

*De door de Gezondheidsraad op verzoek van de Minister van SZW opgestelde verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijke ondersteuning te bieden aan het verzekeringsgeneeskundig handelen in de context van de Nederlandse wetgeving, die voorziet in een collectief gefinancierde uitkering bij loonderving bij arbeidsongeschiktheid.*

*Hoewel de protocollen dus bij uitstek het werkgebied van de verzekeringsartsen bij de uitvoering van de sociale verzekeringswetten betreffen, lijkt het de redactie toch opportuun aandacht te besteden aan de problematiek die de verzekeringsarts in sociale verzekeringszaken kan ervaren bij de toepassing van deze ook politiek bepaalde en beladen protocollen, juist bij een controversieel onderwerp als het Chronisch Vermoeidheid Syndroom.*

Red.

## **Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en het Schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten**

A.W.A. Elemans\*

Verzekeringsartsen kunnen niet goed uit de voeten<sup>1</sup> met het verzekeringsgeneeskundige protocol chronisch vermoeidheidssyndroom<sup>2</sup> (hierna: CVS) omdat dit volgens hen ~~ten aanzien van de uitleg van het begrip~~ botst met de vaste rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep (hierna: CRvB) en het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten<sup>3</sup> (hierna: Schattingsbesluit) met betrekking tot de vraag wanneer klachten een uiting zijn van ziekte. Het protocol stelt dat wanneer klachten aan de hand van de CDC-94-criteria van de Amerikaanse Centres for Disease Control<sup>4</sup> tot de diagnose CVS leiden, deze klachten een uiting zijn van ziekte.

Als vervolgens betrokkene ook beperkingen en participatieproblemen rapporteert, is er volgens het protocol sprake van arbeidsongeschiktheid op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten.

In deze bijdrage zal aan de hand van een vergelijking van het protocol met de vaste rechtspraak van de CRvB en het Schattingsbesluit, de houdbaarheid van het protocol op dit punt worden onderzocht.

### **Verzekeringsgeneeskundige protocollen**

Op verzoek van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid stelde de Gezondheidsraad in verband met de op 17 februari 2006 in werking

getreden Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen Arbeidsongeschiktheidswetten, tien verzekeringsgeneeskundige protocollen op voor tien diagnoses waarop in 2004, afgaand op toenmalige WAO-instroomcijfers, een aanzienlijk deel van de arbeidsongeschiktheidsproblematiek was terug te voeren.

De eerste twee protocollen traden op 6 maart 2006 in werking. Het protocol CVS is het achtste protocol en is vanaf 1 januari 2008 van kracht. De verzekeringsarts dient vanaf dat moment bij WAO, WIA, WAJONG en WAZ-beoordelingen toepassing te geven aan het protocol<sup>5</sup>.

De verzekeringsgeneeskundige protocollen beogen een wetenschappelijk gefundeerde ondersteuning te bieden van het verzekeringsgeneeskundig handelen<sup>6</sup>. Ze zijn gebaseerd op beschikbare multidisciplinaire, curatieve en bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en consensus van deskundigen.

De verzekeringsgeneeskundige protocollen bevatten wetenschappelijke inzichten die de beoordeling van arbeidsongeschiktheid en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid op grond van de verschillende arbeidsongeschiktheidswetten kunnen ondersteunen. Van de protocollen kan gemotiveerd worden afgeweken.

Waar in jurisprudentie wordt gesproken over *ziekte*, wordt in het protocol gesproken over *stoornis*.

\* A.W.A. Elemans, verzekeringsarts, Remédis verzekeringsartsen, Postbus 176, 1180 AD Amstelveen, e-mail: elemans@remedis.nl

## CDC-94-criteria

Bij het CVS bestaan er over het ontstaan van de aandoening enkel hypothesen en er is geen overeenstemming over het ziektemechanisme. CVS is om die reden geen ziekte in de biomedische betekenis van het woord, maar voldoet volgens het protocol wel aan de definitie die de WHO voor ziekte hanteert, te weten: "een afwijkende toestand van het menselijk organisme met vermindering van autonomie die zich uit in stoornissen, beperkingen en participatieproblemen".

Voor aandoeningen waarvan het ontstaan en de oorzaken wetenschappelijk onduidelijk zijn en bovendien de klachten variabel en weinig specifiek en waarvoor ook geen eenvoudige diagnostische tests bestaan, biedt een *casusdefinitie* (dit is een op consensus gebaseerde omschrijving van een aandoening) uitkomst.

Er zijn verschillende casusdefinities beschreven. Een internationaal erkende casusdefinitie voor CVS wordt gevonden in de CDC-94-criteria.

Deze casusdefinitie is uitgewerkt door de Amerikaanse Centres for Disease Control (CDC) in 1994 en bedoeld voor wetenschappelijke doeleinden<sup>4</sup>. In het protocol CVS wordt de diagnose CVS gesteld aan de hand van de CDC-94-criteria.

In tegenstelling tot de Canadese Consensus Panel Criteria van 2003<sup>7</sup> die bepalen dat ook sprake moet zijn van neurologische, neuro-cognitieve, neuro-endocriene, disautonome (bijvoorbeeld orthostatische intolerantie) en immuniteitsstoornissen, zijn de CDC-94-criteria voor het grootste gedeelte opgebouwd uit een lijst met klachtpresentaties. De diagnose CVS wordt gesteld als de CVS-klachten van een betrokkene voorkomen op de lijst.

Volgens de CDC-94-criteria wordt CVS gekenmerkt door ernstige vermoeidheid die voordien niet aanwezig was, die met inspanning aanzienlijk in hevigheid toeneemt, niet aanzienlijk vermindert door rust en waarvoor geen lichamelijke of psychiatrische verklaring gevonden is. Als bijkomende klachten kunnen onder andere hoofd-, spier- en gewrichtspijnen, cognitieve problemen (geheugen, concentratie) en slaap- en herstelproblemen aanwezig zijn. De klachten moeten zes maanden of langer bestaan en het dagelijks functioneren aanzienlijk beperken. Volgens het protocol kan in het individuele geval ook sprake zijn van CVS als de klachten en symptomen niet geheel overeenkomen met deze criteria.

### "Stoornis" en "arbeidsongeschikt" volgens het Protocol CVS

Uit het protocol CVS volgt dat het stellen van de diagnose CVS volgens de CDC-94-criteria inhoudt dat de klachten een uiting zijn van een stoornis. Als

naast klachten ook beperkingen in het functioneren en participatieproblemen worden gerapporteerd, dan is sprake van arbeidsongeschiktheid op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten, aldus het protocol. Voorts wekt het protocol de indruk dat het stellen van de diagnose CVS aan de hand van CDC-94-criteria automatisch inhoudt dat iemand geïnvalideerd of (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt is.

Dat zal worden geïllustreerd aan de hand van de volgende citaten uit het protocol:

1. Pagina 46: "Omdat CVS een aandoening is die, per definitie, het functioneren ernstig beperkt (zie 4.3), is de vaststelling dat inderdaad van CVS sprake is (volgens de CDC-94-criteria A.E.), voor de beoordeling van de functionele mogelijkheden, van groot belang".
2. Pagina 46: "Bij de beoordeling van de actuele functionele mogelijkheden en beperkingen van een werknemer met CVS geeft het protocol de verzekeringsarts houvast door, aansluitend bij het Gezondheidsraadadvies over CVS, vast te stellen dat CVS een reële, ernstig invaliderende aandoening is of, in de woorden van de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer: "een weliswaar onverklaarde, maar toch ernstige aandoening [...], die serieus genomen moet worden".
3. Pagina 45: "Aan de poort van de WIA staat de verzekeringsarts bij een werknemer met CVS voor vier beoordelingstaken, te weten de beoordeling van de sociaal-medische voorgeschiedenis, van de actuele functionele mogelijkheden, van het te verwachten beloop en van de lopende en geïndiceerde behandeling en begeleiding.  
**Opmerking A.E.:** De eerste taak van de verzekeringsarts aan de poort van de WIA wordt hier buiten beschouwing gelaten: namelijk de beoordeling of de door betrokkene verwoorde klachten/beperkingen een uiting zijn van ziekte of gebrek. Kennelijk wordt er in het protocol van uit gegaan dat CVS klachten per definitie als stoornis opgevat kunnen worden en per definitie leiden tot arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte of gebreken.
4. Pagina 45, paragraaf 6.1: "Bij het CVS vormt de verzekeringsarts zich een oordeel over de aard en ernst van de stoornis, de behandeling en de begeleiding.  
**Opmerking A.E.:** hier wordt er kennelijk vanuit gegaan dat de verzekeringsarts bij CVS-klachten zich een oordeel vormt over de aard en de ernst van de stoornis en niet óf er überhaupt sprake is van een stoornis.
5. Pagina 35, paragraaf 4.2, anamnese: "Het aantal symptomen dat de patiënt noemt, wordt sterk bepaald door de gesprekstechniek van de arts en is geen criterium voor de ernst van de stoornis".  
**Opmerking A.E.:** Dit citaat suggereert dat het CVS per definitie een stoornis is in de zin van de Wet.

6. Pagina 17, paragraaf 6.2: "Indien de verzekeringsarts heeft vastgesteld dat er sprake is van CVS, dan betreft hij in zijn overwegingen dat dit een reële en invaliderende aandoening is".

**Opmerking A.E.:** Dit citaat wekt, althans in samenhang met het overige gestelde in het protocol, de indruk dat als de verzekeringsarts aan de hand van de CDC-94-criteria de diagnose CVS heeft gesteld er automatisch sprake is van invalidering c.q. dat sprake is van (gedeeltelijke) ongeschiktheid om te werken ten gevolge van een stoornis of gebrek veroorzaakt door ziekte, aandoening of ongeval<sup>8</sup>.

7. Pagina 40, paragraaf 4.5.1: "Op die manier worden de stoornis en het proces van maatschappelijke marginalisatie in stand gehouden".

**Opmerking A.E.:** Dit citaat suggereert dat CVS per definitie een stoornis in de zin van de Wet is.

### "Stoornis" en "arbeidsongeschikt" volgens vaste rechtspraak

Waar in de jurisprudentie wordt gesproken van ziekte wordt, net zoals in het protocol CVS, ook in het schattingsbesluit gesproken over stoornis. Meer precies is ziekte in de zin van de arbeidsongeschiktheidswetten geoperationaliseerd als *stoornis*.

Arbeidsongeschikt is degene die als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte, gebreken, zwangerschap of bevalling niet in staat is om met arbeid te verdienen, hetgeen gezonde personen, met soortgelijke opleiding en ervaring, met arbeid gewoonlijk verdienen (art. 18 WAO).

*Arbeidsongeschikt als objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte* is in het Schattingsbesluit geoperationaliseerd. Kort gezegd worden beperkingen in het beroepsmatig functioneren (door de verzekeringsarts) aangenomen wanneer deze een uiting zijn van ziekte. Er is sprake van arbeidsongeschiktheid (lees: inkomensverlies) als verzekerde beperkingen heeft in het beroepsmatig functioneren als uiting van een stoornis, en verzekerde door deze beperkingen minder kan verdienen dan hij deed ten tijde van zijn ziekmelding. Of sprake is van Arbeidsongeschiktheid en zo ja, in welke mate, wordt vastgesteld door de arbeidsdeskundige aan de hand van de door de verzekeringsarts aangenomen beperkingen in het functioneren, die deze in het beperkingenformulier heeft beschreven.

Beperkingen in het beroepsmatig functioneren worden aangenomen als:

- de klachten van betrokkene een uiting zijn van een stoornis<sup>9</sup>;
- én er naast klachten ook beperkingen in het functioneren zijn alsmede participatieproblemen;
- én als beperkingen en participatieproblemen logisch uit de stoornis voortvloeien;
- én er een consistente relatie is tussen de stoornis, beperkingen en participatieproblemen.

Uit het bovenstaande volgt dat de verzekeringsarts bij de claimbeoordeling onderzoekt of de door betrokkene gestelde beperkingen in het functioneren objectief medisch vast te stellen gevolgen van ziekte zijn.

*Medisch* wil zeggen, op in de reguliere gezondheidszorg aanvaarde wijze. Dit vereist dat onderzoeksmethoden worden toegepast die onder artsen en paramedici algemeen geaccepteerd zijn. Daarmee wordt geborgd dat *het vaststellen* verifieerbaar is.

Onder meer met het oog op de uitkeringsvolume-beperkende maatregelen van de overheid sinds de invoering van de Wet Terugdringing Beroep op de Arbeidsongeschiktheidsregelingen (TBA) in 1993, is dat vereiste ook logisch. Het accepteren van een niet verifieerbare onderzoeksmethode (bijvoorbeeld aurameting of het visueel waarnemen van energieblokkades in het lichaam) zou immers willekeur in de hand werken en daarmee het rechtszekerheid- en rechtsgelijkheidsbeginsel ondermijnen. Het toetsen van klachten aan de CDC-94-criteria is weliswaar een verifieerbare onderzoeksmethode, maar deze is enkel gebaseerd op het klachtenverhaal van betrokkene. Daarmee voldoet deze wijze van vaststellen niet aan het objectiveringsvereiste<sup>10</sup>.

Van onvoldoende objectivering is naar vaste rechtspraak onder meer sprake:

- als de conclusie van de deskundige uitsluitend is gebaseerd op de klachten van betrokkene (RSV 1995/42; RSV 1996/162);
- als de CVS-klachten voldoen aan de daarvoor opgestelde internationale criteria (RSV 1999/7);
- verwezen wordt naar het feit dat de diagnose CVS is opgenomen in de ziekte classificatie van de World Health Organisation (RSV 1999/162);
- als de klachten al jaren bestaan (RSV 1999/7);
- als het klachtenverhaal reëel en consistent is (CRvB 17 mei 2005, LJN AT6732 en RSV 1996/162);
- als de artsen, die betrokkene hebben onderzocht, hebben geconstateerd dat geen sprake is van simulatie (RVS 1999/7);
- als uit het dagverhaal blijkt dat betrokkene op grond van haar aandoening CVS met een energieprobleem kampt (RSV 1999/7);
- als de door betrokkene gestelde klachten voldoen aan de criteria voor de diagnose CVS volgens de definitie van het Diagnostisch Kompas 2003 (CRvB 17 mei 2005, LJN AT6732);
- als arbeidsongeschiktheid wordt aangenomen slechts op grond van betrokkenes aangifte van vermoeidheidsklachten en de daardoor ondervonden beperkingen in lichamelijk en sociaal functioneren (RSV 1996/162).

In de jurisprudentie van de Raad is tot uitdrukking gebracht dat in bijzondere gevallen kan worden aangenomen dat klachten een uiting kunnen zijn van ziekte of gebrek (stoornis) ook al is niet geheel en al duidelijk aan welke ziekte het onvermogen om arbeid te verrichten valt toe te schrijven.

In die gevallen wordt ook wel gesproken van moeilijk objectieveerbare aandoeningen.

In die bijzondere gevallen stelt de Raad dan wel als (minimum-)eis dat bij (de door de rechter benoemde) onafhankelijke medische deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde opvatting bestaat dat ongeschiktheid voldoende aannemelijk is, ook al is niet steeds geheel en al duidelijk aan welke ziekte of gebrek de onduidelijkheid valt toe te schrijven, of indien zij zelfs tot zekere hoogte verschillen omtrent het antwoord op die vraag, een toereikende objectieve vaststelling niet zonder meer geheel kan worden uitgesloten. De CRvB is in zijn jurisprudentie niet snel geneigd om een uitzondering aan te nemen. Sinds de CRvB in 1986 voor het eerst een uitzondering aannam (het zogenaamde Oerarrest) heeft hij voor zover bekend slechts in enkele gevallen een uitzondering aangenomen<sup>11</sup>.

De uitzonderingsjurisprudentie van de CRvB maakt duidelijk dat het gaat om gevallen waar een aantal gerenommeerde medische specialisten met gebruikmaking van algemeen geaccepteerde onderzoeksmethoden tot het oordeel is gekomen, hoewel dat niet substantieel kan worden gemaakt, dat er wel degelijk sprake is van onvermogen als gevolg van ziekte of gebrek. Doorslaggevend daarbij is steeds dat de deskundigen hebben voldaan aan het objectiveringsvereiste.

Het eerder vermelde betekent overigens niet dat de verzekeringsarts bij de claimbeoordeling kan volstaan met de mededeling dat hij de uitgangspunten van het protocol CVS niet volgt, omdat die uitgangspunten strijdig zijn met de in het Schattingsbesluit neergelegde objectiveringseis<sup>12</sup>.

Uit art. 3 en 4 van het Schattingsbesluit volgt immers dat de verzekeringsarts zich een medisch verantwoorde opvatting vormt op de vraag of de gestelde klachten als uiting van ziekte of gebrek aangemerkt kunnen worden. Per individueel geval moet dit worden beoordeeld aan de hand van alle medische en feitelijke gegevens in onderling verband beschouwd<sup>13</sup>.

#### Literatuur

1. Uitnodiging voor de NVVG Voorjaarsledenvergadering van 22 april 2009.
2. Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Chronische-vermoeidheidssyndroom, Lumbosacraal radiculair syndroom. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienr. 2007/12.
3. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2000.
4. K. Fukuda, S. E. Straus, I. Hickie, M.C. Sharpe, J.G. Dobbins, A. Komaroff. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. The Chronic Fatigue Syndrome : A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. *Annals of Internal Medicine*, Vol. 121, December 15, 1994, pp. 953-959).
5. CRvB 3 april 2009, LJN BI0056.
6. Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen Arbeidsongeschiktheidswetten. 31 januari 2006, Stcrt. 2006, 33.
7. B.M. Carruthers, A.K. Jain, K.L. De Meirleir, D.L. Peterson, N.G. Klimas, A.M. Lerner, A.C. Bsted, P. Flor-Henry, J. Pradip, A.C.P. Powles, J.A. Sherkey, M.I. Van de Sande. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome : Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. A Consensus Document. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, Vol. 11 (1), 2003, pp 7-115.
8. Zie de betekenis van invalidering: van Dale Groot Woordenboek Der Nederlandse Taal 13e uitgave 1999.

#### Conclusie

Uit de vergelijking van het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS met de vaste rechtspraak van de CRvB en het Schattingsbesluit volgt dat in het protocol ten onrechte wordt gesteld dat CVS klachten als stoornis opgevat kunnen worden als deze voldoen aan de CDC-94-criteria.

Uit de vergelijking blijkt tevens dat het protocol ten onrechte stelt dat sprake is arbeidsongeschiktheid op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten als de diagnose CVS volgens de CDC-94-criteria is gesteld en betrokkene tevens beperkingen en participatieproblemen rapporteert.

Het verschil tussen het protocol CVS en de vaste rechtspraak en het Schattingsbesluit, zit in de wijze waarop een stoornis c.q. ziekte vastgesteld dient te worden. Volgens het protocol zijn CVS-klachten een uiting van een stoornis als deze voldoen aan de casusdefinitie van CVS, de CDC-94-criteria. Omdat op grond van de CDC-94-criteria de diagnose CVS gesteld kan worden louter en alleen op grond van de door een betrokkene gestelde klachten, voldoet deze onderzoeksmethode niet aan het objectiveringsvereiste.

#### Aanbeveling

Ten aanzien van de eerste taak van verzekeringsartsen bij de claimbeoordeling (in het kader van de Ziektewet/WAO/WIA/WAJONG/WAZ) - namelijk het beantwoorden van de vraag of de door betrokkene verwoorde klachten en beperkingen een uiting zijn van ziekte op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten - is het protocol geen ondersteuning, maar juist een beperking.

De commissie van het verzekeringsgeneeskundig protocol CVS zou er daarom goed aan doen om in de eerste herziening van het protocol expliciet de koppeling te maken met de vaste rechtspraak van de CRvB en het Schattingsbesluit ten aanzien van het CVS.

9. Een stoornis wordt in medische kringen en het Schattingsbesluit opgevat als een vermindering of verlies van lichamelijke of psychische structuur of functie. Een stoornis is niet hetzelfde als een ziekte. Een stoornis is een uiting van ziekte (in de medische betekenis van dit woord) c.q. een manifestatie van de onderliggende pathologie.
10. Over het objectiveringsvereiste zie onder meer: RSV 1996/42; CRvB 4 juli 1997, LJN AA8502; RSV 1999/162; CRvB 15 maart 2005, LJN AT2406; CRvB 17 mei 2005, LJN AT6732; CRvB 10 november 2006, LJN AZ 3375; CRvB 8 juni 2007, LJN BA7131 en CRvB 8 augustus 2000, 97/7292 AAW, RSV nr. 2000/206 met aantekening van A.J.V. Bockting.
11. Zie bijvoorbeeld: RSV 1986/201; RSV 1996/161; RSV 2000/226; USZ 2001/3.
12. Rechtbank Zutphen 24 juni 2009, LJN BJ0693.
13. Noot van mr. A.V.J. Bockting bij CRvB 16 augustus 2000, 98/151 AAW/WAO, RSV 2000/ 229.

### Column medisch tuchtrecht

## Regionaal Tuchtcollege Amsterdam vonnis 1 oktober 1990

#### **Mocht de medisch adviseur (hierna: MA) de diagnose verklappen?**

Klager K. heeft bij maatschappij A. een arbeidsongeschiktheidsverzekering afgesloten. In de polisvoorwaarden (art. 16) staat dat geen uitkering wordt verleend terzake van ongeval en/of arbeidsongeschiktheid welke is ontstaan, bevordert of verergerd door overmatig gebruik van alcohol c.q. door gebruik van geneesmiddelen, bedwelmende, verdovende of opwekkende middelen anders dan op medisch voorschrift.

Klager meldde zich ziek en kreeg het verzoek zich te laten keuren. De keuringsarts vermeldde in zijn rapport: "fors gestoorde leverfunctie – eiwitspectrum ten gevolge van hepatitis alcoholica".

MA heeft met machtiging van K. inlichtingen opgevraagd bij zijn huisarts. Die berichtte: "32-jarige man, fobische premorbide persoonstructuur, onder werkdruk gedecompenseerd en door alcohol gecompliceerd ziektebeeld. Na staken alcohol snel herstel van leverfuncties. Verwezen naar psycholoog".

Naar aanleiding van dit bericht heeft de MA zijn maatschappij geadviseerd geen uitkering te verstrekken omdat klagers arbeidsongeschiktheid was ontstaan door overmatig alcoholgebruik. De maatschappij berichtte aan de verzekeringstussenpersoon van K. dat ze niet tot uitkering zou overgaan, omdat: "... onze MA van mening is dat de gezondheidsklachten van K. zijn ontstaan en bevordert door overmatig gebruik van alcohol."

Hierover klaagt K.: "dat de MA onzorgvuldig jegens hem heeft gehandeld door zonder voldoende onderzoek tot een diagnose te komen en zijn geheimhoudingsverplichting jegens hem heeft geschonden door inlichtingen over hem aan A. te verstrekken."



Het college oordeelde allereerst dat de MA voldoende informatie had ontvangen om tot zijn diagnose te komen, daarvoor hoefde hij geen nader onderzoek te doen. Het college betreurt dat de MA zich hier in zijn mededelingen naar anderen niet heeft beperkt tot de opmerking dat zich hier één van de situaties van art. 16 van de polisvoorwaarden voordeed, maar precies heeft aangegeven welke uitsluitingsgrond in casu van toepassing was. Het enkel doorgeven van de diagnose rechtvaardigt echter geen tuchtrechtelijke maatregel. Dat A. vervolgens de diagnose bericht aan de tussenpersoon kan aan MA niet verweten worden. De klacht wordt afgewezen.

#### **Noot JWB**

*De MA kruipt hier door het oog van de naald. Als hij deze gevoelige diagnose niet had prijsgegeven (en daar draait het toch om bij het medisch geheim), dan was de brief naar de tussenpersoon niet zo compromitterend geweest. Zou de huisarts met patiënt overlegd hebben welke diagnoses hij doorgaf?*

JWB