



## Ministeriële regeling van 10 februari 2012, Afdeling Pensioenen, Sociale Zekerheid, Zorg en Veteranen, nr. BS/2012001764

De Minister van Defensie,

Gelet op artikel 2, zesde lid van de Kaderwet militaire pensioenen en op artikel 13, tweede lid, van het Besluit procedure geneeskundig onderzoek blijvende dienstongeschiktheid en pensioenkeuring militairen:

Besluit:

### ARTIKEL I

De ministeriële regeling van 27 juni 2008, Stcrt. 2009, 11661 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. De zinsnede 'de volgende protocollen gehanteerd:' wordt vervangen door: de volgende protocollen en richtlijn gehanteerd:

2. Na onderdeel c wordt een nieuw onderdeel toegevoegd luidende:

- d. de richtlijn Medische eindtoestand / Duurzame functionele invaliditeit, gevoegd als bijlage 4.

B

Na het derde lid van artikel 2 wordt een nieuw lid toegevoegd luidende:

- 4. Het gestelde in het derde lid blijft buiten toepassing indien sprake is van een eerste keuring en een of meerdere herkeuringen voor 1 juli 2008 en na die datum nog sprake is van een voorlopig vastgesteld invaliditeitspercentage en het invaliditeitspercentage binnen een relatieve bandbreedte van 20 procent stabiel is. In die situatie wordt op het moment van herkeuring na 1 juli 2008 het voorlopig vastgesteld invaliditeitspercentage omgezet in een definitief invaliditeitspercentage.

### ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking op de datum van ondertekening en werkt terug voor wat betreft onderdeel B tot de datum van herkeuring na 1 juli 2008.

Deze regeling wordt gepubliceerd in de serie Ministeriele Publicaties (MP 32-500).

Deze regeling wordt met toelichting gepubliceerd in de Staatscourant.

*De Minister van Defensie,  
J.S.J. Hillen.*



---

## BIJLAGE RICHTLIJN MEDISCHE EINDTOESTAND/ DUURZAME FUNCTIONELE INVALIDITEIT

Ministerie van Defensie BS / HDP /DPB  
November 2010

### Voorwoord bij richtlijn Medische eindtoestand/ Duurzame functionele invaliditeit

Deze richtlijn is bedoeld als een aanvulling op de verzekeringsgeneeskundige protocollen voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit, welke Defensie in 2008 heeft ingevoerd. Dit betreft het WIA/IP Protocol, het PTSS Protocol en het MUPS/LOK Protocol.

In deze protocollen wordt het begrip 'medische eindsituatie' niet anders omschreven dan het aanwezig zijn van een 'medisch stabiele situatie'.

In de uitvoeringspraktijk is gebleken, dat het begrip 'medisch stabiele situatie' niet voldoende duidelijk is en teveel interpretatie ruimte biedt. Om die reden is onderstaande richtlijn 'medische eindtoestand' / 'duurzame functionele invaliditeit' ontwikkeld. De richtlijn is afgestemd met de uitvoerders. De richtlijn beoogt een betere procedurele aansturing van de invaliditeitsbeoordelingen. Tevens beoogt de richtlijn het aantal herbeoordelingen en in het bijzonder ook de lange tijdspanne voordat een eindtoestand wordt aangenomen, terug te dringen. In het bijzonder geldt dit voor de herbeoordelingen bij psychisch letsel, waaraan de richtlijn zeer specifiek aandacht besteed.

Vele herbeoordelingen c.q. het langdurig uitstellen van de medische eindtoestand kan ziekte onderhoudend werken en leidt tot onrust bij betrokkene. De richtlijn beoogt het tegenovergestelde te bereiken. De richtlijn geeft de desbetreffende militair eerder rechtszekerheid. Hij /zij kan sneller verder met zijn 'nieuwe' leven. In die zin kan de term 'herstelbevorderend' wellicht van toepassing zijn op de nieuwe richtlijn.

*J.H. Paulusma-de Waal,  
medisch adviseur sociaal medisch beleid, Arts M&G, RGA, internist n.p.*



## RICHTLIJN MEDISCHE EINDTOESTAND/ DUURZAME FUNCTIONELE INVALIDITEIT

### Refertes

- Besluit AO / IV 65-
- WPC-schaal
- WIA-IP protocol
- PTSS - protocol

### Bijlagen

- Proces beschrijving / beoordelingskader
- Stroomdiagram

### Doelgroep

Verzekeringsartsen, belast met het verrichten van de beoordelingen voor een Militair Invaliditeitspensioen (MIP)

### Doelen

- Eenduidige interpretatie begrip 'medische eindtoestand' in relatie tot de MIP beoordeling met vervanging van dit begrip door het begrip 'duurzame functionele invaliditeit'
- Vaststellen criteria 'duurzame functionele invaliditeit'
- Snellere / eerdere vaststelling definitief invaliditeitspercentage

### Samenvatting

Bij de beoordelingen voor een Militair Invaliditeitspensioen (MIP) wordt de verzekeringsarts gevraagd een uitspraak te doen over het al dan niet aanwezig zijn van een medische eindtoestand. Bepaalde pensioen aanspraken lijken hieraan te zijn gekoppeld.

Echter, dit begrip is in de huidige wet en regelgeving niet als zodanig gedefinieerd. Wel worden termen als 'blijvende invaliditeit / ongeschiktheid', stabiele medische situatie, 'maximaal mogelijke verbetering' en 'daling van de functionele invaliditeit wordt niet meer verwacht'gebezigd.

Uit de regelgeving valt af te leiden dat niet zozeer moet worden beoordeeld wanneer er sprake is van een (medische) eindtoestand, maar wanneer er sprake is van een situatie waarbij daling van de functionele invaliditeit niet meer te verwachten is. Anders gezegd: wanneer er sprake is van *duurzame functionele invaliditeit*. Met duurzaam wordt hierbij bedoeld dat verlaging van de functionele invaliditeit niet meer te verwachten is. Daarbij gelden als aanvullende eisen dat alle professioneel gebruikelijke behandel-, revalidatie-, en voorzieningsmogelijkheden zijn benut en dat betrokkene een adequaat herstel gedrag heeft vertoond. Tevens moet bij psychische aandoeningen, de behandelduur minimaal 2 jaar zijn geweest.

Deze richtlijn, met beoordelingskader en procesbeschrijving, beschrijft de criteria voor het beoordelen van de duurzaamheid van een functionele invaliditeit en de stappen die in het beoordelingsproces moeten worden genomen.

De kernpunten van de richtlijn zijn:

1. Van duurzaamheid wordt uitgegaan als de verwachting is dat de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar nauwelijks of niet af zal nemen. Voor specifieke ziektebeelden waarvan op grond van kennis en ervaring vaststaat dat een behandeling, gegeven de aard of de complexiteit van het ziektebeeld, pas na langere tijd tot verlaging van de functionele invaliditeit kan leiden, zijn hierop aanvullende regels van toepassing.
2. Als duurzaamheid is vastgesteld kan een blijvend percentage invaliditeit worden gegeven. Dit blijvend percentage kan in de toekomst nooit meer dalen, wel (na een bepaalde latentietijd) stijgen bij verergering.
3. Als wel het dienstverband is vastgesteld, maar nog geen sprake is van duurzaamheid, wordt een voorlopig percentage invaliditeit gegeven. Dit voorlopige percentage wordt jaarlijks vervolgd/ beoordeeld en jaarlijks aangepast aan de actuele functionele invaliditeit. Met jaarlijks wordt bedoeld: één jaar na de vorige medische rapportage.

### Inleiding

Bij de beoordeling van het recht op een militair invaliditeitspensioen vindt onder meer een beoordeling plaats van de medische toestand aanwezig op de in het kader van de regelgeving relevante



tijdstippen (datum beoordeling, datum rekest en 1 jaar daarvoor).

Bij de vaststelling van de hoogte van het militair invaliditeitspensioen komen regels welke verwijzen naar een 'medische eindtoestand' naar voren.

1. WPC schaal:

- De WPC schaal meldt in het voorwoord onder punt 5 dat de genoemde percentages alleen gelden indien maximaal mogelijke verbetering door behandeling, rehabilitatie, prothese enz. is bereikt.

2. WIA/IP protocol:

- Het WIA/IP protocol geeft op pagina 29 uitleg aan het begrip 'verergerend dienstverband'. Het protocol stelt dat van 'verergering' van de dienstverband- aandoening sprake is als de medische toestand langer dan 2 jaar op een stabiel hoger niveau is geweest.

3. PTSS protocol:

- Het protocol meldt op pagina 27 in punt 7.3.1. 'De invaliditeit moet zijn opgelopen tijdens en door de uitoefening van de militaire dienst in bijzondere omstandigheden (uitzending, oefeningen e.a) en hebben geleid tot blijvende invaliditeit.'
- In bijlage 1 van het PTSS- protocol staat expliciet in de opmerkingen vermeld: 'Beperkingen mogen alleen worden gescoord na doelmatige therapie en adequate inzet.'

4. Besluit AO / IV artikel 8

- Om in aanmerking te komen voor een 'bijzondere invaliditeitsverhoging' (BIV) moet er sprake zijn van ten minste 20 procent functionele invaliditeit en moet daling van die percentages voor de toekomst niet aannemelijk worden geacht.

Uit het bovenstaande kan worden afgeleid dat in de huidige regelgeving het begrip 'medische eindtoestand' niet als zodanig is terug te vinden. Wel maakt men gebruik van begrippen als: 'blijvende invaliditeit', 'blijvende ongeschiktheid', 'maximaal mogelijke verbetering', 'stabiel hoger niveau', 'situatie na doelmatige therapie en adequate inzet' en 'daling van de functionele invaliditeit wordt niet meer verwacht'.

## Overwegingen

De begrippen 'blijvend', 'stabiel' en 'maximaal' verwijzen naar een onveranderlijke toestand. Daarmee is te begrijpen waarom de medische professe het begrip 'medische eindtoestand' gebruikt.

Naast de eis dat de toestand 'blijvend' moet zijn, moet ook zijn voldaan aan de eis: 'na behandeling, rehabilitatie en eventueel met gebruik van een prothese'.

Uit de regelgeving valt af te leiden dat niet zozeer de vraag moet worden beantwoord of er een 'medische eindsituatie' bestaat, maar meer of er sprake is van een functionele invaliditeit (van tenminste 10%) waarvan verlaging niet meer te verwachten is, c.q. welke duurzaam is.

Hiermee valt de beoordeling uiteen in twee delen, die met elkaar verweven zijn:

1. is er sprake van een 'medische toestand' die blijvend, onveranderlijk is?
2. zijn alle behandel-, revalidatie-, voorzieningsmogelijkheden waarvan verbetering mag worden verwacht benut?

De begrippen 'blijvend', 'onveranderlijk' en 'eindtoestand' verwijzen naar een toekomstverwachting. Men wil een prognose horen van de arts. Medisch is het echter vaak lastig de toekomst te voorspellen. Sommige ziektebeelden tonen een weinig voorspelbaar verloop. Over het algemeen is de prognose bij psychische aandoeningen minder betrouwbaar dan bij somatische aandoeningen. Ook kan de arts niet voorspellen welke nieuwe behandelmogelijkheden er in de toekomst mogelijk nog ter beschikking komen.

Deze onzekerheden leiden ertoe dat de prognoses onbetrouwbaarder worden naarmate de termijn waarover ze moeten worden gegeven langer wordt.

## Visie

Om verschillen in de beoordeling tussen verzekeringsartsen te beperken moet, gelet op het hiervoor staande, de duur waarover de prognose wordt gevraagd beperkt blijven.

Daarnaast kan de uitvoeringspraktijk beter gebruik maken van het begrip 'duurzame functionele invaliditeit' dan van 'blijvende functionele invaliditeit' of van 'medische eindtoestand'.

Verzekeringsartsen moeten zich uitspreken over de functionele invaliditeit als afgeleide van de aard en de ernst van het ziektebeeld. Daarbij leggen niet-medische factoren veelal extra gewicht in de schaal. Het is dan ook niet goed mogelijk een onderscheid te maken tussen een te verwachten verlaging van de functionele invaliditeit in en na het eerstkomende jaar (vanaf het moment van beoordeling).



---

Daarnaast zal de functionele invaliditeit over het algemeen minder afnemen naarmate de tijd voortschrijdt.

Het is realistisch het volgende uitgangspunt te hanteren: als de functionele invaliditeit in het komende jaar niet of nauwelijks afneemt, dan zal dit in beginsel ook niet gebeuren in de periode daarna. De functionele invaliditeit dient dan als 'duurzaam' te worden geduid. Er moet een heel goede reden zijn om van dit uitgangspunt af te kunnen wijken. Dat is het geval wanneer op grond van kennis en ervaring vaststaat dat een behandeling, gegeven de aard of de complexiteit van het ziektebeeld, zoals bijvoorbeeld bij psychische aandoeningen, pas na langere tijd tot verlaging van de functionele invaliditeit kan leiden. In deze casuspositie moet een 'voorlopig' percentage functionele invaliditeit worden toegekend.

Bij 'voorlopige functionele invaliditeit' kan het invaliditeitspercentage bij elke beoordeling die plaats vindt, gewijzigd (verhoogd of verlaagd) worden, naar aanleiding van de bevindingen. Pas als op enig moment een functionele invaliditeit percentage als duurzaam is aangemerkt geldt dat dit percentage het laagste percentage is dat in de toekomst kan worden toegekend. Verhogingen van dit percentage zijn, met inachtneming van een bepaalde latentietijd, in de toekomst dan wel mogelijk, bijvoorbeeld naar aanleiding van verergeringen van de medische situatie. Verlagen gaan niet verder dan dit percentage. De verhogingen kunnen afhankelijk van de verwachtingen een voorlopig of een duurzaam karakter hebben. Als er geen sprake is van een duurzaam verhoogde functionele invaliditeit kan dit deel van de functionele invaliditeit slechts voorlopig worden toegekend en weer afnemen tot het eerder als duurzaam aangenomen functionele invaliditeitspercentage.

In de bijlagen 1A en 1B, 'procesbeschrijving en beoordelingskader' wordt deze visie nader uitgewerkt en schematisch weergegeven.



## BIJLAGE 1A BIJ RICHTLIJN

Beoordeling van de duurzaamheid van een functionele invaliditeit.  
Procesbeschrijving / Beoordelingskader

### Doel

Criteria geven voor het beoordelen van de duurzaamheid van een functionele invaliditeit.

### Doelgroep

Verzekeringsartsen betrokken bij MIP beoordelingen.

### Vertrekpunt

Een cliënt bij wie sprake is van een verergerend of oorzakelijk dienstverband.

### Plaatsbepaling

Het beoordelingskader wordt gebruikt bij het beoordelen van de duurzaamheid van een functionele invaliditeit en is zowel van toepassing op een 1<sup>o</sup> beoordeling als een herbeoordeling.

### Definitie 'Duurzame functionele invaliditeit'

Van duurzame functionele invaliditeit kan worden gesproken als:

1. als verbetering van de functionele invaliditeit is uitgesloten of
2. als verbetering van de functionele invaliditeit niet of nauwelijks is te verwachten.

Verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten als de functionele invaliditeit naar verwachting stabiel blijft of nog verder kan toenemen. De verzekeringsarts spreekt zich hierbij niet uitsluitend uit over het beloop van het ziektebeeld of de aard en de ernst van de ziekteverschijnselen. Het ziektebeeld kan nog fluctueren, terwijl de functionele invaliditeit ongeveer op het zelfde niveau zal blijven (binnen een marge van relatief 20 procent, zie toelichting bij bijlage 1B). Van belang is dat de verzekeringsarts niet constateert dat de functionele invaliditeit stabiel is of eventueel toeneemt, maar tot het oordeel komt dat *verlaging van de functionele invaliditeit niet meer tot de mogelijkheden behoort*.

Of en in welke mate verlaging van de functionele invaliditeit ontstaat, hangt af van vele cliëntgebonden factoren. De effecten daarvan zijn vaak matig tot zeer slecht voorspelbaar, des te meer naarmate een langere termijn moet worden overzien. Als gevolg hiervan zal voor een deel van de cliënten pas enige tijd na de initiële beoordeling duidelijk worden in welke groep zij thuishoren. Het is belangrijk te voorkomen dat cliënten met perspectief op verlaging van de functionele invaliditeit voortijdig een duurzame functionele invaliditeit wordt toegekend. Tevens is het van groot belang ervoor te zorgen dat mogelijkheden tot verbetering van de functionele mogelijkheden daadwerkelijk worden benut. Daarom is ervoor gekozen dat cliëntgebonden factoren die verbetering van de belastbaarheid in de weg staan bij de beoordeling slechts een rol mogen spelen voor zover deze rechtstreeks samenhangen met het ziekteproces. Zo geldt als uitgangspunt dat cliënt adequaat herstelgedrag moet vertonen. Is dit niet het geval, dan wordt per definitie uitgegaan van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden, tenzij het inadequate herstelgedrag het gevolg is van ziekte of handicap. Bij psychische aandoeningen is daarnaast gekozen voor de extra eis dat, voordat duurzame invaliditeit wordt toegekend, betrokkene eerst minimaal twee jaar adequate behandeling moet hebben ondergaan. Cliëntgebonden factoren kunnen alleen als een belemmering voor verlaging van de functionele invaliditeit worden geaccepteerd, indien er sprake is van verlies aan autonomie. Hiervan is sprake als cliënt, ten gevolge van ziekte of handicap, geen keuzevrijheid heeft en niet meer de rol kan vervullen die hij zou willen en moeten vervullen.

De verzekeringsarts spreekt zich uit over de periode aansluitend aan het moment van beoordeling. Dit is het moment waarop de verzekeringsarts zijn definitieve conclusie trekt. Meestal is dat het moment waarop hij cliënt daadwerkelijk onderzoekt. Als de verzekeringsarts vervolgens nog aanvullende informatie ontvangt en mede daarop zijn oordeel baseert is het moment van beoordeling het moment waarop hij deze informatie in zijn conclusie en in zijn rapport verwerkt.

De verzekeringsarts betreft bij zijn prognosestelling de op dat moment beschikbare medische kennis, de actuele stand van de medische wetenschap. Hij loopt niet vooruit op nieuwe ontwikkelingen waarvan de mogelijkheden en resultaten nog onvoldoende zijn onderzocht



## Oordeelsvorming

De verzekeringsarts spreekt zich uit over de prognose van de functionele invaliditeit van cliënt, uitgaande van de medische situatie zoals die is op het moment van de beoordeling / de rapportage. De verzekeringsarts doorloopt hierbij onderstaande stappen. Deze staan tevens schematisch weergegeven in bijlage 1B

### Stap 1

De verzekeringsarts beoordeelt of verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten. Dat is het geval als sprake is van:

- een progressief ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden of
- een stabiel ziektebeeld zonder behandelmogelijkheden.

#### *Toelichting bij Stap 1a:*

Als sprake is van een progressief ziektebeeld geldt meestal de stelregel dat verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten. Meestal is geen behandeling aan te wijzen die kan leiden tot verbetering van de functionele invaliditeit. Een behandeling is bijna altijd uitsluitend gericht op het afremmen van het ziekteproces. De functionele invaliditeit zal in dat geval in de regel niet verminderen. In beginsel bestaat er een theoretische mogelijkheid dat de functionele invaliditeit van een cliënt door revalidatiebehandeling (tijdelijk) afneemt. Deze mogelijkheid wordt buiten beschouwing gelaten, omdat de progressie van het ziektebeeld het bereikte resultaat teniet zal doen.

#### *Toelichting bij stap 1b.*

Bij een stabiel ziektebeeld is spontane verbetering uitgesloten. De verzekeringsarts betreft in die situatie de resterende behandelmogelijkheden bij zijn oordeelsvorming.

De eventuele behandelmogelijkheden moeten op twee niveaus worden beoordeeld (die overigens in elkaars verlengde liggen):

- behandelmogelijkheid in 'medische' zin – gericht op het ziekteproces als zodanig ;
- behandelmogelijkheid in 'functionele' zin ( $\approx$  revalidatie) – gericht op herstel van het functioneren dan wel het ontwikkelen van compensatiemogelijkheden.

Hoewel de gezondheidsschade definitief kan zijn, in de zin van een anatomisch defect of fysiologische schade, maar ook in de zin van een psychische defecttoestand, betekent dat nog niet dat belangrijk herstel van functioneren ook is uitgesloten. Daarom concludeert de verzekeringsarts pas dat verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten als noch in medische zin, noch in functionele zin een behandelmogelijkheid resteert.

In dit verband is het van belang er scherp op te letten dat aspecten van langdurige inactiviteit en daarmee samenhangende deconditionering geen rol spelen. Is dat wel het geval dan houdt de verzekeringsarts daar alleen rekening mee voor zover er een rechtstreekse samenhang bestaat met het ziekteproces. In alle andere situaties gaat de verzekeringsarts ervan uit dat een op activering gerichte behandeling tot de mogelijkheden behoort en er op die grond sprake is van een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de belastbaarheid zal optreden.

### Stap 2

Als verlaging van de functionele invaliditeit niet is uitgesloten beoordeelt de verzekeringsarts in hoeverre die verlaging in het eerstkomende jaar kan worden verwacht. De verzekeringsarts gaat na of één van de volgende twee mogelijkheden aan de orde is:

- er is een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden;
- verlaging van de functionele invaliditeit is niet of nauwelijks te verwachten.

Als voor de keuze tussen 2a of 2b doorslaggevende argumenten ontbreken gaat de verzekeringsarts uit van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden (situatie 2a)

#### *Toelichting bij stap 2a*

In een deel van de gevallen is zonder meer duidelijk dat er een redelijke of goede verwachting bestaat ten aanzien van verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar. Hetzij spontaan, hetzij met hulp van een – zo nodig nog op te starten – behandeling. In dat geval kan de verzekeringsarts meteen concluderen dat de functionele invaliditeit niet duurzaam is.





### *Toelichting bij stap 2b*

Als er geen redelijke of goede verwachting op verlaging van de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar bestaat, gaat de verzekeringsarts na of verlaging van de functionele invaliditeit niet of nauwelijks is te verwachten.

Dat is het geval bij een stabiel ziektebeeld, waarbij van een eventuele behandeling slechts een beperkt resultaat verwacht kan worden. Dit laatste moet altijd op grond van de individuele situatie door de verzekeringsarts worden beoordeeld. Uitgangspunt is echter dat een op de actuele stand van de medische wetenschap gebaseerde behandeling, die niet louter is gericht op stabilisatie, in beginsel de verwachting rechtvaardigt van een redelijke of goede verlaging van de functionele invaliditeit. Als de verzekeringsarts van mening is dat dit niet het geval is, moet hij dit standpunt, op basis van de individuele situatie van cliënt, onderbouwen. Ook bij deze afweging mogen cliëntgebonden factoren die verbetering van de belastbaarheid in de weg staan niet worden meegewogen, tenzij er een rechtstreekse samenhang is met het ziekteproces. Als een behandeling uitsluitend is gericht op stabilisatie betekent dit niet altijd dat verlaging van de functionele invaliditeit is uitgesloten.

Het succes van een behandeling is mede afhankelijk van cliëntgebonden factoren. Cliëntgebonden factoren kunnen een behandeling een zekere 'meerwaarde' geven. Een behandeling kan voor de cliënt een basis vormen om, na het beëindigen van de behandeling, op eigen kracht de belastbaarheid verder te verbeteren. Dit zal echter slechts zelden het geval zijn. Daarom concludeert de verzekeringsarts in dergelijke situaties dat verlaging van de functionele invaliditeit niet of nauwelijks is te verwachten.

### *Toelichting keuze 2a of 2b:*

Niet altijd zal de verzekeringsarts doorslaggevende argumenten hebben om voor één van beide situaties te kiezen. De verwachting is dat de verzekeringsarts nogal eens een discrepantie zal ervaren tussen enerzijds de 'theoretische' prognose (met als uitgangspunt ziektebeeld en behandel mogelijkheden) en anderzijds de verwachting die hij heeft op grond van zijn beeld van de cliënt. De verzekeringsarts zal in dat geval van de meest gunstige verwachting uitgaan, om het herstelgedrag zoveel mogelijk te stimuleren en te voorkomen dat belemmeringen te makkelijk dan wel te snel als duurzame functionele invaliditeit wordt geëtiketteerd.

### **Stap 3**

Als in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks verbetering van de functionele invaliditeit kan worden verwacht (situatie 2b is van toepassing) beoordeelt de verzekeringsarts of en zo ja in hoeverre die na het eerstkomende jaar tot 3 jaar na de beoordeling nog kan worden verwacht. Ook nu zijn er twee mogelijkheden:

- a. Er is een redelijke of goede verwachting dat verbetering van de functionele invaliditeit zal optreden; dit is alleen het geval als van een behandeling vaststaat dat die eerst op langere termijn kan zijn gericht op verbetering van de belastbaarheid;
- b. Verbetering van de belastbaarheid is niet of nauwelijks te verwachten: alle overige gevallen.

### *Toelichting bij stap 3*

De betrouwbaarheid van een medisch oordeel over de te verwachten ontwikkeling van een ziektebeeld neemt af naarmate de termijn waarover deze uitspraak wordt gedaan langer is. Alleen wanneer de periode kort is kan een dergelijke uitspraak met een redelijke betrouwbaarheid worden gedaan. Verzekeringsartsen moeten zich uitspreken over de functionele invaliditeit als afgeleide van de aard en de ernst van het ziektebeeld. Daarbij leggen niet-medische factoren veelal extra gewicht in de schaal. Uitspraken over de ontwikkeling van de functionele invaliditeit die een langere termijn beslaan zijn vaak onvoldoende betrouwbaar.

Het is dan ook niet goed mogelijk om een onderscheid te maken tussen een te verwachten verlaging van de functionele invaliditeit in en na het eerstkomende jaar (vanaf het moment van beoordeling). Daarnaast zal de functionele invaliditeit over het algemeen minder afnemen naarmate de tijd voortschrijdt.

Daarom wordt uitgegaan van het volgende uitgangspunt: als de functionele invaliditeit in het eerstkomende jaar niet of nauwelijks zal afnemen, mag er in beginsel vanuit worden gegaan dat dit ook in de periode daarna niet zal gebeuren, tenzij...zeer sterke argumenten aanwezig zijn die het zeer aannemelijk maken dat de medische situatie/ de functionele beperkingen het komend jaar nog in zeer aanzienlijke mate zullen wijzigen (zie toelichting schema bijlage 1B).

Er moet dus een goede reden zijn hiervan af te wijken. Dat is het geval wanneer op grond van kennis en ervaring vaststaat dat een behandeling, gegeven de aard of de complexiteit van het ziektebeeld, pas na langere tijd tot verlaging van de functionele invaliditeit kan leiden. Zoals al eerder beschreven





kan dit het geval zijn bij psychische aandoeningen. Daarom is bij deze aandoeningen de eis van minimaal twee jaar adequate behandeling ingebouwd.

## **Begrippen:**

### ***Progressief ziektebeeld***

Een progressief ziektebeeld is een ziektebeeld waarvan de ernst van de verschijnselen toeneemt. Verschijnselen in termen van anatomisch defect of fysiologische schade. Er is ook sprake van een progressief ziektebeeld als het ziektebeeld enige tijd, al dan niet dankzij behandeling, stil kan staan of in ieder geval in de ernst van zijn uitingen stil kan staan.

### ***Behandeling***

Onder behandeling wordt verstaan een al lopende of nog te starten evidence based medische behandeling of een anderszins in de reguliere gezondheidszorg gebruikelijke behandeling.

Verder gaat het erom of van een behandeling in het algemeen (enig) resultaat mag worden verwacht, gelet op de diagnose en los van cliëntgebonden factoren.

### ***Aard en doel van de behandeling***

Voor een beoordeling van het mogelijke resultaat van een behandeling kan het nuttig zijn het volgende onderscheid te maken:

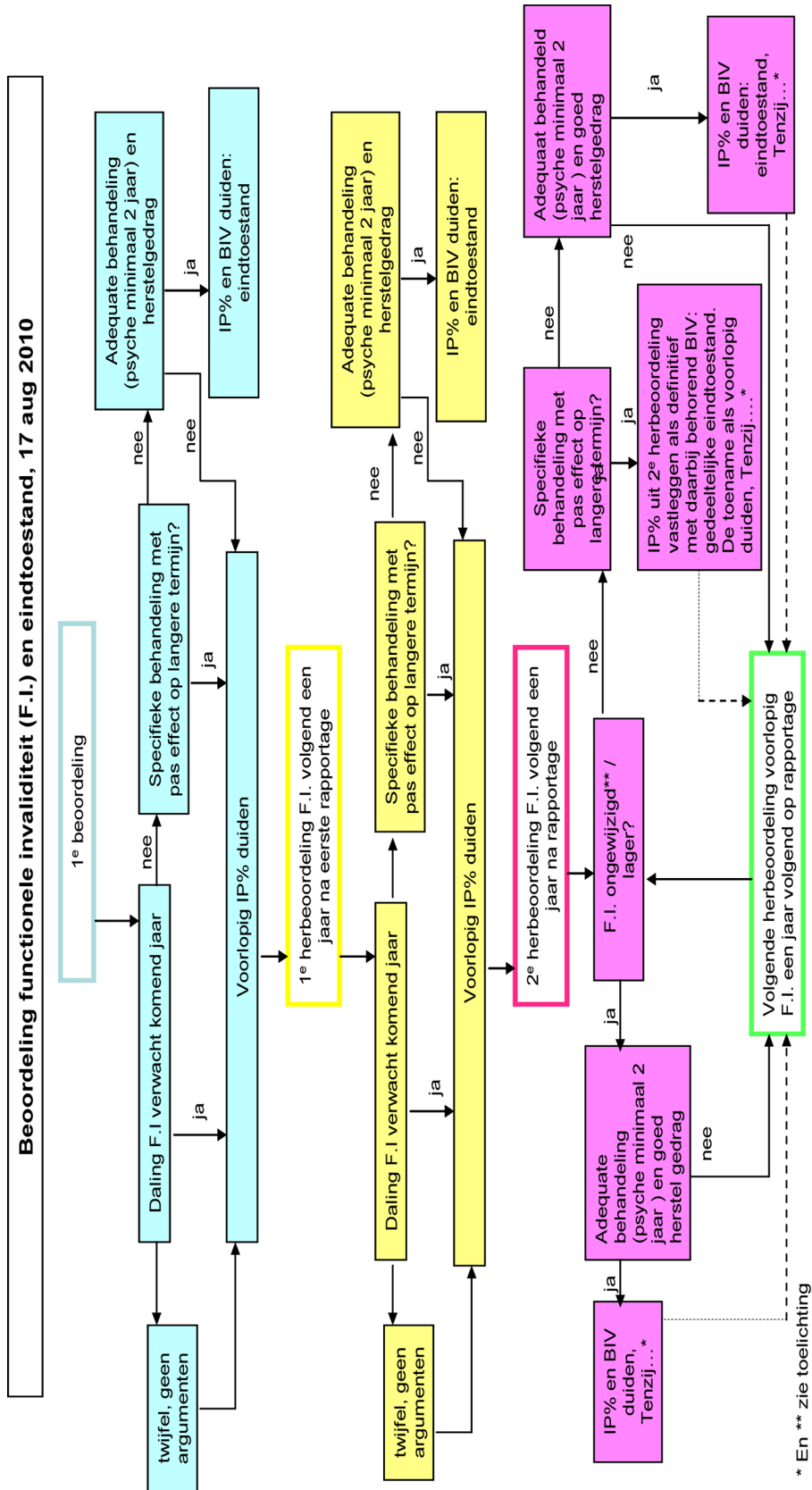
1. Behandelingen gericht op genezing. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is altijd sprake van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden.
2. Behandelingen gericht op revalidatie. Dergelijke behandelingen zijn ofwel gericht op toename van mogelijkheden, ofwel op compensatie van verloren gegane mogelijkheden. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is meestal sprake van een redelijke of goede verwachting dat verlaging van de functionele invaliditeit zal optreden, soms echter pas op de langere termijn.
3. Behandelingen gericht op stabilisatie. Dergelijke behandelingen zijn gericht op behoud van mogelijkheden. Wanneer een dergelijke behandeling plaatsvindt is verlaging van de functionele invaliditeit niet of nauwelijks te verwachten.

### ***Cliëntgebonden factoren***

Onder cliëntgebonden factoren worden al die factoren verstaan die niet met het ziekteproces als zodanig te maken hebben maar wel van invloed (kunnen) zijn op de functionele invaliditeit van cliënt. Daarbij gaat het in ieder geval om de volgende aspecten:

- eigenschappen van cliënt in de zin van copingmechanismen;
- activiteiten van cliënt in de zin van herstelgedrag;
- de reactie van cliënt op omgevingsfactoren.

**BIJLAGE 1B**



## Toelichting bij schema

\* **IP% duiden en BIV tenzij...**...Zeer sterke argumenten aanwezig zijn die het zeer aannemelijk maken dat de medische situatie / de functionele beperkingen het komend jaar nog in zeer aanzienlijke mate zullen wijzigen

**\*\* definitie ongewijzigde / stabiel F.I.**

De Functionele invaliditeit is stabiel als het invaliditeitspercentage tussen de vorige en huidige beoordeling binnen een bandbreedte blijft van relatief 20%. Het vorige percentage geldt als peilpunt.

**Uitwerking**

	vorig%	2 <sup>e</sup> herbeoordeling	vorig	2 <sup>e</sup> herbeoordeling
	100%	100%	50%	60%
	90	100	40	48 (45)
	80	96 (95)	30	36 (35)
	70	84 (80)	20	24 (20)
	60	72 (70)	10	12 (10)

**Voorbeeld:** Bekend met IP% van 60%. Bij 2<sup>e</sup> herbeoordeling IP% van 70%. Dit valt binnen de bandbreedte, dus stabiliteit. Betrokkene krijgt IP% van 70% en BIV. Alleen de bovengrens is relevant. Bij daling percentage bij de tweede herbeoordeling wordt in principe uitgegaan van stabiliteit / eindsituatie tenzij....



## TOELICHTING

### Artikel I onderdeel A

Bij ministeriële regeling van 27 juni 2008, Stcrt. 2009, 11661 zijn ter nadere invulling van de War Pensions Committee-schaal (WPC-schaal) het protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen (WIA/IP Protocol), het protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met een posttraumatische stress stoornis (PTSS Protocol) en het protocol voor de beoordeling van arbeidsongeschiktheid, dienstverband en invaliditeit bij militairen met medical unexplained physical symptoms/lichamelijk onverklaarde chronische klachten na uitzending (MUPS/LOK Protocol) ingevoerd.

In de toelichting op de overgangsregeling, neergelegd in artikel 2 van genoemde ministeriële regeling, is aangegeven aan dat met een 'medische eindsituatie' een 'medisch stabiele situatie' wordt bedoeld. Uit de uitvoeringspraktijk is gebleken, dat het begrip 'medisch stabiele situatie' niet voldoende duidelijk is en teveel interpretatie ruimte biedt. Om die reden wordt met deze wijziging van de onderhavige ministeriële regeling de richtlijn Medische eindtoestand / Duurzame functionele invaliditeit ingevoerd. Naast een betere procedurele aansturing van de invaliditeitsbeoordelingen, beoogt deze richtlijn nadere invulling te geven aan de zorggedachte van het Zorgloket voor Militaire oorlogs- en Dienstslachtoffers. De richtlijn voorziet in jaarlijkse beoordelingen (in plaats van om de drie of 5 jaar) en het daardoor veel eerder bereiken van een 'medische eindtoestand'. In het begin van het beoordelingsproces zal de nadruk liggen op begeleiding / coaching / toetsing behandeling en voorlichting. Bij de tweede of derde herbeoordeling, dus meestal binnen drie jaar kan de eindtoestand worden aangenomen. Het langdurig verrichten van herbeoordelingen, wat als ziekte onderhoudend wordt gezien, is niet meer nodig. Het stellen van de 'medische eindtoestand' betekent feitelijk dat de militair een start kan maken met zijn nieuwe leven. Uiteraard blijft het Zorgloket voor Militaire oorlogs- en Dienstslachtoffers op de achtergrond altijd beschikbaar om aanvullende zorg te bieden.

### Artikel I onderdeel B

Bij de invoering van de hierboven genoemde protocollen is in artikel 2 van de ministeriële regeling een overgangsbepaling opgenomen. Als hoofdregel geldt, dat indien een herkeuring na de invoeringsdatum van de protocollen leidt tot een lager invaliditeitspercentage het oorspronkelijk vastgestelde invaliditeitspercentage van kracht blijft. Deze uitzondering geldt niet bij herkeuringen in de situatie dat sprake is van een voorlopig vastgesteld invaliditeitspercentage. Een voorlopig percentage wordt gegeven als de verzekeringsarts meent dat nog verbetering in de dan bestaande situatie kan optreden. Voor deze groep met een voorlopig percentage geldt dat als bij de herbeoordeling volgens de nieuwe protocollen het invaliditeitspercentage lager uitvalt dan bij de eerste beoordeling dit lagere percentage van toepassing wordt. In de praktijk is daar ruimer mee omgegaan door pas tot doorvoering van dit lagere invaliditeitspercentage over te gaan bij het bereiken van een medische eindtoestand. De groep invaliditeitsgepensioneerden met een voorlopig invaliditeitspercentage blijkt veel groter dan bij de invoering van de protocollen was voorzien. In deze groep zit een aanzienlijk aantal met een al vele jaren voorlopig, maar wel vrij stabiel, invaliditeitspercentage. Deze groep dreigt bij het bereiken van de eindtoestand, na al die jaren, een substantieel percentage te verliezen. Voor deze groep is in dit nieuwe vierde lid van artikel 2 een aanvullende overgangsregeling opgenomen.

Het betreft de invaliditeitsgepensioneerden die voor de invoeringsdatum van de nieuwe protocollen, i.c. 1 juli 2008, een eerste en één om meer herbeoordelingen hebben ondergaan en voor wie na genoemde datum nog geen medische eindsituatie is aangenomen. Indien het invaliditeitspercentage binnen een relatieve bandbreedte van 20 procent stabiel is, wordt het voorlopig invaliditeitspercentage omgezet in een definitief percentage. De met artikel I onderdeel A ingevoerde richtlijn Medische eindtoestand / Duurzame functionele invaliditeit is hierbij richtinggevend. Deze omzetting gebeurt schriftelijk, met als ijkpunt de geplande datum van herbeoordeling. Herbeoordelingen hoeven dan en ook later niet meer plaats te vinden. Als nog niet eerder een herbeoordeling volgens de nieuwe protocollen heeft plaatsgevonden kan de medische eindtoestand worden aangenomen per datum beslissing geplande herbeoordeling. Heeft al wel eerder een herbeoordeling volgens de nieuwe protocollen plaatsgevonden, zonder dat sprake is van een medische eindsituatie, dan wordt deze laatste beslissing teruggedraaid en per gelijke datum een eindtoestand aangenomen met een definitief invaliditeitspercentage. In situaties waarbij deze regeling niet voldoende houvast biedt dient maatwerk te worden geleverd. Voorop moet staan dat een ieder zo snel en verantwoord mogelijk een blijvend invaliditeitspercentage krijgt. Dit biedt rechtszekerheid aan betrokkene omdat het blijvend percentage



---

niet meer kan dalen. Daarnaast hoeft betrokkene geen herbeoordelingen meer te ondergaan en 'kan verder met zijn leven'.

*De Minister van Defensie,  
J.S.J. Hillen.*