

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM**

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 12 november 2014 binnengekomen klacht van:

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,

gevestigd te Utrecht,

k l a a g s t e r,

vertegenwoordigd door drs. J. Speksnijder en mr. A.J.G. Peters, Inspecteurs voor de Gezondheidszorg,

tegen

A,

arts, psychiater en psychotherapeut,

zonder vaste woon- of verblijfplaats,

destijds werkzaam te B,

v e r w e e r d e r.

gemachtigde: mr. E.J.C. de Jong

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlage(n);
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van verweerder, binnengekomen op 15 juni 2015;
- de brief van de gemachtigde van verweerder, binnengekomen op 17 september 2015, waarin hij bericht dat hij verweerder niet langer als raadsman bijstaat;
- de brief van IGZ met bijlage, binnengekomen op 29 september 2015;
- de brief van IGZ, binnengekomen op 6 oktober 2015;
- de brief van verweerder, binnengekomen op 6 oktober 2015;
- de brief van de gemachtigde van verweerder, binnengekomen op 8 oktober 2015, waarin hij zich wederom stelt als raadsman en verzoekt om uitstel.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 13 oktober 2015 behandeld. Het verzoek om uitstel van verweerder is afgewezen.

Partijen waren aanwezig. Namens IGZ waren aanwezig: drs. J. Speksnijder inhoudelijk coördinerend specialistisch senior inspecteur), mr. A.J.G. Peters (senior inspecteur-jurist), mr. C (jurist) en drs. D (adviseur psychiater). Verweerder werd bijgestaan door mr. E.J.C. de Jong. Mr. de Jong heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college is overgelegd.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Verweerder is arts, psychiater en psychotherapeut. In de voorliggende periode werkte verweerder vanuit een solopraktijk met overwegend Turkstalige patiënten.

2.2 Sinds 2008 wordt door het Openbaar Ministerie onderzoek gedaan naar fraude met persoonsgebonden budgetten (PGB) en WAO/WIA-uitkeringen. Bevindingen van dit onderzoek zijn neergelegd in de bestuurlijke rapportage Marque van maart 2011. Uit deze rapportage blijkt dat verweerder, een andere psychiater genaamd G (hierna: G), en twee andere personen die geen arts zijn, hoofdverdachten zijn in het onderzoek. Het onderzoek tegen de psychiaters richt zich op oplichting van uitkeringsinstanties door het valselijk opmaken van medische dossiers die dienen tot het verkrijgen van een PGB of WAO/WIA-uitkering.

2.3 Op 18 januari 2011 is verweerder door de politie aangehouden als verdachte. Tot 18 juli 2011 heeft verweerder in voorarrest gezeten.

2.4 Verweerder heeft zich op 12 juli 2011 als psychiater laten uitschrijven uit het BIG-register. Op 22 februari 2012 heeft hij zich weer ingeschreven in het BIG-register als psychiater.

2.5 IGZ heeft bij bevel van 18 augustus 2011 verweerder bevolen zijn werkzaamheden als arts en psychotherapeut te staken. Dit bevel is wegens verbeterafspraken opgeheven op 13 februari 2012.

2.6 Na kennisneming van de bestuurlijke rapportage Marque heeft IGZ, ten behoeve van een eigen onderzoek naar de mogelijke handelwijze van verweerder in dit verband, op 4 maart 2013 informatie van het E ontvangen. Het E heeft IGZ in dit verband bericht

dat bij een van haar verzekeringsartsen vermoedens waren gerezen van fraude met WIA-uitkeringen. Het was hem opgevallen dat sinds ongeveer 2007 verzekeringsgeneeskundigen bij het E regelmatig geconfronteerd werden met zeer moeilijk te duiden psychiatrische problematiek en dat de betreffende cliënten allen in behandeling waren bij verweerder en/of bij psychiater G en niet bij de regionale F of een zelfstandig gevestigd psychiater in het eigen woongebied. Gezien de ernst van de situatie heeft het E toen besloten om de gegevens van een deel van de patiënten van deze psychiaters te verzamelen en over te gaan tot een contra-expertise. De betrokken patiënten werden opgeroepen voor een herkeuring (psychiatrische expertise) en een aantal werd opgenomen op de psychiatrische afdeling van het G in H, alwaar zij multidisciplinair werden onderzocht en 24 uur per dag werden geobserveerd. Hieruit kwamen de volgende resultaten naar voren:

“(...) Opvallende bevindingen waren de bijzondere aard van de aangeleverde casuïstiek, met als opvallende overeenkomsten de Turkse achtergrond, het niet spreken van de Nederlandse taal (of dit voorwenden) en aggravatatie van de klachten.

Er waren ernstige bedenkingen tegen zowel de diagnostiek als de medicatieschema's die door [verweerder] werden beschreven (...). De psychiaters van het ziekenhuis deelden de mening van de regionale E-staf dat nader gecoördineerd onderzoek aan de orde was.

In de meeste van de door de psychiaters van het G onderzochte gevallen werd geconcludeerd dat er geen sprake was van ernstige psychiatrische problematiek, dat er geen indicatie was voor de zware medicatie die voorgeschreven was, dat die medicatie ook niet paste in een normale psychiatrische behandeling en dat uit bloedonderzoek duidelijk werd dat de voorgeschreven medicatie meestal ook niet ingenomen werd. Duidelijk bleek dat er vaak sprake was van simulatie van de psychiatrische aandoeningen. Soms werd een lichte psychiatrische aandoening vastgesteld, die zeker compatibel zou zijn met arbeid. (...)

Na de herbeoordelingsoperatie zijn op grote schaal de diagnoses herzien en is in veel gevallen – naast het beëindigen van de uitkering – de eerdere uitkering teruggevorderd.(...)

Uit het herbeoordelingstraject is dus gebleken dat vele door [verweerder] en G [afkorting: collega] gestelde diagnoses onjuist waren. Dit betekende dat vele cliënten in het geheel geen psychiatrische stoornis hadden of hooguit lichte psychische problematiek die geen aanleiding zou hoeven vormen voor medische interventie. Wij hebben geconstateerd dat een aantal cliënten niet alleen de door de verdachte psychiater gestelde psychiatrische diagnoses niet bleken te hebben, maar dat onafhankelijke psychiaters bij deze cliënten wel degelijk andere, soms ernstige, psychopathologie vaststelden. Deze diagnose psychopathologie is gemist, waardoor noodzakelijke behandeling of begeleiding achterwege was gebleven. Er waren bijvoorbeeld cliënten met een angststoornis, een post-traumatische stress-stoornis of een ernstige reactieve depressie

op basis van bijvoorbeeld partnerrelatieproblemen. Deze aandoeningen zouden behandelbaar zijn geweest bij adequate diagnostiek.(...)”

2.7 Op verzoek van de zorgkantoren heeft het I in 2011 ambtshalve een herindicatie uitgevoerd bij 315 cliënten. Dit heeft geresulteerd in het ‘Eindrapport Project PGB onderzoek maart t/m juli 2011’. Op 15 maart 2013 heeft IGZ in het kader van haar onderzoek dit eindrapport ontvangen, voorzien van een verklaring en begeleidend schrijven. Over dit onderzoek en de betrokkenheid van verweerder en psychiater G heeft het I het volgende verklaard:

“Het I heeft in 2011 op verzoek van de zorgkantoren, een ambtshalve herindicatie gedaan voor 315 cliënten, waarvan het vermoeden bestond dat de aan het indicatiebesluit onderliggende medische verklaringen of onderbouwingen onregelmatigheden vertoonden dan wel niet overeen kwamen met de werkelijkheid. Het herindicatieonderzoek richtte zich op de objectivering van de medische onderbouwing. In nagenoeg alle gevallen is deze onderbouwing verzocht door, verbonden aan of terug te geleiden naar de psychiaters G [verweerder] of G (...)”

Het I liet verder weten dat van de in totaal 315 betrokken cliënten, bij 118 de aanspraak op zorg werd beëindigd omdat de medische informatie niet kon worden geobjectiveerd. Bij 15 betrokken cliënten werd om dezelfde reden de zorgaanspraak verminderd. Van deze 133 cliënten was in 32 dossiers een medische verklaring van verweerder aanwezig en in 38 dossiers een medische verklaring van psychiater A.

2.8 Begin mei 2013 ontving IGZ van het Openbaar Ministerie een ‘algemeen proces-verbaal Marque’ van 21 september 2012. Het Openbaar Ministerie heeft aan IGZ een verklaring van stafverzekeringsarts J ter beschikking gesteld, alsmede de bevindingen van de door de rechter-commissaris ingeschakelde psychiater K, aanvullende processen-verbaal van patiënt H en de bevindingen van de door het Openbaar Ministerie ingeschakelde deskundige L. Uit deze stukken volgt onder meer dat vóór de herbeoordeling van de arbeidsongeschiktheid 155 patiënten van verweerder arbeidsongeschikt werden beschouwd in het kader van de WAO/WIA en na de herbeoordeling 19.

2.9 Op basis van de informatie van het Openbaar Ministerie, het E en het I heeft IGZ zes dossiers van patiënten van verweerder onderzocht en beoordeeld. Drie daarvan zijn door het E ter beschikking gesteld. De andere drie (E) dossiers heeft IGZ van het Openbaar Ministerie ontvangen. De overige dossiers heeft het Openbaar Ministerie om proces-technische redenen niet aan IGZ verstrekt.

2.10 IGZ heeft op 12 februari 2014 met verweerder gesproken over haar bevindingen in deze dossiers. Bij deze gelegenheid heeft IGZ verweerder een lijst gegeven met de

namen en gegevens van de betreffende patiënten. IGZ heeft vervolgens een concept gespreksverslag aan verweerder overgelegd, die daarop via zijn toenmalige gemachtigde heeft gereageerd. Op 23 april 2014 heeft IGZ een eindrapport opgesteld inzake verweerder.

2.11 Uit voornoemde zes patiëntendossiers worden de volgende feiten gededuceerd. Patiënt 1 is bij verweerder in behandeling gekomen na het doormaken van een herseninfarct in 2006.

Verweerder vermeldde op 12 februari 2007 de volgende DSM IV classificatie: As 1: cognitieve stoornis NAO (status na pons-infarct), As 2: uitgestelde diagnose (wegens dominante en complicerende nosologische hiërarchie van de As 1 aandoening op die van As 2), As 3: status na pons-infarct, Cave: CVA-Herseninfarct-recidief, hypercholesterolemie, hypertensie, As 4: huidige GAF 35. Beschreven werd dat psycho-educatie werd toegepast met gedragstherapeutische elementen, ondersteund door de volgende medicijnen: Zyprexa 10 mg S: 1 dd 1 a.n., Oxazepam 10 mg S: 3 dd 1 z.n, Citalopram 40 mg S: 1 dd 1, Dormicum 7,5 mg S: 1 dd a.n. z.n, Pantozol 40 mg S: 1 dd 1 en Ibuprofen 600 mg S: 1 dd 1.

Op 23 juni 2008 heeft verweerder aan de bedrijfsarts de volgende diagnostiek gemeld: As 1: schizoaffectieve stoornis, depressieve type, As 2: uitgestelde diagnose op persoonlijkheidsstructuur, As 3: niet van klinische relevantie, As 4: problemen binnen de primaire steungroep, As 5: GAF 35. Hierbij waren de volgende medicijnen voorgeschreven: Citalopram 20 mg S: 3dd 1, Zyprexa 20 mg S: 1 dd 1 a.n, Semap 20 mg S: 1 x 5 dagen, Artane 2 mg S: 2dd, Dormicum 15 mg S: 1 dd a.s. z.n, Pantozol 40 mg S: 1dd en Ibuprofen 600 mg S: 1 dd 1. Volgens verweerder betrof het een therapieresistente aandoening met een ongunstige prognose.

Op verzoek van het E is patiënt 1 op 23 juli 2008 psychiatrisch onderzocht door psychiater M. Psychiater M vermoedde dat geen sprake was van een gedecompenseerd toestandbeeld. Er was sprake van malingering. Een psychiatrische behandeling achtte hij niet geïndiceerd. De door verweerder gestelde diagnose en behandeling achtte hij volstrekt inadequaaf en schadelijk.

Op 23 september 2008 heeft het E beslist dat patiënt 1 niet in aanmerking kwam voor een uitkering op grond van de WIA omdat de arbeidsongeschiktheid minder dan 35% bedroeg. Het hiertegen gerichte bezwaar en beroep zijn ongegrond verklaard.

In het strafrechtelijk onderzoek heeft psychiater K op verzoek van de rechter-commissaris het E-dossier bekeken. Volgens psychiater K is goed te volgen hoe psychiater M bij de psychiatrische expertise tot de diagnose is gekomen.

2.12 Patiënt 2 was (in ieder geval) vanaf 15 november 2005 bekend bij verweerder. Verweerder vermeldde op 3 februari 2007 de volgende DSM IV classificatie: op As 1 relatieprobleem gebonden aan een psychische stoornis, op As 2 een narcistische persoonlijkheidsstoornis en op As 5 een GAF score van 51-60.

Op 15 november 2008 is patiënt 2 onder behandeling gekomen bij psychiater G. Op verzoek van het E is op 17 februari 2010 een contra-expertise verricht door psychiater Oi, werkzaam in het G in H. Hij concludeerde: As 1: geen diagnose met als dd. simulatie en/of nagebootste stoornis, As 2: uitgesteld, GAF niet te beoordelen.

Op 2 februari 2011 is het persoonsgebonden budget (PGB) van patiënt 2 stopgezet. Het E verklaarde patiënt 2 op 1 oktober 2010 weer arbeidsgeschikt. De verzekeringsgeneeskundige sprak in dit kader opnieuw met patiënt 2 en concludeerde dat er geen sprake was van een psychiatrisch ziektebeeld.

2.13 Patiënt 3 is in de periode 30 november 1995 tot 3 maart 2006 arbeidsongeschikt beschouwd door het E op grond van een chronisch geagiteerd-depressief toestandbeeld met paranoïde kenmerken. Bij de herbeoordeling van de WAO in 2006 maakte patiënt 3 echter een stabiele indruk met een vlot lopend contact. Van een depressief toestandbeeld of psychotische kenmerken was op dat moment geen sprake.

Op 22 maart 2006 kwam patiënt 3 bij verweerder in verband met een crisissituatie. Op 3 april 2006 rapporteerde verweerder hierover als volgt: As 1: psychotische stoornis NAO, As 2: uitgestelde diagnose (wegens complicerende nosologische hiërarchie van de as 1 aandoening), As 5: huidige Gaf 35. Als medicatie gebruikte patiënt 3 op dat moment: Ibuprofen 600 mg S: 2dd 1, Trileptal 300 mg S: 1 dd 1, Diazepam 5 mg S: 3 dd 1, Zyprexa 5 mg S: 2 dd 1, Omeprazol 20 mg S: 2 dd 1, Dipiperon 40 mg S 2 dd 1, Nortrillen 50 mg S: 3 dd 1 en Dormicum 15 mg S: 1 dd 1.

In 2006 heeft het E informatie opgevraagd bij verweerder. Deze informatie is niet verstrekt.

Het E heeft op 7 januari 2008 aan psychiater M gevraagd een (poliklinische) expertise te verrichten. Psychiater M concludeerde in zijn rapportage van 26 januari 2008 dat sprake was van simulatie en dat er geen ziekte of gebrek was op psychiatrisch gebied.

Hij vermeldde de volgende DSM IV classificatie: As 1: V65.2 simulatie, As 2: 799.9 persoonlijkheidsdiagnose uitgesteld, As 3: geen bekende lichamelijke aandoening, As 4: psychosociale stressfactoren: traumatische ervaring met PKK, As 5: GAF onbekend.

Op 20 maart 2008 heeft het E besloten dat patiënt 3 niet langer arbeidsongeschikt was. In de daaropvolgende bezwaarprocedure verklaarde verweerder dat patiënt 3 een PTSS had en dat sprake was van een psychotisch beeld. Ook bekritiseerde hij de rapportage van psychiater M. Psychiater M heeft daarop op 12 juli 2008 gereageerd en zijn standpunt gehandhaafd.

In de daaropvolgende beroepsprocedure heeft de rechtbank psychiater O als deskundige benoemd. Hij concludeerde op 15 juni 2009 dat geen sprake was van een psychose, er geen aanwijzingen waren voor een PTSS en patiënt 3 geen depressie had. Wel was sprake van een neurotische problematiek. De medicatie diende volgens psychiater O te worden herzien.

Het beroep van patiënt 3 tegen de beslissing van het E is door de rechtbank op 25 januari 2010 mede op grond van het rapport van psychiater O ongegrond verklaard. De Centrale Raad van Beroep heeft de uitspraak van de rechtbank op 12 april 2010 bevestigd. Op 12 maart 2010 heeft verweerder opnieuw een verklaring geschreven met daarin de volgende diagnose: As 1: depressieve stoornis chronisch recidiverend met vitale en melancholische kenmerken, As 2: persoonlijkheidsstoornissen NAO (invaliderende symptomatologie van borderline, narcistische en afhankelijke persoonlijkheidsstructuur), As 3: musculoskeletale pijnklachten, As 4: problemen binnen de primaire steungroep en met de maatschappij c.q. met maatschappelijke instanties, As 5: huidige GAF 35. Als medicatie gebruikte patiënt 3: Ibuprofen 600 mg S: 2 dd a z.n., Trileptal 300 mg S: 1 dd 1, Diazepam 5 mg S: 2 dd 1 z.n., Zyprexa 5mg S: 1 dd 1, Omeprazol 20 mg 2 dd 1, Notriolen 50 mg S: 3 dd 1, Dormicum 15 mg S: 1 dd 1 a.n. z.n.

Volgens psychiater K, die in het strafrechtelijk onderzoek door de rechter-commissaris is ingeschakeld met het verzoek het E dossier te beoordelen, is goed te volgen hoe psychiater M bij de psychiatrische expertise tot de diagnose is gekomen. Over de dossiervorming door verweerder heeft psychiater K opgemerkt dat niet is te achterhalen hoe verweerder zijn onderzoek heeft uitgevoerd, hoe hij tot zijn diagnose is gekomen en waarom therapie en medicatie zoals door hem voorgeschreven, was geïndiceerd.

2.14 Patiënt 4 is in 2008 door de huisarts verwezen naar de P die vaststelde dat sprake was van een PTSS gepaard gaande met depressieve klachten.

In 2008 is patiënt 4 onder behandeling gekomen bij verweerder. Op 22 mei 2008 rapporteerde verweerder het volgende: As 1: 296.34 depressieve stoornis met melancholische c/q psychotische kenmerken en 295.70 schizoaffectieve stoornis, depressieve type, CAVE en een GAF score van 30. Verweerder schreef de volgende medicatie voor: Seroquel XR 300 mg 2 dd 1, Dipiperon 40 mg 1 dd 1 a.n., Mirtazepine 30 mg 2 dd 1, Rivotril 1 mg 2 dd 1 z.n., Dormicum 7,5 mg 1 dd 1 a.n. z.n., diclofenac 50 mg 2 dd 1 z.n.. Vanaf 15 november 2008 was patiënt 4 onder behandeling bij psychiater G. Hij stuurde op 24 november 2008 aan de bedrijfsarts een brief met als diagnose: depressieve stoornis, eenmalige episode, ernstig met psychotische kenmerken en een GAF score van 40. Als medicatie werd Seroquel, Dipiperon, Remeron, Rivotril en Dormicum vermeld. In zijn brieven van 9 juli 2009 en 16 maart 2010 aan het I voor een PGB-aanvraag heeft psychiater G de diagnose herhaald, met dien verstande dat hij in de brief van 16 maart 2010 een GAF score van 30/35 heeft opgenomen. Ook herhaalde psychiater G de medicatie, met uitzondering van Dipiperon.

In zijn brief van 28 september 2010 aan de huisarts vermeldde psychiater G de volgende diagnose: schizofrenie, paranoïde type, met dezelfde classificaties op As 3 en As 4 en dezelfde GAF scores als in maart 2010. De medicatie, dosering en voorschriften bleven hetzelfde.

Psychiater G is in 2011 in hechtenis genomen in het kader van voornoemd strafrechtelijk onderzoek, waarna patiënt 4 onder behandeling kwam bij psychiater Q. Deze stelde als diagnose een ernstige depressie met rand psychotische kenmerken en PTSS-gerelateerde (chronische) klachten. Psychiater Q schreef dezelfde medicatie voor als psychiater G en verhoogde de dosering. In december 2012 stelde psychiater Q vast dat er op dat moment alleen nog maar posttraumatisch gerelateerde klachten waren en bouwde de Seroquel af tot 50 mg per dag.

Op verzoek van het UVW is patiënt 4 op 4 en 19 augustus 2011 beoordeeld door psychiater N.. Zijn conclusie was dat het gedrag van patiënt 4 niet direct verklaarbaar is vanuit een psychiatrische stoornis. Hij zag aanwijzingen voor een nagebootste stoornis en adviseerde een diagnostische opname.

Deze opname heeft plaatsgevonden van 16 tot en met 20 juli 2012 op de PAAZ van het G. Patiënt 4 is daar onderzocht door psychiater R. Deze stelde als diagnose (slechts) enkele kenmerken van PTSS met een GAF score 70-80.

2.15 Met betrekking tot patiënt 5 heeft verweerder in een medisch-psychiatrische verklaring van 2 november 2005 de volgende classificatie volgens DSM IV genoteerd: op As 1 een uitgestelde diagnose met als dd. psychose NAO, paranoïde schizofrenie en een depressieve stoornis met psychotische kenmerken. Patiënt 5 gebruikte op dat moment de volgende medicatie: Zyprexa 10 mg 2 dd 1, Remeron 45 mg 1 dd 1, Bromazepam 3 mg 3 dd 1 en Dormicum 7,5 mg 1 dd 1, Ibuprofen sachet 600 mg 2 dd 1 en paracetamol codeïne 500/20 mg, 3 dd 1.

In een brief aan het I van 2 april 2008 vermeldde verweerder dat het beeld steeds ernstigere vormen aannam met als diagnose op As 1 een schizoaffectieve stoornis en een GAF score van 25. Aan de medicatie werd Semap 20 mg eenmaal per week toegevoegd. De prognose was volgens verweerder zeer ongunstig, het beloop chronisch en het toestandbeeld was als eindstadium aan te merken.

Vanaf 26 april 2009 was patiënt 5 in behandeling bij psychiater G.

Op verzoek van het E is patiënt 5 op 6 juli 2011 beoordeeld door psychater S. Hij heeft in zijn verslag van 3 augustus 2011 vermeld dat patiënt 5 eerst bij verweerder en daarna bij psychiater G onder behandeling is geweest. Hij heeft ook een crisisopname van 3 tot 21 maart 2011 bij T vermeld. De ontslagbrief van 25 maart 2011 van T vermeldde dat patiënt 5 bij opname sterk gesedeerd was en dat sprake was van rigiditeit. Er werd een start gemaakt met sanering van de medicatie. Bij ontslag voelde patiënt 5 zich weer goed. Psychiater U, werkzaam binnen T stelde als diagnose: As 1: depressieve episode, eenmalig, ernstig, psychotisch en een GAF score van 55. De medicatie was gesaneerd tot Zyprexa 10 mg 1 dd 1, Lormetazepam 1 mg 1 dd 1 en Alprazolam 0,25 1 dd 1. Psychiater S adviseerde een klinische opname met observatie.

Deze opname heeft plaatsgevonden (na sanering van de medicatie) van 26 tot en met 30 september 2011 op de PAAZ van het G. Psychiater M stelde daar als diagnose : As 1: geen psychiatrisch toestandbeeld en een GAF score van 70. Hij zag geen behandelindicatie.

2.16 Op verzoek van het E heeft psychiater V patiënt 6 onderzocht. Hij rapporteerde op 7 juli 2006 dat patiënt 6 onder behandeling was van verweerder. Ondanks een schriftelijk verzoek daartoe heeft hij geen informatie van verweerder ontvangen. Psychiater V stelde als diagnose: op As 1 een nagebootste stoornis met hoofdzakelijk psychische verschijnselen en klachten (dd. dissociatieve stoornis NAO en dd. PTSS) en een GAF score

van 40. Psychiater V adviseerde een opname op een afdeling psychiatrie voor nadere observatie, diagnostiek en eventuele behandeling.

Bij brief van 31 augustus 2006 aan het E heeft verweerder de volgende classificatie vermeld: As 1: depressieve stoornis in engere zin, eenmalige episode met psychotische verschijnselen en levensfaseprobleem met een GAF score van 45. Als medicatie was voorgeschreven: Risperdal 3 mg 3 dd 1, Remeron 45 mg 1 dd 1, Tranxene 10 mg 2 dd 1, Dormicum 15 mg 1 dd 1. Gelet op de teleurstellende therapeutische reactie op dit recept was verweerder voornemens over te gaan op Moclobemide 150 mg, op te hogen tot 3 dd 2 tb.

In zijn brief van 11 april 2008 aan het I heeft verweerder de volgende classificatie vermeld: op As 1 een schizoaffectieve stoornis, depressieve type met een GAF score van 25. Als medicatie was voorgeschreven: Risperdal 4 mg 2 dd 1, Moclobemide 150 mg 2 dd 1, Tranxene 10 mg 2 dd 1 z.n, Dormicum 15 mg 1 dd 1 a.n. z.n. en diclofenac 50 mg 3 dd 1 z.n. Verweerder vermeldde voorts dat sprake was van een chronisch en progressief beloop van het ziektebeeld.

Op 19 september 2011 is op verzoek van het E een multidisciplinaire rapportage uitgebracht door klinisch-psycholoog W en psychiater S Zij hebben het volgende vastgesteld: op As 1 een depressieve stoornis in remissie en simulatie, waarbij geen GAF score kon worden benoemd. Er waren geen aanwijzingen voor een psychiatrische ziekte of gebrek. De rapporteurs konden zich vinden in de conclusies van psychiater V uit 2006.

2.17 Op 18 januari 2011 is in het kader van het strafrechtelijk onderzoek een doorzoeking gedaan in één van de panden van verweerder. Tijdens deze doorzoeking is een groot aantal medicijnen in beslag genomen.

3. De klacht en het standpunt van IGZ

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder in zes patiëntendossiers niet heeft gehandeld overeenkomstig de professionele standaard en de voor hem geldende beroeps- en gedragscodes door:

- A. Onjuiste en ondeugdelijk onderbouwde diagnoses te stellen. Verweerder heeft met betrekking tot patiënt 1, 2, 3, 4, 5 en 6 onjuiste diagnoses gesteld en/of diagnoses niet deugdelijk onderbouwd. In een aantal van de door IGZ onderzochte dossiers is door verschillende onafhankelijke deskundigen geoordeeld dat er geen sprake was van ernstige psychiatrische problematiek. Patiënten hadden in

het geheel geen stoornis of hooguit lichte psychische problematiek, die geen aanleiding vormt voor medische interventie.

- B. Ten onrechte (zware) medicatie voor te schrijven. In de dossiers van de patiënten 1, 3, 4, 5 en 6 is door verschillende onafhankelijke deskundigen geoordeeld dat er geen indicatie was voor de door verweerder voorgeschreven zware medicatie en dat die zware medicatie ook niet paste in een normaal psychiatrische behandeling.
- C. Ernstig tekort te schieten in de dossiervoering. Verweerder is in alle dossiers van de patiënten 1, 2, 3, 4, 5 en 6 ernstig tekortgeschoten in de dossiervoering.
- D. Tekort te schieten in de informatie-uitwisseling met de huisarts/specialisten /uitkeringsinstanties. In verschillende dossiers van verweerder (patiënten 2, 3 en 5) is niet terug te vinden dat verweerder de huisarts op de hoogte heeft gesteld van zijn bevindingen en de door hem ingestelde behandeling en het verloop daarvan. Voorts is in verschillende stukken (E-dossiers en stukken van het OM) terug te vinden dat verweerder niet antwoordde op verzoeken van bijvoorbeeld het E om informatie.
- E. In strijd met de geneesmiddelenwet grote hoeveelheden medicatie in voorraad houden. Bij verweerder zijn grote hoeveelheden medicatie aangetroffen en in beslag genomen. De aangetroffen hoeveelheid mocht verweerder niet in voorraad hebben.
- F. Te handelen in strijd met het algemeen belang gelegen in een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg door de wijze waarop hij zijn praktijk uitoefent, gelet op de verwijten A t/m D in onderling samenhang bezien. Verweerder heeft met zijn handelen ernstige schade toegebracht aan het vertrouwen in de individuele gezondheidszorg en met name de psychiatrie en psychotherapie in diskrediet gebracht. In de werkwijze van de psychiater is een lijn te zien van uiterst gebrekkige dossiervorming, het ontbreken van differentiaal diagnostische en therapeutische overwegingen en voldoende follow-up. Er is geen sprake van enige bijsturing na het stellen van de diagnose, ook niet wanneer andere deskundige(n) een geheel andere visie op de situatie hebben. De manier van het bedrijven van de psychiatrie ligt ver onder de professionele standaard. Verweerder heeft bovendien bewust onjuiste/ondeugdelijk gemotiveerde diagnoses gesteld en (te zware) medicatie voorgeschreven, althans bij verweerder is sprake van grote onkunde in zijn beroepsuitoefening, in de zin dat hij onvol-

doende alert is geweest op simulatie door patiënten, hij zich niet toetsbaar heeft willen opstellen en zich niets gelegen heeft laten liggen aan de andersluidende visies van zijn beroepsgenoten.

IGZ heeft de klachtonderdelen A t/m D nader toegelicht aan de hand van zes patiëntendossiers. Voorts heeft IGZ aangegeven welke specifieke beroepsnormen verweerder haars inziens heeft geschonden. Voor zover nodig wordt daarop in het hiernavolgende ingegaan.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college zal eerst de klachten gericht tegen verweerder in zijn hoedanigheid van arts en psychiater behandelen en vervolgens in zijn hoedanigheid van psychotherapeut.

Hoedanigheid van arts en psychiater

Klachten A (diagnose), B (medicatie) en C (dossiervorming)

5.2 Met betrekking tot de patiënten 1 t/m 6 zijn de juistheid en deugdelijkheid van de door verweerder gestelde (zware) diagnoses gemotiveerd door IGZ betwist, onder meer met deskundigenrapportages. In de medische dossiers van deze patiënten ontbreekt (voldoende) verslaglegging omtrent anamnese, hetero-anamnese, psychiatrisch onderzoek en de wijze van totstandkoming van de diagnose. Hieruit volgt dat de diagnosevorming door verweerder niet navolgbaar is voor het college.

5.3 Voorts wordt geklaagd dat verweerder ten onrechte (zware) medicatie heeft voorgeschreven aan de patiënten 1 en 3 t/m 6. Ook deze klacht wordt door IGZ onderbouwd met deskundigenrapportages. In de desbetreffende medische dossiers bevindt zich geen verantwoording voor de voorgeschreven (zware) medicatie door verweerder. Met name wordt daarin geen blijk gegeven van een (voldoende) controle op de medicatie, gegeven de diagnose, noch van een (voldoende) periodieke evaluatie

daarvan gedurende de behandeling. Behandel(plan)verslagen die hier (voldoende) inzicht in zouden kunnen geven, ontbreken. Uitgaande van de feitelijk gestelde diagnoses door verweerder, acht het college de juistheid van de door verweerder voorgeschreven medicatie niet navolgbaar.

5.4 Voornoemde ontbrekende informatie in de medische dossiers is essentieel voor een kenbaar juist en deugdelijk diagnose- en medicatiebeleid. Deze informatie bevindt zich in het domein van verweerder, die gehouden is deze informatie schriftelijk vast te leggen in het medisch dossier. Dit geldt ook aangaande het beargumenteerd afwijken van de landelijke geldende mono- en multidisciplinaire richtlijnen. Bij gebreke van deze informatie in de medische dossiers is de stelling van verweerder dat de door hem gestelde diagnoses en voorgeschreven medicatie juist en deugdelijk zijn, niet inzichtelijk en derhalve niet toetsbaar.

5.5 Verweerder voert aan dat de deskundigen waarop IGZ zich beroept, bevooroordeeld waren voorzover zij hun onderzoek verrichtten in opdracht van de keuringsinstanties naar aanleiding van een hun bekend fraudevermoeden. Deze verweren falen. In het kader van de herbeoordeling zijn de betreffende patiënten gezien door deskundigen (poliklinisch en/of klinisch), waarover is gerapporteerd. Voorts heeft op basis van dossiers deskundigenonderzoek plaatsgevonden. De in de onderhavige zaak overgelegde deskundigenrapporten weergegeven grondslagen en motivering van de bevindingen en conclusies, zijn inzichtelijk, consistent en deugdelijk onderbouwd, zowel op zich als in onderlinge samenhang beschouwd per patiënt in kwestie. Ook overigens is niet gebleken dat de rapporteurs op onvoldoende neutrale wijze of op basis van onvoldoende objectieve informatie tot hun bevindingen zijn gekomen dan wel onvoldoende deskundig zouden zijn. De deskundigenrapportages kunnen dan ook dienen ter substantiëring van de klacht.

5.6 De stelling van verweerder dat hij geen verweer kan voeren nu IGZ zes concrete patiëntendossiers ten grondslag heeft gelegd aan de klacht, maar die patiënten niet met name noemt, wordt verworpen. Redengevend hiervoor is dat reeds op 12 februari 2014 een gesprek is gevoerd met verweerder en zijn toenmalige raadsman, waarbij een lijst is besproken met daarop de met name genoemde zes patiënten.

5.7 Nu er derhalve tegenover de enkele, niet aan de hand van het medisch dossier toetsbare, stellingname van verweerder wel sprake is van een specifieke, met diverse deskundigenrapporten onderbouwde betwisting daarvan door IGZ, houdt het college het er (overeenkomstig vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie) voor dat verweerder onjuiste en ondeugdelijke (zware) diagnoses heeft gesteld voor de patiënten 1 t/m 6 en ten onrechte (zware) medicatie heeft uitgeschreven voor de patiënten 1 en 3 t/m 6. Tevens stelt het college vast dat verweerder tekort is geschoten aangaande de dossiervorming betreffende deze patiënten.

5.8 Voorgaande overwegingen inzake de klachten A t/m C brengen mee dat verweerder heeft gehandeld in strijd met

-de Gedragsregels voor artsen (art. I.1., I.3, I.8, II.1, II.4, II.8, II.13)

-de Beroepscode voor psychiaters (art. I.1, I.2, I.3, II.1, II.3, II.10)

-de Herziene Profielschets Psychiater.

Hieruit volgt dat verweerder de eerste tuchtnorm als neergelegd in artikel 47 lid 1 onder a Wet BIG heeft geschonden. Deze tuchtnorm is gericht op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsbeoefenaar behoort te betrachten jegens de patiënt of de naaste betrekkingen.

5.9 De klachten A t/m C zijn derhalve gegrond.

Klacht D (informatie-uitwisseling)

5.10 Deze klacht, die ten aanzien van de patiënten 2 en 5 betrekking heeft op informatie-uitwisseling met de huisarts en ten aanzien van patiënt 3 met het E, is niet betwist door verweerder. Ook overigens is niet gebleken dat verweerder aan zijn verplichting tot informatie-uitwisseling in voormelde zin heeft voldaan. Aldus heeft verweerder gehandeld in strijd met de Gedragsregels voor psychiaters (art. III.4). Verweerder heeft hiermee de eerste tuchtnorm geschonden. Klacht D is derhalve gegrond.

Klacht E (voorraad medicatie)

5.11 Ook deze klacht is niet betwist door verweerder. Vaststaat dat verweerder voornoemde hoeveelheden medicatie in voorraad heeft gehad, terwijl niet gesteld noch gebleken is dat sprake was van een uitzonderingssituatie krachtens de

Geneesmiddelenwet (Gnw). Aldus heeft verweerder in strijd gehandeld met artikel 61 lid 1 Gnw. Verweerder heeft verklaard dat hij voornemens was deze medicatie mee te nemen naar Turkije vanwege de daar bestaande behoefte aan dergelijke medicatie, ook als de houdbaarheidstermijn verlopen was. Dit doet bepaald niet af aan het tuchtrechtelijk verwijt. Gelet op de medische risico's die gepaard gaan met het in voorraad hebben van een verboden hoeveelheid medicatie, heeft dit handelen van verweerder weerslag op de individuele gezondheidszorg. Verweerder heeft aldus de tweede tuchtnorm geschonden. Klacht E is derhalve gegrond.

Klacht F (algemeen belang, 2e tuchtnorm):

5.12 Het college is van oordeel dat verweerder, gelet op zijn hiervoor beoordeelde klachtwaardige handelen en nalaten (klachten A t/m E) in onderlinge samenhang gezien, tevens de tweede tuchtnorm heeft geschonden.

In de werkwijze van verweerder is een lijn te zien van uiterst gebrekkige dossiervorming, het ontbreken van deugdelijk onderbouwde differentiaal diagnostische overwegingen en schriftelijke verantwoording van voorgeschreven (zware) medicatie in de medische dossiers van betrokken patiënten, alsmede een herhaald gebrek aan communicatie met betrokken huisartsen en de uitkeringsinstantie. Bovendien heeft verweerder een onacceptabele, aanzienlijke hoeveelheid (zware) medicatie in voorraad gehad. Reeds vanwege dit laakbaar handelen in onderling verband gezien, is sprake van een manier van psychiatrie bedrijven die structureel ver onder de professionele standaard van de beroepsgroep ligt. Deze handelwijze van verweerder heeft weerslag op de individuele gezondheidszorg. Daarmee is de handelwijze van verweerder in strijd met het algemeen belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

5.13 Het college acht de tweede tuchtnorm bovendien geschonden op grond van het volgende.

Het college acht aannemelijk dat de uitkering krachtens de sociale verzekeringswetgeving en/of het persoonsgebonden budget ten aanzien van onderhavige zes patiënten als gevolg van de uitgevoerde expertises is (her)beoordeeld en vervolgens is stopgezet dan wel niet verleend. Het college neemt aan dat deze patiënten met financieel oogmerk hebben gesimuleerd ten aanzien van hun gezondheidssituatie, waarbij ernstige ziektebeelden werden voorgewend, zowel bij de keuringsinstantie(s) als

tijdens vervolgonderzoek door deskundigen nadat twijfel was ontstaan omtrent de rechtmatigheid van de aanvragen. Verweerder heeft zelf aangegeven dat het hem uiteindelijk duidelijk is geworden dat het patiënten betrof die een aandoening simuleerden om zo een uitkering te krijgen.

Het college stelt vast dat verweerder weliswaar geen keuringsarts was maar behandelend psychiater, doch dat in alle zes gevallen verweerder wist althans redelijkerwijs kon weten dat sprake was van een situatie waarin een uitkering dan wel persoonsgebonden budget aan de orde was en waarbij de bevindingen van verweerder relevant waren of konden zijn voor de beoordeling daarvan.

Het college is van oordeel dat verweerder onvoldoende alert is geweest op simulatie en/of uitlatingen zijdens zijn patiënten met voormeld financieel oogmerk. Uit niets blijkt dat verweerder op de mogelijkheid van dergelijke onregelmatigheden heeft doorgevraagd, terwijl hij hiertoe in zijn hoedanigheid van behandelend psychiater wel gehouden was, bijvoorbeeld door het inwinnen van aanvullende informatie via een hetero-anamnese of het opvragen van aanvullende documentatie. Ook had verweerder, wederom gelet op voormelde context en nog afgezien van het aanzienlijke risico van gezondheidsschade, alert moeten zijn op het mogelijk belang van patiënten bij het slikken van sederende medicatie ten behoeve van het welslagen van simulatie bij de uitkeringsinstanties dan wel door deze ingeschakelde deskundigen.

Psychiaters dienen bij het komen tot diagnostiek in de volle breedte alert te zijn en dus ook bedacht te zijn op eventuele simulatie of aggraving van klachten voor persoonlijk of financieel gewin. Ook de psychiater krijgt immers te maken met patiënten die in aanmerking (willen) komen voor een sociale verzekeringsuitkering en/of een persoonsgebonden budget en die dus een financieel belang hebben bij hun diagnose. Hiermee is een maatschappelijk belang gemoeid, te weten het beheer en gebruik van gemeenschapsgelden, waarvoor ook de behandelend psychiater een eigen maatschappelijke medeverantwoordelijkheid heeft. Verweerder heeft hierin ernstig gefaald. Dit heeft een eigen en specifieke weerslag op de individuele gezondheidszorg, gelet op de schending van het vertrouwen dat daarin gesteld moet kunnen worden.

5.14 Het verweer dat dit hem niet kan worden verweten omdat hij 'in het ootje is genomen' door frauderende patiënten wordt door het college niet gevolgd, gelet op met name:

- de frequentie ervan,

- de gebrekkige dossiervorming,
- het ontbreken van kritische (zelf-)reflectie aangaande deze patiënten,
- de afhoudendheid van verweerder om betrokken uitkeringsinstantie dan wel huisartsen te informeren.

5.15 Concluderend heeft verweerder op bovengenoemde gronden gehandeld in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en derhalve de tweede tuchtnorm geschonden. Klacht F is derhalve gegrond.

Hoedanigheid van psychotherapeut

Klachten A, B, D en E:

5.16 Het college is van oordeel dat voor zover de klachten A, B, D en E verweerder betreffen in zijn hoedanigheid van psychotherapeut onvoldoende zijn onderbouwd. Deze klachten zijn derhalve ongegrond.

Klacht C:

5.17 Ter zitting heeft verweerder aangegeven dat hij zijn patiënten niet alleen als psychiater maar ook als psychotherapeut behandelde, en aldus voorzag in een gecombineerde behandelmethode.

Het college stelt als onweersproken vast dat verweerder ook in zijn hoedanigheid van psychotherapeut niet heeft zorggedragen voor toereikende dossiervorming betreffende de onderhavige patiënten. In deze dossiers ontbreken een behandelovereenkomst, een behandelplan en een weergave van aard en voortgang van de behandeling.

Verweerder heeft aldus gehandeld in strijd met de Beroepscode voor psychotherapeuten (artikel II.2.1.2.2.). Daarmee heeft verweerder op basis van dezelfde overwegingen als weergegeven onder 'hoedanigheid van arts en psychiater' de eerste tuchtnorm geschonden. Klacht C is derhalve gegrond.

Klacht F:

5.18 Het college is van oordeel dat de gegronde klacht F in de hoedanigheid van verweerder als arts en psychiater, een dermate grote weerslag heeft op zijn functioneren als beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg in algemene zin, dat ook zijn functioneren als psychotherapeut hierdoor geraakt wordt. Dit klemmt temeer daar verweerder in zijn

gangbare behandelmethodes geen onderscheid lijkt te maken ten aanzien van zijn hoedanigheid van arts en psychiater dan wel psychotherapeut. Hieruit volgt dat klacht F tevens gegrond is met betrekking tot laatstgenoemde hoedanigheid op basis van dezelfde overwegingen als weergegeven onder 'hoedanigheid van arts en psychiater'.

Conclusie

5.19 De conclusie van het voorgaande is dat de klachten tegen verweerder in zijn hoedanigheid van arts en psychiater alle gegrond zijn. De klachten A, B en D betreffende verweerder in zijn hoedanigheid van psychotherapeut zijn ongegrond, terwijl de klachten C en F gegrond zijn. Verweerder heeft in zoverre gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG jegens patiënten had behoren te betrachten.

Aan hetgeen partijen over en weer nog meer naar voren hebben gebracht dan wat hiervoor is besproken, zal als voor de beslissing van geen belang geen aandacht worden besteed.

De op te leggen maatregel

5.20 Het college houdt bij de oplegging van de maatregel rekening met de ernst van de aan verweerder gemaakte verwijten, zoals hiervoor is overwogen. Verweerder is structureel en op verschillende essentiële terreinen en zowel in zijn hoedanigheid van arts en psychiater als van psychotherapeut tekort geschoten in de individuele gezondheidszorg voor zijn patiënten. Bovendien heeft hij het algemeen belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg op ernstige wijze geschonden. Verweerder heeft door zijn handelwijze immers niet alleen de kwaliteit maar ook de integriteit van in het bijzonder de psychiatrie in diskrediet gebracht. Hij heeft aldus ernstige schade toegebracht aan het vertrouwen in de individuele gezondheidszorg, en inbreuk gemaakt op het maatschappelijk belang dat daarmee gemoeid is. Het college rekent dit verweerder zwaar aan.

5.21 Bij de beoordeling van de mate van laakbaarheid wordt tevens betrokken het ontbreken van enige zelfreflectie bij verweerder. Hij lijkt zichzelf vooral te beschouwen als slachtoffer van externe omstandigheden waaraan hij geen debet heeft. Op geen enkel moment heeft verweerder enige verantwoordelijkheid getoond voor zijn eigen handelwijze, laat staan uiting gegeven aan enige intentie tot verbetering daarvan.

Evenmin heeft verweerder enige vorm van betrokkenheid laten zien bij de aanzienlijke (maatschappelijke) belangen van de individuele gezondheidszorg die hier in het geding zijn. Daarmee schort het verweerder in ernstige mate aan een professionele beroepshouding. Nu verweerder niet doordrongen lijkt te zijn van de ernst en omvang van de hem gemaakte verwijten, bestaat er geen aanleiding te veronderstellen dat de beroepsopvatting en -uitoefening van verweerder vatbaar zijn voor verbetering in de toekomst. Het college mist dan ook het vertrouwen dat verweerder in de toekomst een herhaling van de onderhavige feiten zal weten te voorkomen. Dit klemmt temeer nu verweerder ter zitting niets heeft willen verklaren over zijn huidige werkzaamheden en professionele toekomstplannen. Het college acht deze stand van zaken, gelet op de belangen die op het spel staan, uiterst zorgwekkend.

5.22 Het college betreft in haar overwegingen voorts dat verweerder eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld in 2010, waarbij hem een waarschuwing is opgelegd in zijn hoedanigheid van psychiater wegens het onbereikbaar zijn voor de klaagster in kwestie. Bovendien is verweerder bij beslissingen van dit college van heden in de zaken met kenmerk 14/308 en 15/047 tuchtrechtelijk veroordeeld tot (in beide zaken) een onvoorwaardelijke schorsing van de inschrijving van verweerder in het BIG-register als arts en psychiater voor de duur van één jaar, wegens het niet meewerken aan een onderzoek door zorgverzekeraars met wie verweerder in zijn hoedanigheid van psychiater een samenwerkingsovereenkomst had gesloten, naar eventuele declaratiefraude.

5.23 Tot slot acht het college gelet op de ernst en omvang van de gemaakte verwijten het belang van generale preventie binnen de beroepsgroep van evident belang.

5.24 Alles overziend acht het college oplegging van de zwaarste maatregel noodzakelijk, te weten het bevel tot doorhaling van de inschrijving van verweerder in beide hoedanigheden in het BIG-register. De strafrechtelijke vervolging, de doorgemaakte voorlopige hechtenis, de negatieve publiciteit en de overige aangevoerde persoonlijke omstandigheden van verweerder kunnen niet afdoen aan deze noodzaak.

5.25 Het college beslist daarbij dat deze maatregel onmiddellijk van kracht wordt, nu het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg, te weten het

voorkomen van herhaling van de onderhavige feiten, zulks vordert. Voorts zal om redenen aan het algemeen belang ontleend de publicatie van deze beslissing op na te noemen wijze worden gelast.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege

- verklaart de klachten A t/m F tegen verweerder in zijn hoedanigheid van arts en psychiater gegrond,
- verklaart de klachten C en F betreffende verweerder in zijn hoedanigheid van psychotherapeut gegrond,
- verklaart de klachten A, B, D en E betreffende verweerder in zijn hoedanigheid van psychotherapeut ongegrond,
- beveelt de doorhaling van de inschrijving van verweerder in het BIG-register in zijn hoedanigheid van arts en psychiater,
- legt deze maatregel, bij wijze van voorlopige voorziening, aan de verweerder op zulks met onmiddellijke ingang totdat deze beslissing onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd
- beveelt de doorhaling van de inschrijving van verweerder in het BIG-register in zijn hoedanigheid van psychotherapeut,
- legt deze maatregel, bij wijze van voorlopige voorziening, aan de verweerder op zulks met onmiddellijke ingang totdat deze beslissing onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd,
- bepaalt dat deze beslissing ingevolge artikel 71 Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, De Psychiater en Gezondheidszorg Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 13 oktober 2015 door:

mr. P.J. van Eekeren, voorzitter,

dr. C.M. Sonnenberg, T. van der Veer, dr. M.H. Braakman, dr. C.H.J.A.M. van de Vijfeijken, P. Citroen en dr. R.J. Takens, leden-beroepsgenoten,

14/394

mr. S. Colsen, lid-jurist,

mr. S.S. van Gijn, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 8 december 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. P.J. van Eekeren, voorzitter

w.g. S.S. van Gijn, secretaris