

Artikelen

| 2 | Tuchtrectelijke aspecten van medische beoordelingen

prof.mr. A.C. Hendriks¹

1 Inleiding

Een medische beoordeling vindt in de regel plaats door een medisch adviseur. Hoewel iedereen zich medisch adviseur mag noemen (geen beschermde titel) en medisch adviseurs zowel optreden als onpartijdig als partijdig deskundige, wordt deze functie in de regel uitgevoerd door een arts. Het voeren van de titel van arts is alleen toegestaan indien de betrokkene staat ingeschreven in het zogeheten BIG-register (**art. 4 Wet BIG**). Dit recht brengt mee dat de betrokkene is onderworpen aan het publiekrechtelijke stelsel van tuchtrechtspraak (**art. 47 Wet BIG**), naast eventuele verenigingsrechtelijke tuchtrechtspraak. Dat biedt alle betrokkenen waarborgen. Deze waarborgen gelden ook als een medische beoordeling wordt uitgevoerd door een andere zogeheten **art. 3 Wet BIG** beroepsbeoefenaar, zoals een fysiotherapeut of gezondheidszorgpsycholoog.

Ten behoeve van dit jaarcongres heb ik de tuchtrectelijke jurisprudentie over de periode 2014 tot eind 2016 bestudeerd. Dat wil zeggen, ik heb gekeken naar alle uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg en de regionale tuchtcolleges voor de gezondheidszorg over die periode die zijn gepubliceerd op de website van de tuchtcolleges (<http://tucht-recht.overheid.nl>). Omdat dit een kleine 3.000 uitspraken betrof, heb ik daarbij geselecteerd op de termen 'adviseur', 'letselschade' of 'deskundigenadvies'. Dat leidde in totaal tot een kleine 200 uitspraken, die ik ten behoeve van deze voordracht heb geanalyseerd. De meeste van deze zaken hadden betrekking op artsen; slechts een enkele keer was de klacht gericht tegen een andere **art. 3 Wet BIG** beroepsbeoefenaar. Daarom zal ik hierna veelal spreken over 'arts'. Ook gebruik ik de term 'medisch adviseur', ook voor situaties waarin de betrokkene zich niet officieel als zodanig afficheert.

Ik heb gekeken naar de lessen die uit deze tuchtrectelijk uitspraken kunnen worden getrokken voor medisch adviseurs in geval van een medische beoordeling bij een letselschadezaak. Daaronder versta ik een beoordeling van het medisch causaal verband tussen een schadeveroorzakende gebeurtenis en het letsel bij een persoon. Daarbij moet ik aantekenen dat het aantal tuchtzaken tegen medisch adviseurs betrokken bij dergelijke zaken zeer beperkt is – en voor zover sprake is van een dergelijke zaak, nadere studie vaak leert dat er dan vragen aan de orde komen die weinig te maken hebben met de medische beoordeling. Tegelijkertijd zien we dat de tuchtcolleges niet echt onderscheid maken tussen een beoordeling door een medisch adviseur of een arts die zich bedient van een andere functieaanduiding, en dat de context van de beoordeling er evenmin veel toe doet. Ik heb voor deze bijdrage daarom de vrijheid genomen naast pure letselschadezaken – en dan hebben we het over een paar handjes vol – ook te kijken naar beoordelingen in het kader van arbeidsongeschiktheid, medische bezwaren tegen uitwijzing van een afgewezen asielzoeker naar het land van herkomst en andere beoordelingen door artsen met soms vergaande gevolgen voor de betrokkenen.

Hoewel de ene beoordeling de andere niet is, en er ook verschillen zijn tussen een advies en een deskundigenrapport, maak ik daartussen in het navolgende geen onderscheid. In 2009 heeft het CTG immers geoordeeld dat iedere beoordeling, dus inclusief een advies, heeft te voldoen aan de in de jurisprudentie van het CTG ontwikkelde eisen voor een rapportage² (hierna: tuchtrectelijke kwaliteitseisen) – waarop ik hierna uitvoerig inga. Die eisen gelden ook voor een medisch adviseur die door een collega medisch adviseur wordt gevraagd de kwaliteit van een deskundigenrapport te beoordelen vanuit zijn specifieke deskundigheid.³ Ook uit latere tuchtrectsprak valt op te maken dat een advies gegeven op basis

¹ Aart Hendriks als hoogleraar gezondheidsrecht verbonden aan de Universiteit Leiden. Hij is daarnaast onder meer voorzitter van de Raad van Advies van de WAA. Deze bijdrage vormt een bewerking van de voordracht gehouden op het WAA-Jaarcongres van 25 november 2016.

² CTG 14 februari 2009, nr. 2007/367 en nr. 2007/368, **Stcr.** 2009, 46.

³ CTG 13 januari 2015, nr. C2013/033, **ECLI:NL:TGZCTG:2015:1**.

van zijn specifieke deskundigheid als een deskundigen-rapport moet worden aangemerkt, waarop de tuchtrechtelijke kwaliteitseisen integraal van toepassing zijn.⁴

Maar voordat ik mijn bevindingen hier wil presenteren, mede gebaseerd op enkele uitspraken van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM), leek het me goed om een korte toelichting te geven op het in de Wet BIG neergelegde systeem van tuchtrecht voor de gezondheidszorg.

2 Tuchtrecht

Algemeen

Tuchtrecht is vanouds een vorm van rechtspraak voor een specifieke groep vrije beroepsbeoefenaren waarbij een daartoe ingestelde instantie ('tuchtrechter') de bevoegdheid toekomt te oordelen over het professioneel handelen van de individuele leden van die beroepsgroep.⁵ Het doel van het tuchtrecht is het bewaken van de kwaliteit van het professioneel handelen van de beroepsgenoten.⁶ In het verlengde daarvan kan de tuchtrechter, veelal (mede)bestaand uit beroepsgenoten, 'opvoedende, en zo nodig bestraffende maatregelen'⁷ opleggen aan beroepsgenoten die de normen van de beroepsgroep hebben geschonden. Dit alles geldt ook voor het tuchtrecht in de gezondheidszorg.

Voor zover bekend was in 1903 de toenmalige Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), sinds 1949 koninklijk en aldus KNMG, de eerste beroepsorganisatie op het terrein van de gezondheidszorg die een vorm van tuchtrecht introduceerde. Deze vorm van verenigingstuchtrecht bestaat tot op de dag van vandaag.⁸ Omdat slechts artsen (aanvankelijk: 'geneeskundigen') die lid waren van de NMG onder dit tuchtrecht vielen en alleen artsen klachtgerechtigd waren, besloot de wetgever dat er een algemene vorm van tuchtrecht moest komen waar alle artsen onder vielen.

De wetgever vond het daarnaast wenselijk dat ook andere (para)medische beroepsbeoefenaren onder het tuchtrecht zouden vallen en dat er meer klachtgerechtigden waren dan beroepsgenoten alleen. Dat resulteerde in 1928 in de Medische Tuchtwet (MTW),⁹ een wet die ook van toepassing werd verklaard op verloskundigen, tandartsen en apothekers.

De MTW is in 1997 opgegaan in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).¹⁰ De Wet BIG bevat een apart hoofdstuk (Hoofdstuk VII) over tuchtrechtspraak. Met de invoering van de Wet BIG zijn enkele wijzigingen in het systeem van het tuchtrecht doorgevoerd, waaronder een uitbreiding van de personele doelgroep van het tuchtrecht, wijzigingen ten aanzien van de samenstelling van de tuchtcolleges en veranderingen die samenhangen met de eisen van art. 6 lid 1 EVRM (recht op een eerlijk proces).¹¹ Het doel van het tuchtrecht bleef in grote lijnen evenwel onveranderd: het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, meer in het bijzonder de individuele gezondheidszorg zoals verleend door een limitatief aantal beroepsbeoefenaren, en het kunnen nemen van maatregelen tegen hen die de kwaliteitsnormen hebben overtreden.

Aangeklaagden en klagers

Alle beroepsgenoten die staan ingeschreven in het BIG-register (art. 3 Wet BIG) vallen onder het tuchtrecht voor de gezondheidszorg. Momenteel kunnen aldus tuchtklachten worden ingediend tegen artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidspsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen (art. 47 lid 2 Wet BIG). Daarnaast kunnen tuchtklachten worden ingediend tegen beroepsgenoten met een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid op grond van art. 36a Wet BIG, thans physician assistants, verpleegkundig specialisten en klinisch technologen, al kunnen tegen deze beroepsgenoten niet alle tuchtrechtelijke maatregelen worden opgelegd wegens het ontbreken van registratie in het BIG-register.¹²

⁴ RTG Zwolle 3 april 2015, nr. 105/2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:36.

⁵ Vroeger werd dit veelal aangemerkt als het schenden van de 'eer van de stand' of het 'ondermijnen van het vertrouwen' in de beroepsgroep.

⁶ Zie ook de verschillende bijdragen aan de special van Ars Aequi 2016 (nr. 6/7), p. 489-572.

⁷ C.J.J.C. Arnouts, M.F. Mooibroek & J.G. Geertsma, 'Het primaat van het tuchtrecht', WPNR 2016, p. 711-721.

⁸ <https://www.knmg.nl/over-knmg/wat/raad-tuchtrechtspraak.htm>

⁹ Stb. 1928, 222.

¹⁰ De Wet BIG (Stb. 1993, 665) is sinds 1995 gefaseerd ingevoerd. Sinds 1997 is de Wet BIG vrijwel geheel in werking getreden, zij het dat de wet sindsdien diverse wijzigingen heeft ondergaan.

¹¹ Uit de rechtspraak van het EHRM komt onomwonden naar voren dat art. 6 lid 1 EVRM van toepassing is op tuchtrechtelijke procedures. Zie reeds EHRM 23 juni 1981, *Le Compte, Van Leuven & De Meyere t. België*, nr. 6878/75 & 7238/75, NJ 1982/602. Deze uitspraak volgde nadat het EHRM reeds had uitgemaakt dat het recht om een kliniek te exploiteren en het recht om een medisch beroep uit te oefenen een 'burgerlijk recht' zijn in de zin van art. 6 lid 1 EVRM. EHRM 28 juni 1978, *König t. Duitsland*, nr. 6232/73, NJ 1980/54.

¹² Eind december 2016 heeft de minister van VWS twee wetsvoorstellen naar de Tweede Kamer gestuurd die voorzien in een aanpassing van dit systeem, in de zin dat de PA's onder art. 3 Wet BIG gaan vallen en dat er naast het BIG-register een tijdelijk register komt. Zie *Kamerstukken II 2016/17, 34630*, nr. 1-3 (Wet PA's en VS's) en *Kamerstukken II 2016/17, 34692*, nr. 1-3 (Wet verbeteren tuchtrecht en functioneren wet).

Wie kunnen klagen? Tuchtklachten kunnen worden ingediend door een rechtstreeks betrokkene (veelal de patiënt, maar ook diens vertegenwoordiger of nabestaande), degene die een opdracht heeft gegeven aan degene over wie wordt geklaagd (bijv. een functioneel leidinggevende), de werkgever van de beroepsgenoot en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (art. 65 lid 1 BW). In het tuchtrecht voor de gezondheidszorg bestaat geen verplichting tot procesvertegenwoordiging (art. 65 lid 9 Wet BIG).

Tuchtcolleges, tuchtnormen en maatregelen

Waar kan worden geklaagd? Een tuchtprocedure begint met het indienen van een schriftelijke klacht door een klachtgerechtigde. Zo'n klaagschrift moet worden ingediend binnen tien jaar na het voorval waarover wordt geklaagd. Zo'n klacht dient te worden gezonden naar een van de vijf regionale tuchtcolleges, gevestigd in Groningen, Zwolle, Amsterdam, Den Haag en Eindhoven. Het tuchtcollege kan in de fase van het vooronderzoek bezien of een minnelijke schikking mogelijk is. Indien dat niet het geval is buigt een college bestaande uit juristen en (in meerderheid) beroepsgenoten zich over de klacht. Het college kan de klacht in raadkamer of na een openbare zitting afdoen.

Bij de beoordeling van klachten geldt dat het tuchtcollege de kwaliteit van het professioneel handelen van de aangeklaagde aan twee normen kan toetsen: is sprake geweest van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die de aangeklaagde in zijn hoedanigheid behoorde te betrachten (eerste tuchtnorm, art. 47 lid 1 onder a Wet BIG), of is sprake geweest van enig ander handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg' (tweede tuchtnorm, art. 47 lid 1 onder b Wet BIG). Deze tweede tuchtnorm is altijd bedoeld geweest als een soort 'restnorm' die de mogelijkheid biedt vormen van handelen en nalaten te toetsen die niet vallen onder de eerste tuchtnorm (art. 47 lid 1 onder a Wet BIG) te toetsen.

Indien het tuchtcollege tot het oordeel komt dat een klager niet-ontvankelijk is of zijn klacht kennelijk ongegrond, behandelt het tuchtcollege de klacht in raadkamer. Alle andere klachten behandelt het tuchtcollege op een in beginsel openbare zitting. In beide gevallen volgt een schriftelijke, gemotiveerde eindbeslissing. Indien het tuchtcollege de klacht gegrond verklaart, legt het een

maatregel op (art. 69 lid 2 Wet BIG).¹³ Die maatregel is voorlopig zolang de periode dat partijen in beroep kunnen gaan nog niet is verstreken. Een klager kan alleen in beroep gaan voor zover zijn klacht is afgewezen of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard; de aangeklaagde kan altijd in beroep gaan. Uitspraken van het CTG, dat in meerderheid uit juristen bestaat en in minderheid uit beroepsgenoten, zijn daarentegen gelijk definitief. Tegen uitspraken van het CTG staat geen rechtsmiddel open, behoudens cassatie in het belang van de wet (art. 75 Wet BIG).

Welke maatregelen kunnen tuchtcolleges nu opleggen? De maatregelen, bedoeld om uitdrukking te geven aan de mate van laakbaarheid van het handelen waarover is geklaagd en de noodzaak om de beroepsuitoefening eventueel tijdelijk of blijvend te beperken, variëren van een waarschuwing; berisping; geldboete (van ten hoogste 4500 euro); (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor ten hoogste een jaar; gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen; tot een doorhaling van de inschrijving in het register (art. 48 lid 1 Wet BIG). De eerste drie maatregelen hebben geen consequenties voor de beroepsuitoefening, een schorsing, ontzegging en doorhaling grijpen wel in op deze bevoegdheid. Al deze maatregelen, behoudens de waarschuwing, worden opgetekend in het voor iedereen inzichtelijke BIG-register. Ook wordt hiervan melding gemaakt in een regionale krant, onder vermelding van de volledige naam van de beroepsbeoefenaar en de 'aard van het vergrijp'. De IGZ krijgt van iedere uitspraak een afschrift.

3 Lessen uit de tuchtrechtspraak

Het is al lange tijd vaste rechtspraak dat ook artsen en andere beroepsbeoefenaren in de functie van medisch adviseur onder het tuchtrecht vallen, ook al is er dan doorgaans geen sprake van een arts-patiëntrelatie.¹⁴ Het doen van een beoordeling van de gezondheidstoestand van een persoon is echter wel een handeling op het gebied van de geneeskunst, aldus de Wet BIG (art. 1 Wet BIG). En daarmee valt het werk van medisch adviseurs, ook in letselschadezaken, rechtstreeks onder het bereik van de tuchtrechtelijke normen, gesteld dat de betrokkene BIG-geregistreerd is. En anders valt het handelen van de arts die een beoordeling uitvoert wel onder de zojuist genoemde tweede tuchtnorm.¹⁵ Hoewel de

¹³ In de praktijk gaan de tuchtcolleges soms over tot het gegrond verklaren van de klacht zonder oplegging van een maatregel, bijvoorbeeld vanwege de geringe ernst van het vergrijp of omdat de betrokkene anderszins al genoegzaam is beboet. Officieel is dat niet conform de wet, maar dit zal in de nabije toekomst waarschijnlijk veranderen.

¹⁴ RTG 's-Gravenhage 19 januari 2016, nr. 2014/322, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:164 en RTC Eindhoven 18 mei 2016, nr. 15105, ECLI:NL:TGZ-REIN:2016:41.

¹⁵ CTG 8 april 2014, nr. C2013/001, Stcrt. 2014; 10638, ECLI:NL:TGZCTG:2014:119 en CTG 19 januari 2016, nr. C2014/3221, ECLI:NL:TGZCTG:2015:173.

tweede tuchtnorm eigenlijk voor andere situaties is bedoeld (het is een 'restnorm') is het resultaat met betrekking tot de ontvankelijkheid hetzelfde: een arts of andere BIG-geregistreerde die een medische beoordeling uitvoert valt onder het tuchtrecht.

3.1 Algemene eisen aan medische beoordeling

De arts of andere beroepsbeoefenaar die een medische beoordeling uitvoert moet handelen volgens de voor hem geldende professionele standaard. Daarnaast dient het rapport (en het daaraan ten grondslag liggende onderzoek) anderszins te voldoen aan een aantal algemene (kwaliteits)eisen. Dat geldt *a fortiori* voor medisch adviseurs die het bestaan van causaal verband tussen een schadeveroorzakende gebeurtenis en letsel moeten beoordelen.¹⁶ Dit geldt wellicht temeer daar deze adviseurs vaak optreden namens een van beide betrokken partijen, te weten het slachtoffer of (de verzekeraar van) degene die verantwoordelijk wordt gehouden voor de schadeveroorzakende gebeurtenis. Dergelijke medisch adviseurs zijn aldus enerzijds 'partijdig' maar moeten hun functie niettemin altijd als onafhankelijke deskundige uitvoeren.¹⁷ Daarnaast geldt dat bij een medische beoordeling niet de gezondheid van het slachtoffer voorop staat, maar de advisering plaatsvindt met het oog op financiële belangen. Dat is, aldus Wilken, reden te meer waarom een heldere professionele standaard voor medisch adviseurs zo belangrijk is.¹⁸

Wetten en richtlijnen

Aan welke wetten en richtlijnen¹⁹ refereren de tuchtrechters nu in zaken tegen medisch adviseur? Uit mijn onderzoek komt naar voren dat de tuchtrechter qua wetgeving bovenal verwijst naar de **Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo)** en de **Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)**. Verwijzingen naar andere wetten zijn zeer spaarzaam.

Wat betreft door de beroepsgroep geformuleerde standaarden ontstaat een diverser beeld. Afhankelijk van de situatie verwijst de tuchtrechter naar de **Gedragsregels voor artsen** of bijvoorbeeld de **Beroepscode voor psychologen**, de **Medische paragraaf bij de Gedragscode behandeling letselschade (GBL)**, de **Beroepscode GAV / WAA**, de **Richt-**

lijn Medisch Specialistische Rapportage (2008), het **Protocol medische advisering (2013 – inmiddels 2016)** of de **KNMG-Richtlijn omgaan met medische gegevens (2016)**.

Onafhankelijkheid

Zoals gezegd kan de medisch adviseur in een spagaat komen te verkeren. Soms is hij partijdig deskundige, maar als beroepsbeoefenaar gebonden aan een professionele standaard wordt van hem altijd een grote mate van onafhankelijkheid en onpartijdigheid verwacht. Over de dilemma's die dat met zich kan brengen zijn mij slechts twee uitspraken bekend over de afgelopen drie jaar.

De eerste zaak betrof een klacht tegen een arts die had opgetreden op een congres van een medisch adviesbureau. Daardoor zou sprake zijn geweest van belangenverstrengeling c.q. een gebrek aan onafhankelijkheid. Het RTG verwierp die klacht. Een incidenteel optreden voor een bureau leidt volgens het RTG niet tot de schijn van belangenverstrengeling. Daar kwam bij dat het congres was georganiseerd door een bureau dat optrad voor verzekeraars en een bureau dat optrad voor slachtoffers.²⁰

De tweede zaak betrof een beoordeling door een klinisch geriater, in opdracht van een rechtsbijstandsverzekeraar, van het handelen van een behandelend klinisch geriater. De klager had duidelijk geen vertrouwen in de beoordelend klinisch geriater en weigerde daarom een machtiging te verlenen opdat de aangeklaagde een afschrift van het gehele medisch dossier zou kunnen inzien. Dit had waarschijnlijk te maken met het feit dat de beoordelend klinisch geriater en de klinisch geriater die onderwerp van beoordeling uitmaakte eerder, samen met drie anderen, een artikel hadden geschreven. De aangeklaagde klinisch geriater kon aannemelijk maken dat hij enkel vanwege zijn specifieke farmacologische expertise aan deze publicatie had bijgedragen, dat de contacten met de medeauteurs alleen per e-mail hadden plaatsgevonden en dat dit inmiddels vijf jaar geleden was. Het RTG neemt hiermee genoegen en meent dat er aldus geen sprake was van belangenverstrengeling, al noemt het het niet fraai dat de aangeklaagde arts dit niet had gemeld bij de opdrachtgever.²¹

¹⁶ RTG Zwolle 13 mei 2016, nr. 108/2015, **ECLI:NL:TGZRZWO:2016:54**.

¹⁷ A. Wilken, **Het medisch beoordelingstraject bij letselschade: Verslag van een juridisch handelingsonderzoek** (diss. VU Amsterdam), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2015, p. 130.

¹⁸ Idem, p. 133.

¹⁹ De term richtlijn vat ik op als algemene term ter aanduiding van door de beroepsgroep geformuleerde standaarden, inclusief handreikingen, protocollen etc.

²⁰ RTG Eindhoven 18 mei 2016, nr. 15105, **ECLI:NL:TGZREIN:2016:41**.

²¹ RTG Zwolle 4 november 2016, nr. 023/2016, **ECLI:NL:TGZRZWO:2016:111**.

Vertrouwelijk

Een andere algemene eis is, dat de medisch adviseur die een medische beoordeling uitvoert zich bewust moet zijn dat de informatie die in de rapportage wordt vermeld van vertrouwelijke aard is. Zie ook de **KNMG-Richtlijn omgaan met medische gegevens (2016)**. In een zaak van een psycholoog oordeelde het CTG dat de beoordelaar ook expliciet in het rapport had moeten melden dat de daarin opgenomen informatie vertrouwelijk was, zulks in overeenstemming met de Beroepscode voor psychologen.²²

Tuchtrechtelijke kwaliteitseisen

De tuchtrechter heeft reeds in 2009 geoordeeld dat iedere deskundige rapportage, onder welke benaming ook uitgebracht, heeft te voldoen aan bepaalde eisen.²³ Deze tuchtrechtelijke kwaliteitseisen luiden sinds 2004 als volgt:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.²⁴

3.2 Uitwerking van tuchtrechtelijke kwaliteitseisen

Hoe legt de tuchtrechter deze eisen in de praktijk nu uit? Bij de inkleuring van deze eisen toetst de tuchtrechter allereerst aan de eerdergenoemde professionele standaard, waaronder de richtlijnen die door de beroeps-

groep zelf zijn geformuleerd.²⁵ Daarnaast heeft de tuchtrechter de vijf eerdergenoemde eisen in de tuchtrechtelijke jurisprudentie (enigszins) verduidelijkt.

1. Feiten en omstandigheden

Het is natuurlijk essentieel dat een rapport de juiste feiten en omstandigheden vermeldt.²⁶ Daartoe is het soms van groot belang dat de medisch adviseur de herkomst en de authenticiteit van de informatie controleert.²⁷ Het tuchtcollege verwacht van een arts die een medische beoordeling uitvoert dat hij in zijn rapport slechts feitelijke informatie opneemt en geen medische gegevens vermeldt, die onder zijn geheimhoudingsplicht vallen.²⁸ Ook dient de beoordelaar te streven naar volledigheid van informatie; het geven van een advies in de wetenschap dat bepaalde informatie nog niet is ontvangen en zonder dat te vermelden is tuchtrechtelijk verwijtbaar.²⁹ Daarnaast mag de medisch adviseur niet volstaan met het vermelden van belangrijke documenten, maar moet hij ook de inhoud daarvan beschrijven.³⁰

Een arts die als medisch adviseur een discrepantie constateert tussen de informatie die door de verschillende partijen is aangeleverd, zonder daaraan een waardeoordeel te verbinden, gaat zijn rol als medisch adviseur niet te buiten.³¹ Daarentegen moet de medisch adviseur zich onthouden van opmerkingen waarmee hij suggereert dat bepaalde informatie niet in overeenstemming is met de waarheid, in de zin van opzettelijk onjuist.³² Het niet noemen van de juiste feiten en omstandigheden rekent de tuchtrechter een arts daarentegen ernstig toe, zeker indien de feiten en omstandigheden de basis vormen van de conclusies.³³ Hetzelfde geldt voor het maken van suggestieve of grievende opmerkingen; dat hoort een arts die een medische beoordeling uitvoert na te laten.³⁴ Of, zoals het RTG Amsterdam het verwoordde: 'Een medisch adviseur dient zich in zakelijke bewoordingen uit te drukken, niet vooringenomen te zijn en voldoende respect te tonen voor de standpunten van de wederpartij en de rapporteurs die zich hebben uitgesproken ...'³⁵

²² CTG 16 december 2014, nr. C2014/159, **ECLI:NL:TGZCTG:2014:393**.

²³ CTG 14 februari 2009, nr. 2007/367 en nr. 2007/368, **Stcr.** 2009, 46.

²⁴ CTG 30 januari 2014, nr. C2012/100, **ECLI:NL:TGZCTG:2014:17**, *Stcr.* 2014, 3359, *MC* 2014, 1000 (m.nt. S. Broersen & A.C. Hendriks), *GJ* 2014, 65.

²⁵ RTG Zwolle 13 mei 2016, nr. 108/2015, **ECLI:NL:TGZRZWO:2016:54**.

²⁶ CTG 7 juni 2016, nr. C2015/319, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:208**, *Stcr.* 2016, 30960.

²⁷ RTG Amsterdam 20 oktober 2015, nr. 2014/310, **ECLI:NL:TGZRAMS:2015:90**.

²⁸ RTG Eindhoven 6 juni 2016, nr. 15197, **ECLI:NL:TGZREIN:2014:48**.

²⁹ CTG 27 maart 2014, nr. C2013/116, **ECLI:NL:TGZCTG:2014:111**.

³⁰ RTG Zwolle 7 juni 2012, nr. 183/2011, **ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG2104**.

³¹ RTG Eindhoven 4 december 2013, nr. 1379, **ECLI:TGZREIN:2013:52**.

³² CTG 20 januari 2015, nr. C2014/073, **ECLI:NL:TGZCTG:2015:28**.

³³ CTG 7 juni 2016, nr. C2015/319, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:208**, *Stcr.* 2016, 30960.

³⁴ CTG 1 december 2015, nr. C2015/050, **ECLI:NL:TGZCTG:2015:333** en CTG 20 januari 2015, nr. C2014/073, **ECLI:NL:TGZCTG:2015:28**.

³⁵ RTG Amsterdam 10 maart 2015, nr. 2014/300, **ECLI:NL:TGZRAMS:2015:35**.

2. *Onderzoeksmethode ter beantwoording vraag*

Het is van belang dat de medisch adviseur in de rapportage meldt welke vragen en eventuele aanvullende vragen aan hem zijn gesteld.³⁶ Wellicht vanzelfsprekend, maar het is dan van belang dat een arts zich bij een medische beoordeling houdt aan de voorgelegde vraag en de vraagstelling niet eenzijdig wijzigt.³⁷ Het is evenmin aan de medisch adviseur om de vraagstelling anders uit te leggen, laat staan de vraagstelling uit te breiden.³⁸ De door de opdrachtgever gegeven opdracht is leidend. Diezelfde opdrachtgever is wel verplicht erop te letten dat de vraagstelling 'gericht' is en dat slechts gevraagd wordt om feitelijke, relevante informatie. Een behandelaar die op basis van een te ruime vraagstelling of machtiging teveel of geen feitelijke, relevante informatie verstrekt, gaat tuchtrechtelijk niet vrijuit.³⁹

Vervolgens is het de verantwoordelijkheid van degene die de medische beoordeling uitvoert om te kiezen met welke onderzoeksmethode deze onderzoeksvragen worden beantwoord en welke bronnen en informanten hij daartoe raadpleegt. Daartoe hoort in voorkomende gevallen het toepassen van hoor- en wederhoor.⁴⁰ Hoor- en wederhoor is een manier om aan voldoende informatie te komen, aldus de tuchtrechter. Als een arts ervoor kiest een voor de hand liggende persoon niet in het onderzoek te betrekken, moet hij toelichten waarom hij die keuze heeft gemaakt.⁴¹ Het onderzoek dat door de arts wordt uitgevoerd moet ook voldoende zijn uitgediept om bepaalde conclusies te kunnen trekken.⁴²

3. *Inzichtelijk en consistent*

Inzichtelijkheid en consistentie zijn waarborgen met betrekking tot de verifieerbaarheid van een rapport. In dat kader verwacht de tuchtrechter van een medisch adviseur die naar aanleiding van commentaar zijn conceptrapport aanpast, dat hij duidelijk maakt waarom hij tot die nieuwe conclusies komt. Het RTG oordeelde dat een psychiater, die naar aanleiding van commentaar door de medisch adviseur van het CBR zijn rapport had aangepast, niet aan deze eis had voldaan. De psychiater had via 'eenvoudig knip- en plakwerk' zijn rapport aangepast en was tot geheel andere conclusies gekomen dan de eer-

ste versie van het rapport, zonder op inzichtelijke en consistente wijze uiteen te zetten waarop de conclusie van het rapport steunt.⁴³

Uit de tuchtrechtspraak blijkt ook dat een medische rapportage zich niet mag beperken tot algemeenheden, maar moet zijn toegespitst op de voorliggende situatie.⁴⁴ Ergo, de medisch adviseur moet de vragen daadwerkelijk beantwoorden.

Het is evenmin inzichtelijk en consistent indien een arts in procedures van bezwaar en beroep zijn oordeel bijstelt, in de zin dat hij in contacten met anderen aanstuurt op andere conclusies, zonder de redenen daarvoor helder uiteen te zetten.⁴⁵

4. *Bronnen en basis voor conclusies*

Het spreekt voor zich dat de feitelijke bevindingen van het door de medisch adviseur uitgevoerde onderzoek de conclusies van zijn beoordeling dienen te ondersteunen. De tuchtrechter is in de regel terughoudend met het toetsen van de relatie tussen feiten en conclusies. Dit geldt ook met betrekking tot het onderzoeken of er sprake is van causaal verband tussen bijvoorbeeld een ongeval en letsel. Toch oordeelt de tuchtrechter soms dat de medisch adviseur op basis van de beschikbare feiten niet heeft kunnen oordelen dat sprake was van causaal verband tussen een ongeval en letsel.⁴⁶ Dat geldt bijvoorbeeld ook indien de arts die de beoordeling uitvoert zich baseert op verouderde gegevens. De enkele omstandigheid dat er in het verleden beperkingen waren zonder dat er sindsdien herkeuringen hebben plaatsgevonden noopt tot terughoudendheid, of in ieder geval de vermelding wanneer een beperking is geconstateerd.⁴⁷

5. *Blijft binnen deskundigheidsgebied*

Dat een medisch adviseur bij het doen van een medische beoordeling blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid, spreekt voor zich. Dat betekent onder andere dat de arts geen uitspraken doet over zaken die buiten dit gebied liggen. Een arts die zich daartoe niet liet verleiden, kreeg van de tuchtrechter als het ware een compliment: hij was terecht niet medisch-inhoudelijk op bepaalde za-

³⁶ RTG Eindhoven 6 juni 2016, nr. 15197, **ECLI:NL:TGZREIN:2014:48**.

³⁷ CTG 7 juni 2016, nr. C2015/319, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:208**, *Stert.* 2016, 30960.

³⁸ CTG 10 maart 2016, nr. C2015/224, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:112**.

³⁹ RTG Zwolle 11 december 2015, nr. 054/2015, **ECLI:NL:TGZRZWO:2015:103**.

⁴⁰ CTG 1 december 2015, nr. C2015/050, **ECLI:NL:TGZCTG:2015:333**.

⁴¹ RTG Amsterdam 25 oktober 2016, nr.2015/377, **ECLI:NL:TGZRAMS:2016:59**.

⁴² RTG 's-Gravenhage 28 juli 2015, nr. 2014/204, **ECLI:NL:TGZRSGR:2015:104**.

⁴³ RTG Amsterdam 9 augustus 2016, nr.2016/10, **ECLI:NL:TGZRAMS:2016:44**.

⁴⁴ CTG 7 juni 2016, nr. C2015/319, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:208**, *Stert.* 2016, 30960.

⁴⁵ RTG Zwolle 18 november 2016, nr. 067/2015, **ECLI:NL:TGZRZWO:2016:128**.

⁴⁶ RTG Zwolle 13 mei 2016, nr. 108/2015, **ECLI:NL:TGZRZWO:2016:54**.

⁴⁷ CTG 20 januari 2015, nr. C2014/073, **ECLI:NL:TGZCTG:2015:28**.

ken ingegaan die buiten zijn expertise lagen.⁴⁸ Maar wat precies die grenzen zijn is niet altijd duidelijk uit de tuchtrechtspraak. En soms loopt het deskundigheidsgebied van de ene medisch adviseur over in dat van een andere medisch adviseur. Zo oordeelde het RTG dat het eigenlijk niet aan een neuroloog is om te oordelen over de zwaarte van beeldschermwerk. Volgens het RTG is dat aan een arbeidsdeskundige.⁴⁹

3.3 Overige eisen

Beoordelaar is zich bewust van rol

Dat het behandelaars niet is toegestaan een oordeel te geven, is (vrijwel⁵⁰) algemeen bekend. Maar dit verbod geldt ook omgekeerd: een beoordelend arts moet zich niet laten verleiden om een beoordeelde te gaan behandelen, noodsituaties uitgezonderd. Het tuchtcollege vindt het in dit verband van belang dat artsen geen ‘dubbele pet’ op hebben. Een forensisch arts, die zowel moest rapporteren aan de politie als moest bezien of een patiënt zorg nodig had, maakte zich aan deze rolwisseling schuldig en werd door de tuchtrechter gewaarschuwd.⁵¹ Ook een cardioloog, die regelmatig wordt geraadpleegd als medisch adviseur, dient zich aan zijn rol van behandelaar te houden indien hij in die hoedanigheid optreedt. Het geven van een oordeel aan een verzekeraar over de arbeidsongeschiktheid van zijn patiënt, verdergaand dan het verstrekken van feitelijke informatie, komt hem daarom op een waarschuwing te staan. Volgens het CTG had hij zich te onthouden van een beoordeling.⁵²

Moet het slachtoffer worden gezien?

In de tuchtrechtspraak en praktijk wordt veelal aangenomen dat er geen verplichting is tot het zien van een slachtoffer bij een medische beoordeling. Dat is evenwel anders, volgens oudere jurisprudentie van het CTG, in geval van een ‘ingrijpend advies’⁵³ of een advies met ‘verstrekkinge gevolgen’.⁵⁴ Deze zaken hadden betrekking op de beoordeling door een bedrijfsarts, waarbij dus

doorbetaling van loon en werk op het spel kunnen staan. Uit de rechtspraak uit de verslagperiode blijkt dat de tuchtrechter met betrekking tot andersoortige medische beoordelingen dezelfde maatstaf hanteert. Een eigen onderzoek door een arts is nodig indien de in het geding zijnde belangen – in dit geval een urgentieverklaring – dat met zich brengt.⁵⁵

Onderzoek op basis van dossiergegevens blijft daarmee toegestaan, zeker indien een ‘papieren beoordeling’ voor de hand ligt gelet op de vraagstelling,⁵⁶ maar de belangen die bij een medische beoordeling in het geding zijn kunnen met zich brengen dat de arts de persoon van het slachtoffer ook persoonlijk moet zien en beoordelen.

Moet beoordeling schriftelijk worden vastgelegd?

Bovengenoemde eisen die worden gesteld aan een rapportage, die volgens de CTG ook gelden voor een advies,⁵⁷ impliceren dat de beoordeling schriftelijk wordt vastgelegd. Zonder schriftelijk document is het handelen van de medisch adviseur ook niet goed toetsbaar – een eis die de tuchtrechter van iedere beroepsbeoefenaar verwacht. In een zaak waarin sprake was van een mondeling advies kan de tuchtrechter niet nalaten daarover zijn verbazing uit te spreken (‘het door verweerster – kennelijk – mondeling aan G. gegeven advies’).⁵⁸

Deze eis van schriftelijkheid is ook neergelegd in bijvoorbeeld de Gedragsregels voor artsen, terwijl de eis van schriftelijkheid onderdeel uitmaakt van diverse richtlijnen.

Let u tegelijkertijd wel op: een medisch adviseur die alvast een kort briefje schrijft met zijn voorlopige bevindingen dient zich te realiseren dat zo’n briefje juridisch als formeel advies wordt aangemerkt, tenzij dit anders is afgesproken. Zo’n briefje dient te voldoen aan alle eisen die gelden voor een medisch advies en wordt door het CTG, anders dan door het RTG, niet aangemerkt als interne correspondentie.⁵⁹

⁴⁸ CTG 10 maart 2016, nr. C2015/224, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:112**.

⁴⁹ RTG Eindhoven 18 mei 2016, nr. 15105, **ECLI:NL:TGZREIN:2016:41**.

⁵⁰ Toch zijn er nog met enige regelmaat tuchtzaken waaruit blijkt dat behandelaars dit verbod schenden. Zie bijv. RTG ‘s-Gravenhage 25 augustus 2015, nr. 2014/264a, **ECLI:NL:TGZRSGR:2015:119**.

⁵¹ RTG Zwolle 24 juni 2016, nr. 111/2015, **ECLI:NL:TGZRZWO:2016:63**, *GJ* 2016, 107.

⁵² CTG 17 mei 2016, nr. C2015/372, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:181**, *MC* 2016 (43), p. 42 (m.nt. S. Broersen & A.C. Hendriks).

⁵³ CTG 13 september 2007, nr. 2006/300, *MC* 2007

⁵⁴ CTG 29 juli 2008, nr. 2006/221, *MC* 2008, p. 1954

⁵⁵ RTG Amsterdam 15 augustus 2016, nr. 2016/322, **ECLI:NL:TGZRAMS:2016:51**.

⁵⁶ RTG Groningen 21 juli 2015, nr. G2014/93, **ECLI:NL:TGZRGRO:2015:45**.

⁵⁷ CTG 24 februari 2009, nr. 2007/367 en nr. 2007/368, *Stert.* 2009, 46.

⁵⁸ CTG 27 maart 2014, nr. C2013/116, **ECLI:NL:TGZCTG:2014:111**.

⁵⁹ CTG 5 januari 2016, nr. C2014/459, **ECLI:NL:TGZCTG:2016:23**.

3.4 Waarborgen dat rechten van beoordeelde worden gerespecteerd

De medisch adviseur moet te allen tijde de rechten van de patiënt of andere beoordeelde respecteren. In grote lijnen komt dat neer op het naleven van de eisen van informed consent en het respecteren van de zeggenschap van de patiënt over zijn gegevens.

Met betrekking tot medisch beoordelingen zijn er twee specifieke rechten die in de praktijk veel vragen oproepen.

1. Blokkeringsrecht

De WGBO bevat een zeer ingewikkelde regeling inzake het blokkeringsrecht, dat wil zeggen het recht van de patiënt om te verhinderen dat een medische beoordelingsrapportage wordt toegestuurd naar de opdrachtgever.⁶⁰ Over dit recht is, ook met betrekking tot medische expertises, al het nodige geschreven, zodat ik daar niet nader op inga.⁶¹ Voor nu kan ermee worden volstaan om op te merken dat ingeval het blokkeringsrecht geldt, de medisch adviseur gebruikmaking daarvan dient te garanderen. Dat verlangt dat de medisch adviseur precies dient te weten wanneer het blokkeringsrecht wel of niet van toepassing is.

2. Correctierecht

Met betrekking tot het correctierecht geldt *grosso modo* hetzelfde. Als een patiënt of andere beoordeelde het recht op correctie toekomt, moet de medisch adviseur hem de mogelijkheid bieden dat recht uit te oefenen. Dit recht geldt met betrekking tot feitelijke zaken, zoals de juiste weergave van een anamnese of medische informatie.⁶² Dit recht is aldus niet beperkt tot naam, adres, geboortedatum en dergelijke.⁶³ Daarentegen ziet het correctierecht niet op heel het advies, niet op de conclusies

(onderzoeksbevindingen) en de overwegingen van de medisch adviseur.⁶⁴

4 Lessen uit het EVRM

Het EHRM heeft zich tot op heden enkele malen over medische beoordelingen en medisch adviseurs uitgelaten.

Allereerst is het van belang op te merken dat het EHRM meent dat een slachtoffer van letselschade niet feitelijk onmogelijk moet worden gemaakt een deskundigenrapport te laten opstellen.⁶⁵ Zonder een dusdanig rapport is het vorderen van schadevergoeding immers in veel gevallen vrijwel onmogelijk. Het EHRM hecht bij medische beoordelingen voorts veel waarde aan de grondigheid van het medisch onderzoek dat aan een rapport ten grondslag ligt.⁶⁶ Het EHRM betwijfelt of een rapportage die binnen 40 minuten tot stand is gekomen voldoende grondig is om tot een maatregel als vrijheidsbeneming te kunnen over te gaan.⁶⁷ Wat onder grondig wordt verstaan hangt daarmee af van de omstandigheden van het geval.

Het EHRM kent daarnaast veel belang toe aan de deskundigheid, onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de artsen die het onderzoek uitvoeren. Artsen die een medische beoordeling uitvoeren vormen in de regel geen 'onafhankelijk en onpartijdig gerecht', zoals art. 6 lid 1 van het EVRM dat voorschrijft in geval van een geschil over burgerlijke rechten en verplichtingen dan wel een strafrechtelijke vervolging.⁶⁸ De nationale rechter moet daarom de juistheid van een medische beoordeling onderzoeken.⁶⁹ Daarnaast kan het niet verstrekken van een kopie van het keuringsrapport aan de betrokkene of het anderszins niet bekend maken van medische gegevens een schending van art. 6 EVRM opleveren, omdat de betrokkene de conclusies van een advies dan niet kan betwisten.⁷⁰

⁶⁰ Art. 7:464 lid 2 BW.

⁶¹ Zie bijv. M.H. Elferink, 'Het "blokkeringsrecht" bij medische expertises in de letselschadepraktijk: een botsing tussen het recht op privacy en het recht op een eerlijk proces', *TVP* 2003, p. 33-39; M.H. Elferink, 'Onduidelijkheden rondom uitoefening "blokkeringsrecht" bij medische expertises', *TVP* 2004, p. 51-58; A. Wilken, 'De onduidelijke reikwijdte van het blokkeringsrecht: wetsvoorstel cliëntenrechten zorg biedt geen oplossing', *TVP* 2009, p. 129-138; A. Wilken, 'De doolhof van het blokkeringsrecht', *Expertise en Recht*, 2011(4), p. 135-141 en A. Wilken, *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade: Verslag van een juridisch handelingsonderzoek* (diss. VU Amsterdam), Den Haag: Boom Juridische uitgeverij 2015 (hoofdstuk 7)).

⁶² RTG Eindhoven 18 mei 2016, nr. 15105, *ECLI:NL:TGZREIN:2016:41*.

⁶³ CTG 12 juli 2016, nr. C2015/378, *ECLI:NL:TGZCTG:2016:246*, *L&S* 2016, 374 (m.nt. C.A.M. Roijackers).

⁶⁴ RTG Eindhoven 18 mei 2016, nr. 15105, *ECLI:NL:TGZREIN:2016:41* en CTG 12 juli 2016, nr. C2015/378, *ECLI:NL:TGZCTG:2016:246*, *Stcr.* 2016, 37947.

⁶⁵ EHRM 23 september 2014, *S.B. t. Roemenië*, nr. 24453/04.

⁶⁶ Zie bijv. EHRM 13 juli 2010, *Lopata t. Rusland*, nr. 72250/10.

⁶⁷ EHRM 2 oktober 2012, *Plesó t. Hongarije*, nr. 41242/08.

⁶⁸ EHRM 28 april 2005, *I.D. t. Bulgarije*, nr. 43578/98 en EHRM 3 februari 2009, *Dauti t. Albanië*, nr. 19206/05.

⁶⁹ EHRM 17 maart 2016, *Vasileva t. Bulgarije*, nr. 23796/10, *EHRC* 2016, 127 (m.nt. A.C. Hendriks).

⁷⁰ EHRM 18 maart 1997, *Mantovanelli t. Frankrijk*, nr. 21497/93, *NJ* 1998, 278 (m.nt. H.J. Snijders), EHRM 29 juli 2008, *S.H. t. Finland*, nr. 28301/03 en EHRM 7 juli 2015, *Saradas t. Turkije*, nr. 6341/10.

De enkele omstandigheid dat deskundigen werkzaam zijn bij een overheidsorganisatie betekent volgens het EHRM nog niet dat zij niet in staat zijn met de gepaste objectiviteit hun werk uit te voeren.⁷¹ Het Hof heeft wel grote moeite met gedragsregels op grond waarvan een arts een beroepsgenoot niet mag bekritisieren.⁷²

5 Conclusies en aanbevelingen

Uit bovenstaande analyse blijkt dat medische beoordelingen in de volle breedte worden aangemerkt als handelingen die tuchtrechtelijk kunnen worden getoetst. Dat betekent dat een medisch adviseur, mits een **art. 3 Wet BIG** beroepsbeoefenaar, zich in voorkomende gevallen tuchtrechtelijk zal moeten verantwoorden. Het is daarom van belang wat de tuchtrechter wel en niet als goed handelen bij een medische beoordeling aanmerkt.

In de loop van de jaren heeft de tuchtrechter allerlei eisen gesteld aan het medisch beoordelingstraject, aan de vraagstelling, het verzamelen van gegevens, tot het formuleren van conclusies en het uitbrengen van een advies, tamelijk strikt gereguleerd. Deze eisen zijn bovenal

ingegeven om de kwaliteit van het medisch advies te waarborgen. En dat vraagt dat er ook allerlei eisen aan de persoon en de werkwijze van de medisch adviseur worden gesteld.

Er is beperkte ruimte om de algemene en specifieke tuchtrechtelijke normen een contextuele inkleuring te geven. Sommige eisen zijn zo evident dat zij altijd worden gesteld. Daarentegen is er relatief veel ruimte om via de professionele standaard, casu quo door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen, normen uit te werken. Bijvoorbeeld, wat is precies het deskundigheidsgebied van een medisch adviseur, welke eisen kunnen er aan de vraagstelling worden gesteld en wanneer zijn de feiten en omstandigheden afdoende om conclusies op te kunnen baseren?

Het is daarom aan de beroepsgroep van medisch adviseurs, hoe ook gedefinieerd en al dan niet samen met anderen, om waar nodig geacht eerder genoemde eisen te preciseren – in het algemeen of voor specifieke situaties. Of medisch adviseurs van deze mogelijkheid gebruik maken is aan hen.

⁷¹ EHRM 8 oktober 2015, *Korošec t. Slovenië*, nr. 77212/12, AB 2016/167 (m.nt. T. Barkhuysen en M. van Ermerik); EHRM 10 december 2015, *Spycher t. Zwitserland* (ontv.besl.), nr. 26275/12 en EHRM 18 oktober 2016, *Vukota-Bojić t. Zwitserland*, nr. 61838/10, EHRC 2017/33 (m.nt. F.G. Laagland).

⁷² EHRM 16 december 2008, *Frankowicz t. Polen*, nr. 53025/99, EHRC 2009, 26, NJB 2009, 398 en EHRM 17 maart 2016, *Vasileva t. Bulgarije*, nr. 23796/10, NJB 2016, 1078, EHRC 2016, 127 (m.nt. A.C. Hendriks).