

## Nieuwsbrief - GZR Updates 2026-7

Nummer 7, 2026

*Redactie: Mr. P.J.V. Bertrams, mr. dr. R.P. Wijne, mr. L. Beij, mr. J.W. Bosman, mr. M. Christe, mr. A.C. de Die, mr. M.A. Goldschmidt, mr. J.F. Groen, mr. N.A.D. Groot, mr. I.W. Hanemaaijer, mr. M.M. Hofstee, mr. A. Jagt, mr. J.M. Janson, mr. drs. C. van der Kolk, mr. X.R. van der Kruk-Ras, mr. I.J. de Laat, mr. E. Lam, mr. M. Martin, mr. A.M. De Nijs, mr. C. Pluijgers, mr. T.R. Riemersma, mr. A. Rube, mr. D. Schuurman, mr. S. Snelder, mr. C. Velink, mr. C.W.M. Verberne, mr. H.B.M. Vrieling, mr. J.M. de Vries, mr. D. van der Wal en mr. K.S. Waldron.*

### INHOUDSOPGAVE

#### Hof van Justitie van de Europese Unie

[Hof van Justitie van de Europese Unie, ECLI:EU:C:2026:248](#) 26-03-2026

HvJ EU: verjaringstermijn productaansprakelijkheid start bij progressieve ziekte niet op tijdstip van consolidatie van de schade (maar gewoon bij de bekendheid).

#### Rechtbank

[Rechtbank Rotterdam, ECLI:NL:RBROT:2026:2489](#) 09-03-2026

Voorzieningenrechter laat ziekenhuisverbod na bedreiging in stand.

[Rechtbank Amsterdam, ECLI:NL:RBAMS:2025:11338](#) 11-09-2025

Onvoldoende (rechtens te respecteren) belang bij voorlopig deskundigenbericht.

#### Tuchtcolleges

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2026:52](#) 25-03-2026

Niet-naleving voorwaarden leidt tot tenuitvoerlegging schorsing.

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2026:52](#) 25-03-2026

Beroep tegen openbare publicatie in het BIG-register van de opgelegde berisping gegrond.

#### Uitspraken zonder ECLI

[Geschillencommissie ziekenhuizen](#) 30-01-2026

Bij verschillende lezingen kan klacht niet gegrond worden verklaard.

*Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI*

**Annotatie**

**Haviltexen in de zorgverzekeringsovereenkomst**

*mr. E. Jacobs*

ANNOTATIE

## **Haviltexen in de zorgverzekeringsovereenkomst**

***mr. E. Jacobs***

### **Inleiding**

De uitleg van verzekeringsvoorwaarden is een interessant onderwerp waar het de zorgverzekeringsovereenkomst betreft. De reden is dat de omvang van de verzekerde prestaties in beginsel is geregeld in het Besluit Zorgverzekering en verzekeraars dus niet zelf de omvang van de dekking mogen bepalen, maar de zorgverzekeringsovereenkomst tegelijkertijd in beginsel een schadeverzekeringsovereenkomst is. Dat betekent dat, tenzij er uitzonderingen zijn opgenomen in de Zorgverzekeringswet, de regels van het verzekeringsrecht uit Titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek (BW) van toepassing zijn evenals andere regels uit het overeenkomstenrecht.

Zorgverzekeraars kunnen hun verzekeringsvoorwaarden in eigen woorden vormgeven, als zij daarvoor kiezen, maar hebben dus niet zoveel te zeggen over voor welke zorg zij dekking willen verlenen of niet. Dit geldt overigens vooral voor de voorwaarden die betrekking hebben op de vergoeding van zorg. Andere bepalingen, zoals bepalingen over de hoogte van de vergoeding van zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgverlener, bepalingen over cessie en bepalingen over het eigen risico mogen door de zorgverzekeraars zelf worden bepaald.

In de onderhavige zaak speelt de uitleg van de verzekeringsovereenkomst.[1] Het gaat om een bepaling over medisch-specialistische zorg. De vraag is of via een persoonsgebonden budget uit de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) daarvoor vergoeding mogelijk is. Door toepassing van het Haviltex-criterium komt de rechter, kort gezegd, tot de conclusie dat de verzekerde geen recht heeft op het Zvw-pgb. In deze bijdrage analyseer ik het gebruik van het Haviltex-criterium om de zorgverzekeringsovereenkomst uit te leggen.

Allereerst worden de feiten van de zaak besproken en de uitspraak van de rechter. Daarna bespreek ik kort enkele opvallende punten. Deze bijdrage wordt vervolgens afgesloten met een conclusie.

## Waar gaat het om?

De eiser in deze zaak is verzekerd bij zorgverzekeraar Zilveren Kruis. De eiser heeft een nierziekte waarvoor hij in ieder geval zeven tot acht uur per nacht nierdialyse thuis moet krijgen. Zijn echtgenote helpt hem bij deze thuisdialyse. Dit houdt in dat zij hem assisteert, maar ook intervenueert bij storingen of andere calamiteiten. Zij heeft hiervoor een speciale cursus gevolgd. Voor deze hulp ontving de eiser een Zvw-pgb in de periode mei 2017 tot mei 2019. De nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb is vervolgens afgewezen, omdat volgens Zilveren Kruis al een vergoeding is gegeven voor de nierdialysezorg aan Dianet, een medisch-specialistisch centrum voor dialysezorg. Vervolgens heeft de eiser opnieuw op 17 augustus 2022 een aanvraag voor een Zvw-pgb ingediend, maar ook deze is afgewezen. Volgens Zilveren Kruis is er geen ruimte voor toekenning van een Zvw-pgb, omdat de thuisdialyse onder medisch-specialistische zorg valt en daarom op basis daarvan wordt vergoed. Die vergoeding wordt echter verstrekt aan Dianet. De eiser is het er niet mee eens en stapt naar de rechter. Volgens de eiser valt de zorg weliswaar onder medisch-specialistische zorg, maar sluit de tekst van de verzekeringsvoorwaarden niet uit dat de zorg die de echtgenote van de eiser levert onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' valt. De eiser heeft daarom recht op een Zvw-pgb. Volgens de zorgverzekeraar is de bepaling duidelijk. Uit de uitspraak blijkt eveneens dat de zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat bij de uitleg van bepalingen in de zorgverzekering de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving ook moeten worden meegenomen.

De rechtbank gaat niet in mee in het betoog van de eiser. Beide partijen zijn het erover eens dat er sprake is van medisch-specialistische zorg. De vraag die nu voorligt, is of de verzekeringsvoorwaarden zo moeten worden uitgelegd dat de zorg die de echtgenote levert ook onder de zorg vanuit het Zvw-pgb valt. De rechtbank stelt voorop dat bij de uitleg van de polisvoorwaarden de Haviltex-maatstaf moet worden toegepast. Dit houdt in dat bij de uitleg rekening moet worden gehouden met de betekenis die de partijen over en weer redelijkerwijs aan de voorwaarden mochten toekennen en wat zij over en weer van elkaar mochten verwachten (zie r.o. 4.4). Het gaat hierbij om de bewoording van de bepalingen, in de context van het geheel van de verzekeringsvoorwaarden, en, zo oordeelt de rechtbank, de context van de Zorgverzekeringswet. Deze wet moet worden meegenomen, omdat het verzekerde pakket dwingendrechtelijk is voorgeschreven.

In de voorwaarden staat onder andere: 'Let op! De reguliere kosten voor thuisdialyse, zoals apparatuur, deskundige begeleiding, onderzoek en behandeling worden vergoed op basis van medisch specialistische zorg, zie hiervoor artikel B.28.' Zilveren Kruis heeft volgens de rechtbank voldoende toegelicht dat uit de systematiek van de Zorgverzekeringswet volgt dat de thuisdialyse onder medisch-specialistische zorg valt. Voorts blijkt dit uit de website van

Zorginstituut Nederland, waarop staat dat dialysezorg onder medisch-specialistische zorg valt (Zorginstituut Nederland is belast met de uitleg van de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving). Verder mag dezelfde zorg niet vanuit meerdere prestaties worden vergoed. Dit wordt duidelijk uit onder meer het uitgangspunt dat de Nederlandse Zorgautoriteit hanteert, aldus de rechtbank. Op deze manier wordt dubbele bekostiging voorkomen. Dit betekent dat de dialysezorg ofwel uit het potje 'medisch-specialistische zorg' moet komen, ofwel uit het potje 'Zvw-pgb'. De rechtbank komt tot de conclusie dat de zorg voor thuisdialyse in zijn geheel onder medisch-specialistische zorg valt en aldus onder die categorie vergoed moet worden. De eiser heeft geen aanspraak op een Zvw-pgb.

### **Waarom is deze uitspraak interessant?**

De uitspraak roept wellicht een gevoel van onrecht op. De thuisdialyse wordt, in ieder geval 's nachts, geheel door de echtgenote van de eiser uitgevoerd. Dit legt een bepaalde druk op de echtgenote van eiser en zij heeft voor de handelingen die zij moet verrichten ook een opleiding gevolgd. Deze handelingen zouden overdag worden uitgevoerd door een verpleegkundige, maar er is gekozen om de dialyse thuis 's nachts uit te voeren, zodat de eiser een betere kwaliteit van leven heeft. In plaats van dat de echtgenote een vergoeding krijgt voor de zorg die zij levert, wordt deze zorg aan de zorginstelling betaald, die deze zorg in feite dus niet (geheel) levert. De rechtbank heeft kennelijk oog gehad voor deze constructie, door overweging 4.12 toe te voegen waarin de rechtbank aangeeft dat deze situatie niet redelijk en billijk is, maar desalniettemin niet aan de zorgverzekeraar kan worden toegerekend.

Met betrekking tot de uitleg van de verzekeringsvoorwaarden wil ik twee opmerkingen maken. Ten eerste blijkt uit de uitspraak dat de rechtbank niet van oordeel is dat de verzekeringsvoorwaarden onduidelijk of onbegrijpelijk zijn. Beide partijen geven slechts een andere uitleg van wat er onder de voorwaarden valt. Hoewel je zou kunnen betogen dat wanneer er verschillende lezingen mogelijk zijn er per definitie sprake is van een onduidelijk of onbegrijpelijk beding, lijkt mij dat in deze zaak in ieder geval niet het geval. De bewoordingen van de bepaling, zoals hierboven geciteerd, zijn duidelijk en niet voor meerderlei uitleg vatbaar: de zorg die de echtgenote van de eiser levert, valt onder medisch-specialistische zorg. Daarover lijkt ook geen twijfel te bestaan tussen de partijen. Daarom wordt ook niet toegekomen aan toepassing van de contra proferentem-regel uit artikel 6:238 lid 2 BW waarbij de voorwaarden in het voordeel van de consument moeten worden uitgelegd als de uitleg van de consument ten minste een redelijke is. Dat was anders in bijvoorbeeld een uitspraak van de rechtbank Rotterdam, waarin de bepaling met betrekking tot tandheelkundige zorg op meerdere manieren kon worden uitgelegd. Deze bepaling was niet zo duidelijk met als gevolg dat de voor de verzekerde meest gunstige uitleg prevaleerde, zelfs ondanks dat de verzekeraar de letterlijke tekst uit het Besluit zorgverzekering had

overgenomen. De onduidelijkheid moest voor rekening en risico komen van de verzekeraar, zo vond de rechtbank.[2] Als de rechter dus een voorwaarde onduidelijk vindt en de uitleg van de verzekeringnemer/verzekerde een redelijke uitleg is, dan kan dat ertoe leiden dat de verzekerde meer krijgt dan waar hij mogelijk volgens de bedoeling van de wetgever recht op zou hebben.

Deze situatie is hier niet aan de orde. Aangezien partijen het erover eens zijn dat de zorg onder medisch-specialistische zorg valt en dit ook uit de voorwaarden blijkt, blijft in feite de vraag over of de zorg óók uit het Zvw-pgb mag worden vergoed. De rechtbank past voor de beantwoording van die vraag het Haviltex-criterium toe. Dit houdt in dat niet alleen de taalkundige uitleg van de voorwaarden geldt, maar ook wat de partijen gegeven de omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan de bepalingen mogen toekennen en van elkaar mogen verwachten. Ook telt mee welke kennis de partijen hebben.[3] Ook andere omstandigheden kunnen worden meegenomen. Zo is in dit geval het karakter van de basiszorgverzekering meegenomen. De zorgverzekering is geen gewone schadeverzekering, maar een schadeverzekering die wordt geregeld door de Zorgverzekeringswet, een *lex specialis* van verzekeringen.[4] De Zorgverzekeringswet en de aanverwante regelgeving mogen in de toepassing van het Haviltex-criterium worden meegenomen.[5] In het licht van alle omstandigheden van het geval had de rechtbank in deze zaak mijns inziens ook niet tot een andere conclusie kunnen komen dan dat de lezing van de eiser niet volgt uit het geheel van de voorwaarden en het karakter van de zorgverzekering. De uitleg van de eiser is geen redelijke uitleg.

Het tweede punt dat ik wil aanstippen, is de manier van uitleg. De rechtbank heeft gekozen voor de Haviltex-maatstaf. Zoals ik echter hiervoor heb uitgelegd, hebben noch de zorgverzekeraar, noch de verzekeringnemer kunnen onderhandelen over de verzekeringsvoorwaarden. De zorgverzekeraar heeft weliswaar bepaalde vrijheden om de bewoording van de voorwaarden zelf te kiezen, maar hij doet er verstandig aan om zo dicht mogelijk bij de bewoording van het Besluit te blijven. Dat brengt immers de grootst mogelijke zekerheid met zich dat de zorgverzekeraar niet meer of minder dan wat hij mag vergoeden ook daadwerkelijk vergoedt. Hierdoor zijn, mijns inziens, beide partijen voor een groot deel van de voorwaarden gebonden aan wat een derde, namelijk de wetgever, oplegt. Dat werpt de vraag op of er misschien ruimte is voor toepassing van de cao-norm waar het gaat om de uitleg van de voorwaarden, mits de voorwaarden uit het Besluit zijn overgenomen.[6] De cao-norm vereist een striktere taalkundige uitleg van de voorwaarden dan het geval is bij toepassing van het Haviltex-criterium. De taalkundige uitleg van een voorwaarde gaat boven de partijbedoelingen.[7] Toepassing van dit criterium vindt eerder plaats wanneer geen van de individuele partijen heeft onderhandeld over de voorwaarden, zoals bijvoorbeeld het geval is

bij cao's. De individuele werkgever heeft immers niet met de individuele werknemer een cao afgesproken, vergelijkbaar met de dekkingvoorwaarden waarover de individuele zorgverzekeraar niet heeft onderhandeld met de individuele verzekeringnemer.

Mijns inziens zou toepassing van de cao-norm verdedigd kunnen worden in het licht van het karakter van de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat zou ertoe leiden dat de uitleg van de voorwaarden (nog) meer geobjectiveerd wordt dan in de onderhavige uitspraak het geval is geweest. De taalkundige uitleg zou dan ook een grotere rol spelen. In deze uitspraak zou dat echter niet tot een andere uitkomst hebben geleid en dat zal in de meeste gevallen zo zijn, maar het is goed om bewust te zijn van de verschillende mogelijkheden die er zijn voor uitlegkwesties. Daar waar ruimte is, ben ik van mening dat de manier van uitleg die voor de verzekerde, de consument, het meest gunstig is, prevaleert.

### **Tot slot**

De uitleg van verzekeringsvoorwaarden van zorgverzekeringsovereenkomsten is mijns inziens een interessante kwestie, omdat de Zorgverzekeringswet en daaraan verwante regelgeving een grote rol spelen bij de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. De besproken uitspraak heeft geleid tot een uitkomst die voor de eiser ongunstig was en voor de lezer van de uitspraak wellicht een gevoel van onrecht oproept. De rechtbank kon echter mijns inziens niet tot een andere conclusie komen. Desalniettemin lijkt het mij goed om de verschillende manieren van uitleg in het achterhoofd te houden waarbij in geval van de zorgverzekeringsovereenkomst de meest gunstige manier voor de verzekerde moet prevaleren.

*Mr. E. (Eva) Jacobs*

*Secretaris KIFID*

[1] Rb. Den Haag 18 juni 2025, ECLI:NL:RBDHA:2025:14810.

[2] Rb. Rotterdam 28 september 2018, ECLI:NL:RBROT:2018:8049.

[3] HR 13 maart 1981, ECLI:NL:HR:1981:AG4158.

[4] H.J.J. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridisch 2024.

[5] Zie naar analogie over de aard van de verzekeringsovereenkomst HR 13 april 2018, ECLI:NL:HR:2018:601, NJ 2018/463, en M.L. Hendrikse, Ph.H.J.G. van Huizen & J.G.J. Rinkes, *Verzekeringsrecht*, Deventer: Wolters Kluwer 2023, p. 42-44.

[6] M.L. Hendrikse, Ph.H.J.G. van Huizen & J.G.J. Rinkes, *Verzekeringsrecht*, Deventer: Wolters Kluwer 2023, p. 44-46.

[7] Zie onder andere HR 28 juni 2002, ECLI:NL:HR:2002:AE4366, *NJ* 2003/111, en HR 20 februari 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO1427, *NJ* 2005/493.

RECHTSPRAAK

## **Voorzieningenrechter laat ziekenhuisverbod na bedreiging in stand.**

***Kort geding. Een man bedreigt een ziekenhuismedewerker, waarna het ziekenhuis de man de toegang tot het ziekenhuis voor een jaar ontzegt. De man vordert, zeven maanden na dato, opheffing van het ziekenhuisverbod. Tevergeefs. Hard bewijs ontbreekt, maar in het kader van dit kort geding wordt voldoende aannemelijk dat de man de bedreiging heeft geuit. De bedreiging rechtvaardigt het verbod. De duur is niet disproportioneel. Het ziekenhuis hoefde niet eerst een waarschuwing te geven. Voor opheffing blijkt niet van een voldoende spoedeisend belang.***

*Feiten*

Een terminaal zieke vrouw is opgenomen in het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASZ). De zoon van de vrouw is het er niet mee eens dat een euthanasiegesprek tussen zijn moeder en het ASZ door het ASZ wordt uitgesteld. Hij belt in emotionele toestand het ASZ en bedreigt een medewerker met de woorden: 'Als dat niet lukt, kom ik persoonlijk naar het ziekenhuis en neem ik mijn mes mee en zet ik die op de keel van de oncoloog, zodat er vandaag alsnog een gesprek komt.' De medewerker belt de beveiliging van het ziekenhuis. Die neemt haar verhaal op en schakelt de veiligheidscoördinator in. Na ook zelf de medewerker te hebben gesproken, belt de veiligheidscoördinator de man op. Die ontkent niet het telefoongesprek, maar wel de bedreiging. De veiligheidscoördinator legt dat voor aan de medewerker en die handhaaft haar verhaal. Het ASZ registreert het voorval als incident, doet aangifte van bedreiging en ontzegt de man de toegang tot het ziekenhuis voor een jaar. In verband met de aangifte neemt de politie het vuurwapen van de man, waarvoor hij een vergunning heeft, in beslag. De ziekenhuismedewerker gaat pas weer aan het werk nadat de vrouw uit het ziekenhuis is ontslagen.

In dit kort geding, dat de man zeven maanden na dato start, vordert hij opheffing van het

ziekenhuisverbod en verwijdering van de signalering van het verbod uit zijn elektronisch patiëntendossier. Hij ontkent de bedreiging en stelt dat er geen goede grond is om hem de toegang tot het ziekenhuis te ontzeggen en dat de maatregel disproportioneel is.

#### *Oordeel*

Dat het ASZ geen harde bewijzen heeft overgelegd van de inhoud van het telefoongesprek, is juist, maar naar het oordeel van de voorzieningenrechter heeft de man, gelet op de geschetste wel vaststaande omstandigheden, de schijn tegen. Er is geen enkele reden om aan te nemen dat de medewerker alles verzonnen heeft.

Een bedreiging als hier geuit, is voldoende grond voor het opleggen van een ziekenhuisverbod, zo vervolgt de voorzieningenrechter. In dit geval heeft het ASZ een verbod voor een jaar opgelegd. Dat acht de voorzieningenrechter gezien de aard van de geuite bedreiging vooralsnog niet disproportioneel.

De man onderbouwt niet waarom het verbod nu alsnog van tafel moet. Hij heeft desgevraagd geen medische hulp nodig en het verbod geldt niet voor spoedeisende hulp. Dat in theorie zijn kinderen of zijn schoonmoeder kunnen worden opgenomen, geeft niet een voldoende concreet en spoedeisend belang, aldus de voorzieningenrechter. Bovendien zijn er meerdere ziekenhuizen in de buurt en gesteld noch gebleken is dat uitwijken daarnaartoe bezwaarlijk is.

De man heeft de gelegenheid gehad telefonisch zijn kant van het verhaal te doen. Vooralsnog ziet de voorzieningenrechter niet wat het ASZ meer had moeten doen alvorens het verbod op te leggen. Ook hoefde het ASZ niet te besluiten om eerst een waarschuwing te geven. Het is tot op zekere hoogte aan een ziekenhuis om te beoordelen welke maatregelen hij passend vindt als zijn gedragscode wordt geschonden. Dat het ASZ direct een ziekenhuisverbod heeft opgelegd en niet eerst een waarschuwing heeft gegeven, komt de voorzieningenrechter, gezien de ernstige aard van de uitlatingen, niet onterecht voor, en het interne ziekenhuisbeleid geeft die ruimte ook.

Dat betrokkene zijn hobby (schieten) niet kan uitoefenen, komt niet vast te staan en legt daarom geen gewicht in de schaal.

Omdat er op dit moment van uit wordt gegaan dat de man de uitlatingen heeft gedaan die hebben geleid tot het ziekenhuisverbod, en geen van de argumenten van de man doel treffen, ziet de voorzieningenrechter onvoldoende grond voor het treffen van een voorziening. En nu vooralsnog onvoldoende aannemelijk is dat het verbod ten onrechte is opgelegd, is voor de verwijdering van de signalering van het verbod uit het patiëntendossier ook geen reden.

De voorzieningenrechter wijst de vorderingen van de man af.

*mr. dr. R.P. Wijne*

---

**Instantie:** Rechtbank Rotterdam

**Datum uitspraak:** 09-03-2026

**ECLI:** ECLI:NL:RBROT:2026:2489

**Zaaknummer:** C/10/714514 / KG ZA 26-124

**Rechters:** P. de Bruin

**Advocaten:** S. Slabbers en T.G.F. Lourents

**Wetsartikelen:**

## RECHTSPRAAK

### **Bij verschillende lezingen kan klacht niet gegrond worden verklaard.**

***Een patiënt is niet tevreden over de wijze waarop hij te woord is gestaan en verzoekt schadevergoeding van € 20.000. De zorgverlener heeft excuses aangeboden. De geschillencommissie kan vanwege de uiteenlopende lezingen niet vaststellen dat onzorgvuldig is gehandeld.***

#### *Feiten*

Een patiënt is zonder afspraak naar het ziekenhuis gegaan om een verwijsbrief zoals geschreven door een ander ziekenhuis, te corrigeren. De arts die patiënt te woord stond had maar vijf minuten, niets te vertellen en gebruikte agressieve bewegingen om hem de deur te wijzen. Patiënt vordert een schadevergoeding van € 20.000. Het ziekenhuis voert aan dat patiënt zonder afspraak naar het ziekenhuis is gekomen. Het afsprakenbureau, en vervolgens de internist-oncoloog, hebben hem te woord gestaan. De internist-oncoloog heeft tijd gemaakt tussen zijn poli door, om de procedure rondom een second opinion en triage toe te lichten. Aan de patiënt is toegelicht dat het gesprek alleen over de triageprocedure zou gaan en niet was bedoeld voor medisch-inhoudelijke vragen: daarvoor zou een nieuwe afspraak moeten worden gemaakt. Er was op dat moment immers nog geen behandelovereenkomst, geen dossier, en bovenal geen beschikbare tijd. Het ziekenhuis herkent zich niet in het verwijt dat de internist-oncoloog het gesprek op een agressieve wijze zou hebben beëindigd.

#### *Oordeel*

De commissie overweegt dat partijen een verschillende visie hebben op de gang van zaken tijdens het ongeplande consult. Vast staat dat de internist-oncoloog patiënt die dag in de spreekkamer heeft ontvangen teneinde een nadere toelichting te geven op de procedure rondom het aanvragen van een second opinion. Over het verloop van dit gesprek verschillen de lezingen van partijen. De commissie stelt vast dat, op grond van de overgelegde stukken, niet kan worden vastgesteld wat precies heeft plaatsgevonden en wat over en weer is gezegd en gedaan. Het is vaste jurisprudentie van de commissie in gevallen als deze dat het verwijt

van de cliënt op het desbetreffende onderdeel niet gegrond kan worden bevonden. Dit oordeel berust niet op het uitgangspunt dat het woord van de cliënt minder geloof verdient dan dat van de zorgaanbieder, maar op de omstandigheid dat voor een oordeel of onzorgvuldig is gehandeld, eerst moet worden vastgesteld welke feiten daaraan ten grondslag gelegd kunnen worden. Deze feiten kan de commissie niet vaststellen. Bovendien heeft de internist-oncoloog per brief schriftelijk excuses gemaakt, indien zijn gedrag afstandelijk of bot zou zijn overgekomen. De klacht kan dan ook niet gegrond worden verklaard. Reeds hieruit volgt dat de vordering tot schadevergoeding dient te worden afgewezen.

*mr. L. Beij*

---

**Instantie:** Geschillencommissie ziekenhuizen

**Datum uitspraak:** 30-01-2026

**Zaaknummer:** 1286718/1314068

RECHTSPRAAK

## **Onvoldoende (rechtens te respecteren) belang bij voorlopig deskundigenbericht.**

***Voorlopig deskundigenbericht. Een vrouw heeft bloeddrukschommelingen. Na negentien jaar stapt zij over naar een ander ziekenhuis, dat binnen enkele maanden de bloeddruk onder controle heeft. De vrouw stelt het eerdere ziekenhuis aansprakelijk. Dat erkent geen aansprakelijkheid. Thans verzoekt de vrouw de rechtbank een neuroloog als deskundige te benoemen. De rechtbank wijst het verzoek van de vrouw af. Haar verwijten en vragen liggen niet op het vakgebied van een neuroloog. De rechtbank volgt de vrouw niet dat eerst de neurologische schade moet worden vastgesteld en pas daarna het handelen van de endocrinoloog moet worden beoordeeld. De vrouw maakt onvoldoende duidelijk wat zij wil bereiken met de neurologische expertise.***

*Feiten*

In verband met AGS, een aangeboren hormoonaandoening, staat een vrouw sedert 2000 onder behandeling bij de afdeling Endocrinologie van het Amsterdam UMC (AUMC). Ook heeft zij last van bloeddrukschommelingen (hypertensie) en van cognitieve klachten.

Hypertensie zowel als AGS kan witte stofafwijkingen geven en witte stofafwijkingen kunnen leiden tot cognitieve klachten.

Op een MRI in 2001 zijn volgens het AUMC geen witte stofafwijkingen te zien. Omdat haar cognitieve klachten verergeren, komt de vrouw in 2015 ook bij een neuroloog onder behandeling. Die laat onder andere wederom een MRI maken, waarop ditmaal wel witte stofafwijkingen te zien zijn. De neuroloog stelt de diagnose op een functionele neurologische stoornis en verwijst de vrouw naar een stottertherapeut.

De cognitieve klachten houden aan en in 2018 wendt de vrouw zich voor een second opinion tot het Dijklander ziekenhuis. Op de MRI die volgt zijn wederom witte stofafwijkingen zichtbaar. Een vergelijking met de MRI uit 2015 laat geen verslechtering in de tussenliggende periode zien. Ook ziet het Dijklander op de MRI uit 2001 wél witte stofafwijkingen, in zeer lichte mate.

De vrouw bespreekt de second opinion-bevindingen met een neuroloog [onduidelijk is of dit een neuroloog uit het AUMC of het Dijklander is, RW], die tot de conclusie komt dat bloeddrukregulatie de beste behandeling lijkt. Het is dan april 2019.

In augustus 2019 stapt de vrouw voor de behandeling van haar AGS en bloeddrukschommelingen over naar het Dijklander. Haar bloeddruk is daar binnen enkele maanden onder controle.

De vrouw stelt het AUMC en de behandelend internist-endocrinologen aansprakelijk. Die erkennen geen aansprakelijkheid. De vrouw stelt de behandelend neuroloog niet aansprakelijk.

In deze procedure verzoekt de vrouw de rechtbank een voorlopig deskundigenbericht door een neuroloog te bevelen. Volgens de vrouw zou een groot deel van haar schade zijn voorkomen als haar bloeddruk(schommelingen) regelmatig en zorgvuldig waren gecontroleerd en tijdig en adequaat waren behandeld in het AUMC. Zij wil met het deskundigenbericht vaststellen dat de in 2015 gestelde diagnose foutief is geweest en dat de witte stofafwijkingen het gevolg zijn van haar bloeddrukschommelingen. Volgens de vrouw is het van belang om eerst de werkelijke neurologische schade vast te stellen en daarna pas het aandeel daarin van het handelen van de internist-endocrinoloog. Om die reden vraagt zij een neuroloog te benoemen als deskundige.

### *Oordeel*

De rechtbank schetst eerst het beoordelingskader. De rechter moet een verzoek tot een voorlopig deskundigenbericht in beginsel toewijzen, mits het daartoe strekkende verzoek ter zake dienend en voldoende concreet is en feiten betreft die met het deskundigenonderzoek bewezen kunnen worden. Het verzoek mag vervolgens op grond van artikel 196 lid 2 Rv alleen worden afgewezen als de informatie die verzocht wordt onvoldoende bepaald is, de verzoeker onvoldoende belang heeft bij toewijzing van het verzoek, als het verzoek in strijd is met de goede procesorde, als misbruik wordt gemaakt van de bevoegdheid om dit middel te gebruiken of als er andere gewichtige redenen tegen de toewijzing van het verzoek bestaan.

Naar het oordeel van de rechtbank heeft de vrouw onvoldoende belang bij haar verzoek (art.

196 lid 2 sub b Rv). Tot dat oordeel komt de rechtbank als volgt.

Over het bestaan en de mogelijke oorzaak van de witte stofafwijkingen, bestaat tussen partijen geen discussie.

De vrouw verzoekt om benoeming van een neuroloog, maar uit haar onderliggende verwijten blijkt dat haar klachten hoofdzakelijk zien op het handelen van de internist-endocrinoloog. Ook de vragen die zij aan de deskundige wil stellen, vallen buiten het vakgebied van de neuroloog. Het medische kernpunt waar het om lijkt te draaien, ziet op de bloeddrukregulatie en dit behoort tot het vakgebied van de internist-endocrinoloog.

De rechtbank volgt de vrouw niet dat eerst (de omvang van) de schade en de oorzaak daarvan dienen te worden vastgesteld met de informatie van de neuroloog en vervolgens pas aan de orde komt of zorgvuldig is gehandeld. Bij het aansprakelijk stellen van een behandelend arts staat centraal of deze heeft gehandeld zoals een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in die omstandigheden zou hebben gedaan. Het is niet zo omdat er schade is, er wel onzorgvuldig moet zijn gehandeld.

Voorts geldt dat de witte stofafwijkingen sinds 2015 niet of nauwelijks zijn toegenomen. Dat een deskundigenbericht over het handelen van de neuroloog kan bijdragen aan het vaststellen van relevante medische causaliteit of aan de onderbouwing van de schade, licht de vrouw niet toe en acht de rechtbank niet aannemelijk.

Tot slot maakt de vrouw onvoldoende duidelijk in hoeverre de neurologische expertise kan bijdragen aan een potentiële vordering. Zij licht niet toe of zij een aansprakelijkstelling of procedure tegen het AUMC wenst te starten, noch welk rechtsgevolg aan de expertise zou moeten worden verbonden. De rechtbank begrijpt dat de vrouw wellicht op zoek is naar een vorm van erkenning, maar zij vertaalt dit onvoldoende concreet naar een rechtens te respecteren belang bij haar verzoek.

De rechtbank ziet gelet op al het voorgaande geen aanleiding om een deskundigenbericht te gelasten met betrekking tot het handelen van de neuroloog. Ook voor een endocrinologisch onderzoek ziet de rechtbank bij de huidige stand van zaken geen aanleiding.

De slotsom is dat de rechtbank het verzoek van de vrouw afwijst.

*mr. dr. R.P. Wijne*

**Instantie:** Rechtbank Amsterdam

**Datum uitspraak:** 11-09-2025

**ECLI:** ECLI:NL:RBAMS:2025:11338

**Zaaknummer:** 766778

**Rechters:** R.C.J. Hamming

**Advocaten:** J.J. Sneller en M.S.E. van Beurden

**Wetsartikelen:**

## RECHTSPRAAK

### **HvJ EU: verjaringstermijn productaansprakelijkheid start bij progressieve ziekte niet op tijdstip van consolidatie van de schade (maar gewoon bij de bekendheid).**

***Het Hof van Justitie van de Europese Unie beantwoordt drie prejudiciële vragen van het Franse gerechtshof dat de zaak verwezen kreeg van de Franse cassatierechter. De vragen gaan over de verhouding van de regeling productaansprakelijkheid tot de algemene schuldaansprakelijkheid, over de aanvang van de verjaringstermijn en of het verval van rechten in strijd is met het recht op effectieve toegang tot de rechter. Dit alles in het geval dat een slachtoffer van een gebrekkig product een progressieve ziekte heeft en als gevolg daarvan de schade nog niet is geconsolideerd.***

#### *Feiten*

In dit arrest beantwoordt het Hof van Justitie van de Europese Unie (hierna: het Hof) prejudiciële vragen over de regeling productaansprakelijkheid zoals vastgelegd in Richtlijn 85/374/EEG (hierna: de Richtlijn). Het arrest gaat over de verhouding tot de schuldaansprakelijkheid en over de verjaring en het verval van rechten in het geval dat een slachtoffer van een gebrekkig product lijdt aan een progressieve ziekte.[1] De casus die aanleiding geeft tot het stellen van de prejudiciële vragen, is de volgende.

Een Franse vrouw krijgt in 2003 Revaxis, een vaccin tegen difterie, tetanus en polio. Er ontwikkelen zich bij haar daarna diverse klachten en in 2008 krijgt zij de diagnose macrofagische myofasciitis. In 2016 wijst een 'Commissie voor bemiddeling en schadeloosstelling bij medische incidenten' het verzoek van de vrouw na deskundigenonderzoek af. De vrouw lijdt aan een complexe, progressieve ziekte, zo stelt zij, en in 2020 start zij een procedure tegen de producent van het vaccin, Sanofi Pasteur. Zij vordert schadevergoeding op grond van zowel product- als schuldaansprakelijkheid. Volgens de rechter in eerste aanleg is de vordering op grond van productaansprakelijkheid verjaard. De

appelerichter bekrachtigt het vonnis. De cassatierechter vernietigt echter dat arrest, op de grond dat '*[i]n geval van een progressieve ziekte, die het onmogelijk maakt om een consolidatiedatum vast te stellen, de verjaringstermijn van [artikel 1245]16 van het burgerlijk wetboek[2]] niet kan beginnen te lopen*'. Daarnaast oordeelt de cassatierechter dat het slachtoffer van schade die het gevolg is van een gebrekkig product op grond van schuldaansprakelijkheid een vordering kan instellen tegen de producent van dit product, indien hij aantoont dat zijn schade het gevolg is van een onrechtmatige daad van de producent. De cassatierechter verwijst de zaak naar het cour d'appel de Rouen en het is deze laatste rechter die de prejudiciële vragen stelt. Dit zijn de vragen:

Moet artikel 13 van de Richtlijn, zoals uitgelegd in het arrest González Sánchez,[3] volgens hetwelk de gelaedeerde zich kan beroepen op andere contractuele of buitencontractuele aansprakelijkheidsregelingen die op een andere grondslag berusten dan die welke in de Richtlijn zijn vastgesteld, aldus worden uitgelegd dat de gelaedeerde van een gebrekkig product op grond van de algemene schuldaansprakelijkheidsregeling vergoeding van zijn schade kan vorderen van de producent door zich met name te beroepen op het feit dat het product in het verkeer is gehouden, dat de zorgvuldigheidsplicht met betrekking tot de risico's van het product niet in acht is genomen of, meer in het algemeen, dat er sprake is van een veiligheidsgebrek van het product?

Kan artikel 10 van de Richtlijn, waarin is bepaald dat de verjaringstermijn van drie jaar ingaat op de dag waarop de eiser kennis kreeg dan wel had moeten krijgen van de schade, aldus worden uitgelegd dat deze termijn pas kan beginnen te lopen vanaf de dag waarop de volledige omvang van de schade bekend is, in het bijzonder door een consolidatiedatum vast te stellen die wordt gedefinieerd als het moment waarop de toestand van het slachtoffer van het lichamelijk letsel niet langer progressief is, zodat in het geval van een progressieve ziekte de verjaringstermijn niet begint te lopen, en niet op de dag waarop de schade zich duidelijk heeft geopenbaard en met het gebrekkige product in verband kan worden gebracht, ongeacht de verdere ontwikkeling ervan?

Is artikel 11 van de Richtlijn, volgens hetwelk de rechten die de gelaedeerde aan de Richtlijn ontleent, komen te vervallen na het verstrijken van een termijn van tien jaar, die begint te lopen op de dag waarop het product dat de schade heeft veroorzaakt in het verkeer is gebracht, in strijd met artikel 47 Handvest van de grondrechten van de Europese Unie, aangezien hierdoor een gelaedeerde die progressieve schade heeft geleden als gevolg van een gebrekkig product, het recht op toegang tot de rechter wordt ontnomen?[4]

*Oordeel*

Het Hof citeert de toepasselijke Unierechtelijke en Franse bepalingen en bespreekt daarna

uitgebreid de drie vragen, daarbij de eigen rechtspraak (veelvuldig) aanhalend, alsook verjaringsrechtspraak van het EHRM. Het Hof geeft ook weer waar de vragen volgens het Hof in essentie op zien. De eerste vraag betreft de draagwijdte van artikel 13 van de Richtlijn. Is de uitspraak van de Franse cassatierechter verenigbaar met de uitlegging die het Hof aan artikel 13 heeft gegeven? Staat artikel 13 van de Richtlijn eraan in de weg dat een gelaedeerde van een gebrekkig product van de producent vergoeding van zijn schade op grond van de algemene schuldaansprakelijkheidsregeling vordert? De tweede vraag gaat erover hoe het aanvangstijdstip van de in artikel 10 van de Richtlijn neergelegde verjaringstermijn van drie jaar wordt vastgesteld. En de derde vraag gaat over de geldigheid van artikel 11 van de Richtlijn. Leidt toepassing van deze regeling er niet toe dat de gelaedeerde die als gevolg van een gebrekkig product progressieve schade heeft geleden, het recht op toegang tot de rechter wordt ontnomen?

De antwoorden die het Hof vervolgens geeft, zijn de volgende:

Artikel 13 van de Richtlijn moet aldus worden uitgelegd dat het er niet aan in de weg staat dat de gelaedeerde van een gebrekkig product van de producent vergoeding van zijn schade op grond van de algemene schuldaansprakelijkheidsregeling vordert door zich te beroepen op het feit dat het product waarvan de producent wist dat het gebrekkig was door deze in het verkeer is gehouden of hij zijn zorgvuldigheidsplicht met betrekking tot de risico's van het product niet is nagekomen, dan wel zich op enige andere wijze schuldig heeft gedragen in verband met een veiligheidsgebrek van dat product.

Artikel 10, lid 1, van de Richtlijn moet aldus worden uitgelegd dat de in deze bepaling bedoelde verjaringstermijn van drie jaar ingaat op de dag waarop de eiser kennis kreeg dan wel had moeten krijgen van zowel de schade toen die zich duidelijk heeft geopenbaard in verband met het gebrekkige product, ongeacht de verdere ontwikkeling van de schade, als het gebrek van het product en de identiteit van de producent, en dat het zich ertegen verzet dat enkel het tijdstip van de consolidatie van de schade als dit beginpunt kan gelden.

Bij onderzoek van de eerste vraag is niet gebleken van feiten of omstandigheden die de geldigheid van artikel 11 van de Richtlijn kunnen aantasten.

Voor de finesses zij verder verwezen naar het arrest.

*mr. dr. R.P. Wijne*

[1] Een progressieve ziekte is niet hetzelfde als een latente ziekte, een onderscheid dat het Hof nadrukkelijk maakt. RW

[2] De Franse versie van het Nederlandse art. 6:191 lid 1 BW, in bewoordingen nagenoeg gelijk aan elkaar. RW

[3] HvJ EU 25 april 2002, ECLI:EU:C:2002:255.

[4] Het Hof beantwoordt de vragen in een andere volgorde dan ze zijn gesteld. In deze samenvatting hanteer ik de volgorde waarin het Hof antwoord geeft.

---

**Instantie:** Hof van Justitie van de Europese Unie

**Datum uitspraak:** 26-03-2026

**ECLI:** ECLI:EU:C:2026:248

**Zaaknummer:** C 338/24

**Rechters:** K. Jürimäe, K. Lenaerts, F. Schalin, M. Gavalec en Z. Csehi

**Advocaten:** M. Leroux, A. Aviges, D. Lapillonne, F. Molinié en F. Monteret-Amar

**Wetsartikelen:** 10 Richtlijn 85/374/EEG, 11 Richtlijn 85/374/EEG, 13 Richtlijn 85/374/EEG en 47 Handvest grondrechten EU

RECHTSPRAAK

## **Beroep tegen openbare publicatie in het BIG-register van de opgelegde berisping gegrond.**

***Aan een radioloog wordt in eerste aanleg de maatregel van een berisping opgelegd. Daarbij heeft het RTG op grond van artikel 48 lid 11 Wet BIG bepaald dat de berisping, zodra de beslissing onherroepelijk is geworden, zal worden aangetekend in het BIG-register en aldus openbaar zal worden gemaakt. De radioloog stelt beroep in tegen de beslissing. Dit beroep richt zich uitsluitend tegen de openbare publicatie van de maatregel van berisping en opname daarvan in het BIG-register. Het CTG verklaart het beroep van de radioloog gegrond en vernietigt de beslissing van het RTG op dat punt.***

*Feiten*

Zie GZR 2025-0095 voor de samenvatting van de beslissing in eerste aanleg.

*Oordeel RTG*

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam (RTG) heeft de klacht deels gegrond verklaard en aan de radioloog de maatregel van berisping opgelegd. Daarbij heeft het RTG bepaald dat deze maatregel, zodra de beslissing onherroepelijk is geworden, op grond van artikel 48 lid 11 Wet BIG zal worden aangetekend in het BIG-register en aldus openbaar zal worden gemaakt.

*Oordeel CTG*

De radioloog berust in de maatregel van berisping die hem is opgelegd. Het beroep van de radioloog richt zich uitsluitend tegen de openbare publicatie van de maatregel van berisping en opname daarvan in het BIG-register.

Ingeval van een besluit tot aantekening in het BIG-register en openbare kennisgeving dient de

proportionaliteit van de overtreding meegewogen te worden, omdat bij het opleggen van een berisping (of de maatregel van een geldboete) de beroepsbeoefenaar zijn beroep nog in de volle breedte mag uitvoeren en de patiëntveiligheid niet in gevaar is. Bij het besluit om wel tot openbaarmaking over te gaan, kan gedacht worden aan gevallen waarin de betrokken beroepsbeoefenaar geen of gebrekkige zelfreflectie toont of als dat in het algemeen belang van de individuele gezondheidszorg is (*Kamerstukken II 2017/19, 34629, nr. 13*).

Volgens het RTG heeft de radioloog zich tijdens het vooronderzoek van de tuchtrechtprocedure toetsbaar opgesteld, maar heeft hij tijdens de behandeling van de klacht op de zitting niet de indruk gewekt dat hij het onjuiste van zijn handelen inziet. Daarom acht het RTG het van belang dat patiënten hiervan op de hoogte kunnen raken en heeft het RTG zodoende bepaald dat de maatregel van berisping openbaar zal worden gemaakt.

Anders dan het RTG, acht het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) openbaarmaking in deze zaak op grond van artikel 48 lid 11 Wet BIG niet op zijn plaats. Daartoe overweegt het CTG dat een openbare kennisgeving en aantekening in het BIG-register afwijkt van de gebruikelijke gang van zaken bij een opgelegde berisping. Om daarvan af te wijken moeten bijzondere omstandigheden aanwezig zijn die rechtvaardigen dat patiënten en beoogd nieuwe werk- of opdrachtgevers op de hoogte kunnen raken van het gewraakte handelen of nalaten. Daarvan is naar het oordeel van het CTG in dit geval geen sprake. Zo twijfelt het CTG er niet aan dat de handelwijze van de radioloog en de gevolgen daarvan voor de patiënte en haar familie op hem een grote impact hebben gehad en dat hij hier lering uit getrokken heeft. Hij heeft zich van meet af aan toetsbaar en leerbaar opgesteld. Hij heeft in beide instanties uitleg gegeven over zijn handelwijze en overwegingen en heeft geen verweer gevoerd tegen de gegrondbevinding van de klacht en de maatregel van berisping. Hij heeft daarbij uitgelegd hoe hij zijn werkmethode heeft herzien om dergelijke fouten in de toekomst te vermijden. Het CTG twijfelt niet over het getoonde inzicht in het onjuiste van zijn handelen en weegt ten slotte mee dat de radioloog zijn werkmethode heeft herzien (en op welke manier).

Onder deze omstandigheden acht het CTG de openbare publicatie van de maatregel van berisping en opname daarvan in het BIG-register niet noodzakelijk en vernietigt de beslissing van het RTG op dat punt.

*mr. K.S. Waldron*

**Instantie:** Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

**Datum uitspraak:** 25-03-2026

**ECLI:** ECLI:NL:TGZCTG:2026:52

**Zaaknummer:** C2025/2846

**Advocaten:** E.E. Rippen en S.J. Muntinga

**Wetsartikelen:**

RECHTSPRAAK

## **Niet-naleving voorwaarden leidt tot tenuitvoerlegging schorsing.**

***Arts hield zich niet aan voorwaarden van voorwaardelijke schorsing (geen duidelijke supervisie, onvolledige informatie aangeleverd en titelgebruik). Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gelast tenuitvoerlegging: schorsing van drie maanden.***

### *Feiten*

Aan een arts was eerder door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg een voorwaardelijke schorsing van drie maanden opgelegd, met een proeftijd van twee jaar (van mei 2023 tot mei 2025). Aan deze maatregel waren meerdere voorwaarden verbonden. Zo moest de arts werken onder adequate supervisie volgens professionele richtlijnen, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) regelmatig informeren over de invulling daarvan, en duidelijk zijn naar derden over zijn hoedanigheid (hij was arts, geen bedrijfsarts).

Tijdens de proeftijd hield de IGJ toezicht op de naleving van deze voorwaarden. In de praktijk bleek dat de arts herhaaldelijk traag en onvolledig informatie aanleverde, ondanks meerdere verzoeken daartoe. Ook ontbraken (volledige en ondertekende) supervisieverslagen, waardoor niet kon worden vastgesteld dat hij daadwerkelijk onder toezicht werkte.

Daarnaast ontstond onduidelijkheid over zijn rol: de arts presenteerde zich in de communicatie en documenten meerdere keren als 'bedrijfsarts', terwijl hij dat niet (meer) was. Ook werkte hij bij een andere arbodienst zonder dat de IGJ hiervan op de hoogte was en zonder dat daar supervisie geregeld was. De arts erkende uiteindelijk dat hij de voorwaarden niet goed had nageleefd.

### *Klacht*

De IGJ verzocht het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Hertogenbosch om de eerder opgelegde voorwaardelijke schorsing alsnog ten uitvoer te leggen, omdat de arts de voorwaarden tijdens de proeftijd niet was nagekomen.

De arts verzette zich hiertegen en verzocht om een tweede kans. Hij gaf aan dat hij zijn fouten inzag en dat hij zijn werkzaamheden wilde afbouwen in aanloop naar zijn pensioen.

#### *Oordeel*

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) stelt vast dat de arts de opgelegde voorwaarden niet heeft nageleefd. Hij heeft de IGJ niet tijdig en niet volledig geïnformeerd en heeft een passieve houding aangenomen bij het verstrekken van noodzakelijke gegevens. Hierdoor kon niet worden gecontroleerd of hij daadwerkelijk onder supervisie werkte. Ook in de procedure heeft hij onvoldoende duidelijkheid gegeven over de invulling van die supervisie.

Daarnaast heeft de arts naar derden toe herhaaldelijk onduidelijkheid laten bestaan over zijn hoedanigheid, onder meer door zich als bedrijfsarts te presenteren. Ook heeft hij werkzaamheden verricht zonder (aantoonbare) supervisie en zonder dit correct te melden aan de IGJ.

Volgens het RTG zijn deze tekortkomingen ernstig, zowel afzonderlijk als in samenhang bezien. Dat de arts om een tweede kans vraagt en aangeeft richting zijn pensioen te gaan, maakt dit niet anders. De wet biedt bovendien geen mogelijkheid om de proeftijd te verlengen of opnieuw vast te stellen.

Het RTG oordeelt daarom dat er geen ruimte is voor een lichtere aanpak en wijst het verzoek van de IGJ toe. De voorwaardelijke schorsing van drie maanden wordt alsnog ten uitvoer gelegd.

*mr. drs. C. van der Kolk-Heinsbroek*

---

**Instantie:** Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

**Datum uitspraak:** 25-03-2026

**ECLI:** ECLI:NL:TGZCTG:2026:52

**Zaaknummer:** C2025/2846

**Advocaten:** E.E. Rippen en S.J. Muntinga

**Wetsartikelen:**