

Samenvatting

Onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek

Bestuursrechters kunnen bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen advies inwinnen van een onafhankelijke medisch deskundige. Sommige rechters doen dat regelmatig, andere zelden. Vrijwel altijd volgt de rechter in zijn beslissing het deskundigenadvies. De kans dat een appellant alsnog gelijk krijgt blijkt aanzienlijk groter na inschakeling van een deskundige. De inbreng van die deskundige is doorslaggevend voor de uitkomst van het geschil. Het is daarom van groot belang dat het proces zorgvuldig, inzichtelijk en transparant verloopt. In de praktijk blijkt hier het een en ander op af te dingen.

Op basis waarvan besluit de rechter een deskundige in te schakelen? Of juist niet? Is dat afhankelijk van de kwaliteit van de rapporten van de verzekeringsartsen van het uitvoerend bestuursorgaan UWV? Kan de rechter die verzekeringsgeneeskundige rapporten en vervolgens het rapport van de medisch deskundige wel op waarde schatten? Hoe kijkt de bestuursrechter naar een medisch rapport en hoe zit dat met de medische gegevens die de rechtzoekende zelf inbrengt in de procedure?

Het centrale doel van dit exploratieve onderzoek is inzicht te verkrijgen in de kenniskloof tussen het medische en het juridische domein bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen en vervolgens of en zo ja, hoe deze kenniskloof kan worden overbrugd. Gegeven dit doel is ervoor gekozen te focussen op één situatie waarbij de twee disciplines elkaar raken: het moment dat de rechter kennis heeft genomen van de medische gegevens die de basis vormen voor de beslissing over de arbeidsongeschiktheid, en hij voor de keuze staat al of niet (extra) medische deskundigheid in te schakelen.

Het onderzoek richt zich op:

- de (mogelijke) kenniskloof tussen het medische en het juridische kennisdomein (meer concreet: hoe gaat de bestuursrechter om met c.q. hoe kijkt de bestuursrechter naar medische rapporten);
- de overwegingen van de bestuursrechter om (g)een medisch deskundige in te schakelen;
- het oordeel (sec) en de kwaliteit van de verwerking van de medische gegevens in het oordeel van de bestuursrechter;
- de kwaliteit van het proces in relatie tot de toepasselijke wet- en regelgeving (meer concreet: voldoet het proces bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen aan de vereisten van de arbeidsongeschiktheidswetgeving, i.e. de WIA en het Schattingsbesluit, de Awb en de eisen van artikel 6 EVRM).

In het onderzoek komen verschillende vragen aan bod. Dat zijn voor een deel vragen met een kwantitatief karakter: wat is de herkomst (welke wetgeving) en wat zijn de aantallen, doorlooptijden en uitkomsten van beroepszaken, waarbij al dan niet een medisch deskundige is ingeschakeld? Is hierbij een ontwikkeling te zien door de jaren heen? Daarnaast gaat het om vragen van meer kwalitatieve aard: hoe beoordeelt en waardeert de bestuursrechter medische gegevens en rapporten? Het gaat daarbij om gegevens en rapporten van verzekeringsartsen, van behandelend artsen en van de deskundigen die hij zelf inschakelt. Op basis van welke criteria of overwegingen schakelt de bestuursrechter een medisch deskundige in – of juist niet? Wat is de invloed van (de kwaliteit van) de vraagstelling op de kwaliteit van het proces? Welke factoren beïnvloeden de bestuursrechter om het advies van de deskundige te volgen? Hoe weegt de rechter de adviezen van de medisch deskundige en van de verzekeringsarts tegen elkaar af en hoe gebruikt de rechter de medische gegevens in zijn uitspraak?

Zijn er in dit hele proces knelpunten te identificeren? Ervan uitgaande dat er sprake is van een kenniskloof tussen rechters en medisch deskundigen, ten aanzien van welke aspecten daarvan is dit problematisch? Kan die kloof worden overbrugd en hoe? Onder een knelpunt wordt in dit verband het volgende verstaan: 'een situatie of (beslis)moment in het verloop van het proces, waar het handelen of nalaten of de gemaakte keuze door de bestuursrechter of andere actoren in het proces het substantiële risico met zich brengt van kwaliteitsverlies in de gerechtelijke procedure'. Kwaliteit dient hier te worden gezien vanuit het oogpunt van waarheidsvinding.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn verschillende onderzoeksmethoden gebruikt: literatuuronderzoek, (systeem)data-analyse, dossieronderzoek, focusgroepen en interviews en analyse van jurisprudentie.

In de integratiefase van het onderzoek is gezien wat de analyse oplevert van de antwoorden op de onderzoeksvragen in hun onderlinge samenhang. Een vergelijking met bevindingen uit eerder onderzoek in het civiele recht maakt daarvan deel uit. Aan de orde komen daarbij thema's als waarheidsvinding in samenhang met de actieve of lijdelijke houding van de bestuursrechter, de vrije bewijsleer en de (on)duidelijkheid omtrent het bewijs en de eisen die zijn te stellen aan het deskundigenadvies.

De slotvraag is of er aanbevelingen of voorstellen zijn te formuleren voor de verbetering van de kwaliteit van het proces bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen. Voornamelijk op basis van de geconstateerde knelpunten in het proces en van de geconstateerde gevolgen van de kenniskloof worden aanbevelingen gedaan met als belangrijkste geadresseerde de bestuursrechter. Deze aanbevelingen hebben de strekking de kwaliteit van het proces te bevorderen en/of de kenniskloof te overbruggen of te verkleinen. Dat geldt ook voor de in het laatste hoofdstuk van dit proefschrift geformuleerde voorstellen en alternatieven voor aanpassing van de inrichting van het (huidige) systeem bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen.

De vraagstelling aan de deskundige

Na de inleiding in hoofdstuk 1 volgt in hoofdstuk 2 het eerste artikel dat in het kader van het onderzoek in april 2014 werd gepubliceerd (NB: alle artikelen van dit proefschrift zijn eerder gepubliceerd in *Expertise en Recht*). Dit artikel gaat over de vraagstelling aan de deskundige. Het signaleert een aantal knelpunten en bevat voorstellen voor verbetering van de vraagstelling.

Een kwalitatief goed en in rechte bruikbaar rapport van een onafhankelijke medisch deskundige staat of valt met een goede vraagstelling aan diezelfde deskundige. Een vraag die de rechter zichzelf voorts dient te stellen is of de deskundige bevoegd en bekwaam is om de aan hem gestelde vragen te beantwoorden. De medisch deskundige dient zich voor de beantwoording van de vragen op zijn beurt te beperken tot het terrein van zijn eigen deskundigheid. Wordt daarmee door de bestuursrechter bij het stellen van de vragen wel voldoende rekening gehouden? En worden wel de goede vragen gesteld?

De standaardvraagstelling die in de praktijk veelvuldig wordt gebruikt blijkt problemen op te leveren en is op onderdelen gedateerd. De vraagstelling loopt bijvoorbeeld niet in de pas met de ontwikkeling van medische richtlijnen. De bestuursrechter blijkt daar weinig oog voor te hebben en vaak genoeg te nemen met het autoriteitsoordeel van de individuele medisch deskundige. Met een voorstel voor aanpassing van de vraagstelling wordt in hoofdstuk 2 een aantal knelpunten geïdentificeerd.

Dossierstudie

In hoofdstuk 3 is het artikel opgenomen, waarin verslag wordt gedaan van de pilotdossierstudie die verricht is bij de start van het onderzoek. De vraag hier was welke geheime procesdossiers prijsgeven. Dit artikel is in december 2016 gepubliceerd samen met een bijlage (A).

Een van de bevindingen is dat de bestuursrechter, als hij medische rapporten beoordeelt, sterk focust op de zorgvuldigheid van het proces. Hij hecht grote waarde aan het betrekken van gegevens uit de behandelend sector bij de overwegingen. Dat valt af te leiden uit een zeer opvallende bevinding in de onderzochte dossiers. In vrijwel alle gevallen waar de bestuursrechter besloot tot het inschakelen van een medisch deskundige, bracht de eiser zelf nieuwe medische stukken in de procedure in. Meestal betrof het stukken afkomstig van huisarts of medisch specialist. Dit blijken belangrijke middelen te zijn om de rechter aan het twijfelen te brengen over de juistheid van het medische oordeel. De conclusie is dat er een grote(re) kans op inschakeling van een deskundige lijkt te zijn wanneer er twijfel wordt gezaaid door het inbrengen van nieuwe medische stukken.

De pilotstudie gaf geen inzicht in de criteria die de bestuursrechter hanteert om een medisch deskundige in te schakelen. In slechts één van de veertig onderzochte dossiers is in de uitspraak een inhoudelijke argumentatie aangetroffen voor die inschakeling. Bestuursrechters bedienen zich in schriftelijke documenten (dossierstukken en uitspraken) voornamelijk van standaardformuleringen en -motiveringen. Deze geven geen inzicht in daadwerkelijke motieven. Dat is problematisch omdat op deze wijze de keuze om een deskundige in te schakelen — in elk geval op grond

van de schriftelijke stukken – niet navolgbaar en toetsbaar is. Op enkele uitzonderingen na bleek in de onderzochte dossiers een standaardvraagstelling gebruikt te worden. Dat maakt inhoudelijk geen sterke indruk. Iedere zaak is immers uniek. Verder werd slechts in een beperkt aantal zaken een poging aangetroffen van procespartijen om invloed uit te oefenen op de vraagstelling aan de deskundige. Deze pogingen strandden alle. De bestuursrechter legde de verzoeken tot aanpassing van de vraagstelling ongemotiveerd terzijde. Uit de processtukken viel ook niet te destilleren wat de gangbare procesgang is rond de oplevering (onderzoeksfase) en becommentariëring (commentaarfase) van het deskundigenrapport. De bestuursrechter bedient zich eveneens van standaardformuleringen bij zijn overwegingen om al of niet het oordeel van de deskundige te volgen. Op basis van een uitgebreider dossieronderzoek werd daarom geen antwoord verwacht op de vraag door welke factoren wordt bepaald of en in welke mate de bestuursrechter in zijn oordeel het advies van de deskundige volgt. Hetzelfde geldt voor de vraag hoe de bestuursrechter omgaat met de medische gegevens van de deskundige(n) in zijn uitspraak.

Opmerkelijk is het gevonden verschil in percentages van de gerechtelijke uitspraken in het voordeel van de rechtzoekende versus UWV bij ingeschakelde medisch deskundigen van een verschillend type medische specialisatie. In geval van de inschakeling van een psychiater als deskundige, kreeg de cliënt in meer dan 50% van de gevallen gelijk; bij inschakeling van een somatisch gerichte specialist maar in 27% van de gevallen. Een mogelijke verklaring is dat de interpretatie en waardering van psychische klachten eerder uiteenloopt dan bij somatische klachten. Een andere mogelijkheid is dat de uitkomst samenhangt met de persoon van de deskundige.

Conclusie van de dossierstudie is dat om achter de overwegingen en motieven te komen die bestuursrechters hebben op relevante beslismomenten in de verschillende fases van het proces – nu dit niet mogelijk is op basis van processtukken en gerechtelijke uitspraken – gebruik moet worden gemaakt van andere onderzoeksmethodes, bijvoorbeeld kwalitatief onderzoek. Van dat onderzoek – in de vorm van focusgroepen en interviews – wordt verslag gedaan in hoofdstuk 5.

Data-analyse

In hoofdstuk 4 volgen de resultaten van het onderzoek naar de historische kwantitatieve gegevens over de inzet van medisch deskundigen van rechtbanken en van de Centrale Raad van Beroep (hierna: Centrale Raad). Dit resulteerde in een artikel, dat in juni 2014 is gepubliceerd. Ook dit artikel heeft een bijlage (B), met daarin de bevindingen en détail met tabellen en figuren.

Hoe vaak wordt er door de bestuursrechter in arbeidsongeschiktheidsgeschillen een medisch deskundige ingeschakeld? Zijn er trends te ontdekken en zijn er verschillen tussen rechtbanken? Welke invloed heeft inschakeling van een deskundige op de uitkomst van het geschil? Is er een relatie tussen inschakeling van een deskundige door de rechtbank en het al dan niet in hoger beroep gaan? Aan welke deskundigheid heeft de rechter vooral behoefte? Wat is het effect van inschakeling van een deskundige op de doorlooptijd? Deze en andere kwesties komen aan de orde in dit artikel, waarin verslag wordt gedaan van een onderzoek naar de herkomst (welke wet), de aantallen, het beloop, uitkomsten en doorlooptijden van bestuurs-

rechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen met en zonder inschakeling van een medisch deskundige. Het onderzoek is gebaseerd op een analyse van de databestanden van rechtbanken en van de Centrale Raad over de periode 1992-2010 respectievelijk 1996-2010.

De aantallen afgehandelde beroepszaken lopen in de pas met het afnemen van het aandeel van de WAO en het toenemende aandeel van de Wajong en de WIA sinds de invoering van die wetten. Vanaf 2007 loopt het aandeel Ziektewet-zaken sterk op. In absolute aantallen beweegt het aantal ingeschakelde medisch deskundigen bij de rechtbanken sinds 2001 zich tussen de 300 en 500 per jaar. Relatief nam het aantal af tot 2005. Er lijkt daarna sprake van een stabilisering rond de 5% van de afgehandelde zaken. In de periode 2006-2010 is het grootste aantal zaken waarin een deskundige is ingezet te vinden bij de WAO. In de laatst onderzochte jaren voor 2010 valt op dat het aandeel zaken met inschakeling van een medisch deskundige bij de Centrale Raad stijgt en bij de rechtbanken niet of nauwelijks. Er zijn opvallende verschillen tussen rechtbanken in de inzet van medisch deskundigen. Bij de rechtbanken worden psychiaters, neurologen en orthopeden het meest ingeschakeld als deskundige. Psychiaters worden in de loop der jaren procentueel toenemend ingeschakeld. In de periode 2006-2010 is er in bijna de helft van de gevallen een psychiater als deskundige ingeschakeld. Bij de Centrale Raad is het aandeel van de psychiaters beduidend meer dan de helft. De inschakeling van een deskundige beïnvloedt de doorlooptijd fors: het gemiddelde stijgt van bijna 9 maanden (zonder deskundige) naar ruim 22 maanden (met deskundige). Bij de Centrale Raad is dit vergelijkbaar. UWV krijgt bij de rechtbank vaker ongelijk als er een deskundige wordt ingeschakeld dan wanneer geen deskundige wordt ingeschakeld, zeker wanneer hierbij ook de ingetrokken zaken worden betrokken waarbij een deskundige is ingeschakeld. Uit de analyse blijkt ook dat de extra aandacht die aan de zaak is besteed doordat de bestuursrechter een deskundige inschakelde niet garandeert dat de uitkomst van het onderzoek door de klagende partij in beroep wordt geaccepteerd.

Focusgroepen en interviews: opvattingen en ervaringen van bestuursrechters

De dossierstudie van hoofdstuk 3 was de opstap naar de focusgroepen en interviews die zijn gehouden met bestuursrechters. De weerslag van de opvattingen over en ervaringen met de inzet van medisch deskundigen van bestuursrechters is te vinden in hoofdstuk 5. Het in dat hoofdstuk opgenomen artikel is in juni 2017 gepubliceerd. Ook dit artikel heeft een bijlage (C), met daarin een uitvoeriger en meer gedetailleerde weergave van de bevindingen. De opzet en de methode van onderzoek van de focusgroepen en interviews is in deze bijlage te vinden.

Er kunnen op basis van de onderzoeksbevindingen vier aspecten worden onderkend die bepalend zijn voor de kwaliteit van het deskundigenadvies: 1. de deskundigheid en de bekwaamheid van de deskundige zelf; 2. de procedurele kwaliteit van het onderzoek (proces); 3. de kwaliteit van de rapportage van de deskundige: is die argumentatief in orde qua begrijpelijkheid, consistentie en conclusie; en 4. de kwaliteit van de rapportage van de deskundige medisch-inhoudelijk gezien. Naast deze aspecten vormt de rechter zich ook een oordeel over de houding van de des-

kundige. Hij verwacht een professionele, zakelijke, niet-vooringenomen opstelling bij inhoudelijke discussies.

Een duidelijke conclusie in dit proefschrift is dat de meeste bestuursrechters over onvoldoende informatie beschikken over en ook te weinig aandacht hebben voor de kwaliteit van de persoon (aspect 1) van de in te schakelen deskundige. Dat is een alarmerende constatering. Men stelt nauwelijks vragen hoe die 'deskundigheid' en bekwaamheid kan of moet worden vastgesteld. Daar komt bij dat procespartijen op de keuze van de persoon van de deskundige nauwelijks invloed kunnen uitoefenen.

Rechters vormen zich gaandeweg (door middel van 'trial and error') een mening op grond van positieve en negatieve ervaringen met individuele deskundigen. Rechters leggen veel nadruk op de kwaliteit van het proces zelf (aspect 2), de zorgvuldigheid van de uitgevoerde medische onderzoeken en het betrekken van gegevens van behandelend artsen bij de overwegingen. Verder achten zij zichzelf goed in staat de kwaliteit van de medische rapportages (aspect 3) te toetsen in termen van begrijpelijkheid, consistentie en concludentie. Een rapport moet in argumentatieve zin navolgbaar zijn. Bij nadere beschouwing is het de vraag of de rechter wel zo goed in staat is om te beoordelen of een medische rapportage argumentatief consistent is. Aspecten van een medisch rapport als opbouw, argumentatie, de vraag of de beschouwing navolgbaar gebaseerd is op de vermelde feiten, de vraag of de conclusies daarop logisch volgen, etc. zijn niet zo strikt te scheiden van de medisch-inhoudelijke kwaliteit (aspect 4) als men kennelijk denkt. Met name niet waar het gaat om medisch-inhoudelijke argumentatie. Een argumentatiestructuur of -schema kan wel kloppen, maar de gebruikte oorzaak-gevolgredeneringen hoeven dan nog niet juist te zijn. Ook de kwaliteit van de rapportage is dus een probleemveld voor de bestuursrechter. Het feit dat de geïnterviewde rechters dit niet zo percipiëren doet hier niet aan af: 'de rechter weet niet wat hij niet weet'.

In dit kwalitatieve deel van het onderzoek wordt de eerdere constatering bevestigd dat het proces rond (de motivering van) het al of niet inschakelen van deskundigen, het al of niet actief betrekken van procespartijen bij inschakeling – ook inzake de persoon van de deskundige en zijn gebleken bekwaamheid –, het becommentariëren van het deskundigenrapport door procespartijen en de motivering door de bestuursrechter van het al dan niet volgen van de deskundige overkomt als een gestaffeld verlopend en gestandaardiseerd, te weinig kritisch benaderd proces. Het is daardoor ook een gemankeerd proces. Bestuursrechters bedienen zich vaak van standaardformuleringen, die de mogelijkheid om gemaakte keuzes en overwegingen – als wetenschapper – te volgen en te toetsen belemmeren.

Het onderzoek heeft geen specifieke criteria opgeleverd op basis waarvan de bestuursrechter een medisch deskundige zou móéten inschakelen. De meningen van de bestuursrechters zelf wijzen niet in één concrete richting. Wel zijn er factoren te benoemen die bijdragen aan de keuze vóór of juist tégen inschakeling van een deskundige. Meestal zijn er meer factoren tegelijkertijd in het spel, die tezamen de uiteindelijke keuze bepalen. Het zit allemaal wel in de hoofden van de bestuursrechters, maar wordt niet steeds transparant geuit en gemotiveerd.

De zorgvuldigheid en de kwaliteit van het proces blijkt in de praktijk op essentiële punten te wensen over te laten. Deze knelpunten worden in de analyse in hoofdstuk 9 nader geadresseerd en gepreciseerd.

Het onderwerp van hoofdstuk 6 is wat de bestuursrechter verwacht van de verzekeringsarts in de commentaarfase nadat de medisch deskundige zijn rapport heeft uitgebracht. Het gaat ook hier om data die verkregen zijn uit de focusgroepen en interviews, maar die niet eerder zijn gepubliceerd. Hoofdstuk 6 bevat aanbevelingen voor verzekeringsartsen hoe effectief te handelen in de commentaarfase.

Equality of arms

Hoofdstuk 7 bevat een analyse van de jurisprudentie van het EHRM over artikel 6 EVRM – het recht op een eerlijk proces – en de gevolgen hiervan voor arbeidsongeschiktheidsgeschillen. Het in dat hoofdstuk opgenomen artikel is in juni 2018 gepubliceerd. In dit artikel wordt ook verslag gedaan van een onderzoek naar de nationale rechtspraak inzake de toepassing van het toetsingskader dat de Centrale Raad naar aanleiding van de EHRM-jurisprudentie in juni 2017 introduceerde.

Het beeld dat uit dat onderzoek naar voren komt is dat de EHRM-jurisprudentie, met name het *Korošec*-arrest, bestuursrechters wakker heeft geschud en dat zij sindsdien bewuster omgaan met het bewaken van de equality of arms in arbeidsongeschiktheidsgeschillen. Of rechters daardoor vaker dan voorheen besluiten tot inschakeling van een deskundige is vooralsnog niet duidelijk. De analyse van de jurisprudentie van na juni 2017 wijst erop dat nog steeds, in het overgrote deel van de zaken, het verzoek om een deskundige in te schakelen wordt afgewezen bij een beroep op het gebrek aan equality of arms. Het *Korošec*-arrest lijkt in de praktijk vooral te hebben geleid tot het aanscherpen van de procedurele toets met aan de ene kant – de al eerder gememoreerde – sterke nadruk op inbreng van medische gegevens van behandelend artsen door justitiabelen en aan de andere kant op het inzichtelijk in de beoordeling betrekken van deze gegevens door verzekeringsartsen. Het aspect of die gegevens naar hun aard wel geschikt zijn om twijfel te zaaien, komt er bekaaid van af, terwijl het juist vaak precies om díé vraag gaat. Dit is en blijft een zwak punt in het proces.

Hoofdstuk 8 is een vervolg op hoofdstuk 2, waarin aan de orde komt hoe de evolutie van de vraagstelling is geweest na de publicatie van het artikel uit 2014. De door de Centrale Raad nadien aangepaste vraagstelling wordt in dit hoofdstuk besproken. Het hoofdstuk doet verslag van onderzoek naar de praktijk: hoe gaan de rechtbanken en Centrale Raad inmiddels om met de vraagstelling aan de deskundige? Dit onderdeel van het proefschrift is niet eerder gepubliceerd.

De vraagstelling bij de Centrale Raad blijkt te zijn geëvolueerd en de Raad blijkt zich in de praktijk ook vrij strikt te houden aan de eigen nieuwe wijze van vragen stellen, zo blijkt uit het onderzoek. Helaas kan hetzelfde niet gezegd worden van de rechtbanken. Het is teleurstellend te moeten constateren dat op rechtbankniveau geen vergelijkbare ontwikkeling van de vraagstelling zichtbaar is. De aloude stan-

daardvraagstelling is daar nog steeds gangbaar. Verder zijn er nauwelijks aanwijzingen dat er tijdens de fase van het formuleren van de vraagstelling meer ruimte is gekomen om procespartijen hier actief bij te betrekken en in deze fase van het proces hoor en wederhoor toe te passen.

Knelpunten en aanbevelingen

In het afsluitende hoofdstuk 9 wordt de onderlinge samenhang van de artikelen c.q. hoofdstukken uiteengezet. De onderzoeksresultaten zijn gebundeld in een *knelpuntenanalyse*. Een reeks van knelpunten is te identificeren in de verschillende fases van besluitvorming tijdens het proces van het arbeidsongeschiktheidsgeschied. Daarmee samen hangt een reeks met *aanbevelingen* en bespiegelingen over de inrichting van het proces. Deze hebben de strekking de kwaliteit van de waarheidsvinding, de kwaliteit van het proces en daarmee de kwaliteit van het uiteindelijke gerechtelijk oordeel op een hoger plan te brengen en de kenniskloof te overbruggen of te verkleinen.

De knelpunten blijken zowel te zitten in de inrichting van het proces zelf als een gevolg te zijn van de kenniskloof tussen de bestuursrechter en de medisch deskundige. Wanneer zich een enkel knelpunt voordoet in een beroepszaak, hoeft dit niet per se te leiden tot een serieuze inbreuk op de kwaliteit van het proces en de uitkomst van het geschil, maar bij een opeenstapeling van knelpunten komen die wel degelijk in het gedrang.

De kans op het nemen van verkeerde beslissingen neemt toe als de bestuursrechter op onterechte gronden twijfelt – of juist niet twijfelt – aan het medische oordeel van de verzekeringsarts. Zo ook als hij verkeerde conclusies trekt bij het beoordelen, waarderen en vergelijken van medische rapporten en gegevens van de verzekeringsarts, van behandelend artsen en uiteindelijk ook van de ingeschakelde medisch deskundige.

Er sluipt onzorgvuldigheid in het proces als bijvoorbeeld niet goed wordt nagedacht over de persoon en de bekwaamheid van de deskundige, als er standaardvragen aan de deskundige worden gesteld of als er niet serieus ruimte wordt gegeven om de commentaarfase te benutten nadat het rapport van de deskundige is uitgebracht.

Het creëren van meer ruimte in het proces voor een betere dialoog tussen rechter, deskundige en partijen, inclusief de verzekeringsarts, kan de kenniskloof wel versmallen. Op procesniveau behoeven er in de huidige werkwijze geen ingewikkelde verbeteringen te worden aangebracht. Daarbij kan profijt worden getrokken uit de inrichting van het proces in het civiele recht.

Zo kan de rechter bijvoorbeeld een procesbeslissing wijden aan de inschakeling van een deskundige. In die beslissing of tussenuitspraak moeten dan de persoon van de deskundige en de vraagstelling zijn vastgelegd. Dit voorkomt de in de huidige setting bestaande onwenselijke ongewisheid over het beslismoment om een deskundige in te schakelen. Partijen weten op deze manier waar ze aan toe zijn: welke rechter verantwoordelijk is voor de gemaakte keuze en – op basis van de geformuleerde vraagstelling – welke motieven hij daarvoor had. Een andere mo-

gelijkheid is dat procespartijen actief worden betrokken bij de benoeming van de deskundige in combinatie met de formulering van de vraagstelling door een ronde opmerkingen en verzoeken in te voeren, zoals dat in het civiele recht gebruikelijk is.

Van meer fundamentele aard zijn dié problemen die rechtstreeks voortvloeien uit de kenniskloof. Die kloof is niet substantieel te versmallen zonder het proces ingrijpend anders in te richten. Daartoe worden in hoofdstuk 9 enkele voorstellen en suggesties gedaan. Voor een kwaliteitsslag op medisch-inhoudelijk gebied zullen de verbeteringen moeten worden gezocht in mogelijkheden om de beslissing over de grondslag van het medisch oordeel in een eerder, liefst zo vroeg mogelijk stadium van het proces op een bevredigende en geaccepteerde wijze te nemen. Het is onwenselijk dat een verschil van mening over een medische kwestie uiteindelijk drie of vier jaar na dato door de Centrale Raad door middel van het inschakelen van een nieuwe medisch deskundige moet worden 'beslecht'. In hoofdstuk 9 worden ook mogelijkheden besproken om de beroepscolleges van meer medische knowhow te voorzien. Dat kan door de werkwijze aan te passen of door de samenstelling van het college te wijzigen. Daarnaast kan het helpen het epistemisch kennisniveau van de bestuursrechters op een hoger plan te brengen.

Een serieus probleem is het gebrek aan transparantie omtrent de bekwaamheden (de kennis en vaardigheden) van de medisch deskundigen die bij dit proces betrokken zijn. Dit betreft zowel de 'partijdeskundigen' die figureren in de prejudiciële fase als de 'pool' van medisch deskundigen waaruit de rechtspraak moet putten om zich goed geadviseerd te weten. In die transparantie kan – in afwachting van officiële openbare registers – worden voorzien door middel van openbare curricula vitae of disclosure statements. Dit zijn relatief eenvoudige mogelijkheden om meer te weten te kunnen komen over de kennis, vaardigheden en inhoudelijke visies van in te schakelen medisch deskundigen op hun specialistisch vakgebied. Bestuursorganen kunnen dit bewerkstelligen voor de artsen aan wie zij opdrachten verstrekken. Maar ook organisaties of beroepsverenigingen die zich tot doel stellen de vakinhoudelijke kwaliteit te bewaken voor hun aangesloten leden-deskundigen kunnen hier zorg voor dragen. Uitbreiding van het onafhankelijk en openbaar landelijk deskundigenregister NRGD met medisch deskundigen, die in het civiele en bestuursrecht kunnen optreden, wordt al langere tijd als zeer gewenst beschouwd.