijncursus in ieder geval door zal moeten gaan.”
- De neuroloog (naam 6) (brief 25 oktober 1988): “Iedere beweging met het rechterschoudergewricht is zeer pijnlijk. (...) Ofschoon ik er van overtuigd ben, dat de klachten van patiënte een organische basis hebben (...).”
- De behandelend neuroloog (naam 7) (brief 11 november 1986): “Bewegingsbeperking R-schouder, drukpijn ter plaatse alsook occipito-supra orbitaal.”
- Het advies van de Gemeenschappelijke Medische Dienst van 10 april 1987: “adviseert (...) belanghebbende voor 80-100% arbeidsongeschikt te beschouwen ingaande 01-10-1986 terwijl belanghebbende alsdan onafgebroken 52 weken arbeidsongeschikt is geweest. Geen reïntegratie aspecten aanwezig en zeker het eerste jaar niet te verwachten.”
- De DETAM heeft geïntimeerde vervolgens overeenkomstig dit advies op 28 januari 1988 80-100% arbeidsongeschikt verklaard.
- De door de rechtbank bij vonnis van 20 mei 1992 benoemde deskundige reumatoloog (naam 8) (rapport 11 november 1992): “Anamnese: Patiënte bemerkte in die tijd (1985) niets meer te kunnen vasthouden. Zij had geen kracht meer. Er was sprake van pijn en stijfheid (...). De klachten deden zich primair voor in het rechter sternoclaviculaire gewricht, alsook in nek en schouders. Later breidden de klachten zich eigenlijk uit naar alle plaatsen, waarbij m.n. te noemen zijn

nek, schouders, ellebogen, polsen, heupen, knieën, enkels en voeten. (...) Op grond van anamnestiche bevindingen en de resultaten van het lichamelijk onderzoek kan de diagnose fibromyalgie-syndroom slechts bevestigd worden."

In lijn met de conclusie van AG Hartlief bij HR2020:1736⁸ onderstreept Wervelman in zijn noot JA2021/18 het belang van de bovengenoemde arresten.⁹ Overigens heb ik de hiervoor beschreven jurisprudentie in mijn artikel bij bron 18 genoemd. Maar uit het commentaar van Wervelman en Fluit begrijp ik dat zij dit niet hebben opgemerkt. Bij de redactie van mijn artikel is namelijk abusievelijk verwezen naar bron 19, waar verwezen had moeten worden naar bron 18.

4. Het is niet goed te begrijpen dat Wervelman en Fluit in hun commentaar stellen dat de Hoge Raad in HR2020:1736¹¹ zich voor het eerst sinds 2003 inhoudelijk heeft uitgelaten over het begrip 'arbeidsongeschiktheid' bij een arbeidsongeschiktheidsverzekering. In zijn noot in JA 2021-18 schrijft Wervelman namelijk dat:¹⁰ "Ofschoon de Hoge Raad zich in zijn arrest van 6 november jl. niet [onderstreping FE] inhoudelijk uitlaat over het begrip 'arbeidsongeschiktheid', acht ik het niettemin van belang om deze zaak te bespreken om de rode draad te trekken sinds zijn arrest uit 1999." Voor de goede orde: In HR2020:1736 heeft de Hoge Raad zich uitgelaten over *Haviltex*-maatstaf "herkenbaar en benoembaar" in relatie tot "medisch objectieveerbare stoornissen die in relatie staan tot ziekte".

Reactie op kanttekeningen ten aanzien van Sociale verzekering

5. In hun commentaar stellen Wervelman en Fluit ten onrechte dat de door mij besproken uitzonderingsjurisprudentie geen regel is, maar een uitzondering. De uitzonderingsjurisprudentie - de naam zegt het in feite al - is getalsmatig inderdaad niet omvangrijk, maar geen uitzondering op

de regel die de Centrale Raad van Beroep in de uitzonderingsjurisprudentie geeft. Daarmee is de uitzonderingsjurisprudentie van grote betekenis met betrekking tot de vraag wanneer klachten nog wel en wanneer (net) niet als "ziekte" kwalificeren, aldus heb ik verwoord in mijn artikel van GAVscoop mei 2025.

6. Volgens Wervelman en Fluit gaat het "[...] bij een "WIA-keuring om de vraag of er beperkingen zijn in het functioneren. Deze beperkingen worden neergelegd in een functionele mogelijkhedenlijst [...]" Zij geven daarmee een verkeerde voorstelling van zaken. In de eerste plaats verricht de verzekeringsarts in het kader van de WIA noch een "WIA-keuring" noch een "arbeidsongeschiktheidsbeoordeling". Dat staat ook niet in het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, waaraan Wervelman en Fluit refereren. Bij de WIA-beoordeling beoordeelt de verzekeringsarts of de door claimant verwoorde beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek. Als daarvan sprake is stelt de verzekeringsarts de belastbaarheid/voorwaarden in arbeid vast, die de verzekeringsarts vervolgens in de FML aangeeft.
7. Wervelman en Fluit geven daarnaast aan dat de betekenis van "ziekte of gebrek" is uitgewerkt in de richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium (richtlijn MAOC) van 1996. Dat klopt, maar zij geven niet aan dat dit niet goed is gedaan. Mede daardoor werden de interpretatieverschillen in de beoordelingspraktijk ten aanzien van het MAOC niet weggenomen.¹² Ten aanzien van de operationalisering van het MAOC is de richtlijn wollig en niet concreet genoeg geschreven. Dit zie ik terug in het commentaar van Wervelman en Fluit. Dat is jammer omdat de lezer daar niet wijzer van wordt. Jurisprudentie van de CRvB en met name de zogenaamde uitzonderingsjurisprudentie biedt een beter zicht op wat concreet verstaan moet worden onder "ziekte of gebrek". Aldus heb ik besproken in mijn artikel van GAVscoop mei 2025.

Referenties

1. F. Elemans, Wanneer kwalificeren klachten als 'ziekte' in de sociale verzekering, de particuliere AOV en letselschadezaken?, GAVscoop jaargang 29, nummer 1, mei 2025.
2. E.J. Wervelman, De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering, 3e druk 2016, p. 290 (p. 259, 2e druk 2009).
3. In dit verband wijs ik ook op ECLI:NL:GHAMS:2022:1876, waarin het bestaan van metabole myopathie niet bewezen kon worden.
4. E.J. Wervelman, De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering, 3e druk 2016, p. 269 (p. 243, 2e druk, 2009).
5. E.J. Wervelman, De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering, 3e druk 2016, pp. 267 en 268.
6. E.J. Wervelman, De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering, 3e druk 2016, pp. 255 en 256 (pp. 236 en 237, 2e druk, 2009).

7. E.J. Wervelman, De Particuliere Arbeidsongeschiktheidsverzekering, 3e druk 2016, p. 257. Noot FE: Voor zover het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden kan thans nagaan heeft de zaak na verwijzing door de Hoge Raad daar geen vervolg gekregen.
8. JA 2021-18, p. 204. Vindplaats: <https://www.remedis.nl/wp-content/uploads/2026/01/JA-2021-18-met-noot-Wervelman.pdf>
9. JA2021/18, p. 212.
10. JA 2021/18, p. 209.
11. ECLI:NL:HR:2020:1736, Hoge Raad, 06-11-2020, 19/02455.
12. Zie bijv. A. de Bont, C. Meus, G. Hazelaar, Stoorissen, beperkingen en handicaps in de uitvoering: Over verschillen in de implementatie, interpretatie en de uitvoering van de richtlijn medisch arbeidsongeschiktheids criterium, geïllustreerd aan de hand van de problematiek bij ME, College van toezicht sociale verzekering, R 98/6, juni 1998; W.E.L. de Boer, W.A. Faas, M.L.A. Broekhuizen, Rapport actualisering protocol Chronisch Vermoeidheidssyndroom, NVVG, 2010; Y. Jansen. J. Kuijper, B. van Oortmarssen, Ervaringen van ME-patiënten met de medische beoordeling van arbeidsongeschiktheid door het UWV, 2018.

Traumatisch ruggenmergletsel

*Assoc. Prof. Dr. A.J.F. Hosman
Dr. M.H. Pouw*

Samenvatting

Traumatisch ruggenmergletsel heeft grote impact op fysieke en psychosociale gezondheid van patiënten. Het is, ondanks de relatief lage incidentie van 15 tot 39 per miljoen inwoners, ernstig letsel met een aanzienlijke druk op het zorgsysteem door de lange opnameduur, hoge kosten van revalidatie en blijvende invaliditeit.¹ Letsels van de wervelkolom, met of zonder neurologische uitval, moeten altijd in overweging genomen worden bij patiënten na (het vermoeden op) een hoogenergetisch trauma en/of meerdere letsels. Het is daarbij van belang om de anatomie van de wervelkolom goed te kennen. Daarbij is een vroege en nauwkeurige documentatie van de neurologische status van een patiënt essentieel omdat dit kan helpen bij het detecteren van neurologische verbetering of verslechtering. Een gecoördineerde, multidisciplinaire aanpak met zowel orthopedisch chirurgen, neurochirurgen, anesthesiologen als intensivisten is cruciaal voor het optimaliseren van de uitkomsten. Orthopedisch chirurgen en neurochirurgen stellen vast of er aanvullende operatieve of conservatieve stabilisatie is vereist. Anesthesiologen spelen een sleutelrol bij het minimaliseren van secundaire letsels door optimale hemodynamische ondersteuning en pijnbeheersing tijdens de acute fase. Intensivisten zorgen voor het beheer van complicaties, waaronder respiratoire problemen en infecties, die kritisch kunnen zijn in het herstelproces. Bovendien is nauwe samenwerking met fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychosociale teams essentieel om de revalidatie te

bevorderen en de psychosociale last te verminderen. Geavanceerde beeldvorming en nieuwe technologische benaderingen kunnen eveneens een rol spelen bij de evaluatie en behandeling van deze patiënten. Door middel van deze geïntegreerde benadering kan de zorg voor patiënten met traumatisch ruggenmergletsel verder worden verbeterd.

Casus

Een 73-jarige molenaar met een blanco voor- geschiedenis komt op de SEH na een val van 3-5 meter hoogte tijdens zijn werkzaamheden in de molen. Er is sprake van bewustzijnsverlies gedurende 5 minuten en bij aankomst van het MMT bemerkt patiënt zijn benen niet te kunnen bewegen. Daarnaast klaagt hij over pijn in de rug. Bij opvang volgens Advanced Trauma Life Support (ATLS) blijkt er sprake van een ABC stabiele patiënt die bij neurologisch onderzoek een incomplete dwarslaesie blijkt te hebben. Op aanvullend CT-onderzoek is er een luxatiefRACTuur te zien van Th11/12. Daarop is patiënt direct naar OK gegaan voor stabilisatie van Th10-L2 met indirecte decompressie. Postoperatief ging patiënt naar de MC voor bloeddrukregulatie waarbij een streef MAP van 85 mmHg werd aangehouden gedurende 5 dagen. Uiteindelijk werd hij 7 dagen posttrauma overgeplaatst naar het dwarslaesierevalidatiecentrum voor verdere revalidatie. Patiënt beschrijft 1 jaar na het ongeval minimale loopstoornissen te ervaren en zichzelf 3 keer per dag te katheteriseren.