

Waardering psychiatrisch deskundigenrapport. Kan het rapport van de eerste psychiater de toets der kritiek doorstaan?

Hof Arnhem-Leeuwarden 16-03-2021, ECLI:NL:GHARL:2021:2505

Instantie

Hof Arnhem-Leeuwarden

Datum

16 maart 2021

Magistraten

Mrs. R.A. Dozy, S.C.P. Giesen, H. Wammes

Zaaknummer

200.247.620

Folio weergave

[Download gedrukte versie \(PDF\)](#)

JCDI

JCDI:ADS270962:1

Vakgebied(en)

Burgerlijk procesrecht / Bewijs

Verkeersrecht / Aansprakelijkheid

Brondocumenten

ECLI:NL:GHARL:2021:2505, Uitspraak, Hof Arnhem-Leeuwarden, 16-03-2021

Wetgeving

Art. 202 Rv

Essentie

Verkeersongeval. Letselschade. Waardering psychiatrisch deskundigenrapport. Kan het rapport van de eerste psychiater de toets der kritiek doorstaan?

Samenvatting

Appellant is als fietser betrokken geweest bij drie verkeersongevallen (in 2003, 2006 en 2009). Partijen – appellant en ASR (als regeland verzekeraar van het ongeval uit 2006 en 2009) – laten een deskundigenonderzoek uitvoeren door een psychiater. De deskundige concludeert dat appellant een somatoforme stoornis heeft ontwikkeld. Een somatoforme stoornis is een psychische aandoening waarbij een persoon lichamelijke klachten heeft waarvoor geen somatische oorzaak (lichamelijke ziekte) gevonden is. Volgens de deskundige was er een grote tot zeer grote kans dat deze stoornis zich ook had voorgedaan zonder de laatste twee ongevallen. De appellant meent dat deze conclusie van de deskundige niet gevolgd moet worden, en verwijst ter onderbouwing naar twee afwijkende opinies van andere psychiaters.

Hof: Het hof bespreekt uitgebreid het rapport van de deskundige en toetst het rapport aan de (toen uit 2008 geldende richtlijn) “Medisch specialistische rapportage, in bestuurs- en civielrechtelijk verband” en de vereisten die volgen uit de vaste tuchtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Het hof overweegt onder meer dat de deskundige een goed beeld van appellant en de behandelingen heeft neergezet. Er is geen sprake van inconsistenties. Over het causaal verband tussende klachten en de ongevallen oordeelt het hof dat het feit dat de somatoforme stoornis zich verder heeft ontwikkeld na de twee fietsongevallen niet wil zeggen dat deze fietsongevallen in (medisch) causaal verband staan; er is hooguit sprake van een temporeel verband. De vraag of het letsel zich had voorgedaan zonder de ongevallen is een hypothetische situatie en deze is niet hard te maken. De conclusie van de deskundige dat een grote kans bestaat dat het letsel zich ook had ontwikkeld zonder ongeval, is volgens het hof goed te volgen. Het type klachten/stoornissen kwam met regelmaat voor in het huisartsenjournaal van appellant voorafgaand aan de ongevallen. De gedachte van de deskundige dat zonder ongevallen appellant dezelfde klachten/stoornis zou hebben ontwikkeld binnen een termijn van een half jaar, is niet onaannemelijk of ondenkbaar. Het deskundigenbericht houdt stand in hoger beroep.

Verwant oordeel

Zie ook:

- Hof Amsterdam 16 maart 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BN0044, *NJF* 2010/261;
- Hof 's-Hertogenbosch 25 maart 1999, ECLI:NL:GHSHE:1999:AK4071, *VR* 1999/181;
- Rb. Arnhem 3 mei 2012, ECLI:NL:RBARN:2012:3820;
- Rb. Gelderland 23 maart 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:2116;
- Rb. Midden-Nederland 26 november 2014, ECLI:NL:RBMNE:2014:6751;
- Rb. Oost-Nederland 28 februari 2013, ECLI:NL:RBONE:2013:BZ3464;
- Rb. Rotterdam 31 juli 2013, ECLI:NL:RBROT:2013:7635;
- Rb. Utrecht 19 september 2012, ECLI:NL:RBUTR:2012:BX7945;
- Rb. Utrecht 28 september 2011, ECLI:NL:RBUTR:2011:BT8671.

Wenk

In deze zaak heeft een psychiater op gezamenlijk verzoek van partijen een voorlopig deskundigenrapport uitgebracht. Een gezamenlijk deskundigenrapport kan door de rechter terzijde worden gelegd, indien sprake is van nieuwe feiten of omstandigheden die een nieuw deskundigenbericht rechtvaardigen of indien er zwaarwegende en steekhoudende bezwaren zijn over de wijze van totstandkoming of de inhoud van het deskundigenrapport (zie onder 'Zie ook' bijvoorbeeld Rb. Arnhem 3 mei 2012, ECLI:NL:RBARN:2012:3820; Rb. Utrecht 19 september 2012, ECLI:NL:RBUTR:2012:BX7945; Rb. Oost-Nederland 28 februari 2013, ECLI:NL:RBONE:2013:BZ3464; Rb. Midden-Nederland 26 november 2014, ECLI:NL:RBMNE:2014:6751 en Rb. Gelderland 23 maart 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:2116). De rechter treedt bij deze beoordeling uitdrukkelijk niet in de vraag of de bevindingen van de deskundige inhoudelijk juist zijn (zie onder 'Zie ook' Hof Amsterdam 16 maart 2010, ECLI:NL:GHAMS:2010:BN0044). De enkele omstandigheid dat één van de partijen het oneens is met de inhoud (waaronder de conclusie) van het rapport is onvoldoende om het rapport terzijde te schuiven. Een richtinggevende uitspraak over de gebondenheid aan een deskundigenrapport is het arrest van het Hof 's-Hertogenbosch uit 1999, ECLI:NL:GHSHE:1999:AK4071 (zie onder 'Zie ook'). In dat arrest was – ter beoordeling van de vraag of en in hoeverre er causaal verband bestond tussen de klachten van het slachtoffer en het haar overkomen ongeval – de expertise van een neuroloog ingewonnen. De verzekeraar was het niet eens met de bevindingen van de neuroloog. De deskundige zou uit zijn gegaan van onjuiste en onvolledige gegevens en de klachten zouden ook door andere diagnoses verklaarbaar zijn. Het hof oordeelde dat: “nu partijen een neurologische expertise zijn overeengekomen en daarvoor op voorstel van Terminus Koetsier is aangezocht, waarbij Terminus een aanzienlijke invloed heeft gehad op de vraagstelling aan Koetsier en de inhoud van het aan hem voorgelegde dossier, en de expertise als afronding van het debat tussen partijen was bedoeld, er zwaarwegende en steekhoudende bezwaren tegen een aldus tot stand gekomen rapport moeten zijn, wil de rechter aan wie de vraag naar het causale verband tussen het ongeval en de klachten uiteindelijk wordt voorgelegd, besluiten dat hij een dergelijk rapport naast zich neerlegt.” Van zwaarwegende en steekhoudende bezwaren was echter, aldus het hof 's-Hertogenbosch, geen sprake.

In het onderhavige arrest bespreekt het Hof Arnhem-Leeuwarden allereerst aan welke vereisten een deskundigenrapport moet voldoen. Het hof refereert aan de vereisten die volgen uit de Richtlijn medisch-specialistische rapportage, in bestuurs- en civielrechtelijk verband, waaronder deskundigheid, consistentie en begrijpelijkheid. Het hof verwijst daarnaast naar de vereisten van een medische rapportage zoals die volgen uit de tuchtrechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, onder meer dat het rapport op inzichtelijke en consistente wijze uiteenzet op welke gronden de conclusies steunen. In het onderhavige geval voldeed het deskundigenrapport van de psychiater naar het oordeel van het hof aan de vereisten en was van steekhoudende en zwaarwegende bezwaren tegen het deskundigenrapport geen sprake.

Partij(en)

Arrest in de zaak van

[Appellant], advocaat: mr. G. Yousef,

tegen

ASR Schadeverzekeringen N.V., te Utrecht, geïntimeerde, advocaat: mr. P. Oskam.

Uitspraak

Hof, locatie Arnhem:

1. Het verdere verloop van het geding in hoger beroep

1.1

In het tussenarrest van 27 november 2018 heeft het hof een comparitie na aanbrengen van de zaak in hoger beroep gelast. Deze comparitie heeft op 26 februari 2019 plaatsgevonden. Het proces-verbaal van deze zitting is tegelijk met dit arrest aan partijen verzonden. Partijen hebben ervoor gekozen om door te gaan met procederen in hoger beroep.

1.2

Het verloop van de procedure blijkt uit:

- de memorie van grieven,
- de memorie van antwoord,
- de pleidooien op 23 november 2020, waarbij mr. Yousef pleitnotities heeft voorgedragen en overgelegd.

1.3

Na afloop van de pleidooien heeft het hof arrest bepaald; beide partijen hadden al daarvoor de stukken overgelegd.

2. De vaststaande feiten

Het hof gaat in hoger beroep uit van de feiten zoals beschreven in de rechtsoverwegingen 2.1 tot en met 2.12 van het (bestreden) tussenvonnis van 25 oktober 2017.

3. De motivering van de beslissing in hoger beroep

Waarover gaat deze zaak?

3.1

[Appellant] is als fietser betrokken geweest bij drie verkeersongevallen: op 3 april 2003, 24 november 2006 en 16 maart 2009. [Appellant] stelt dat hij als gevolg van deze (met name laatste twee) verkeersongevallen materiële en immateriële schade heeft geleden. ASR heeft de aansprakelijkheid aanvaard en treedt op als regeland verzekeraar voor de laatste twee ongevallen. Partijen hebben in overleg ervoor gekozen om in het kader van een voorlopig deskundigenbericht een onderzoek te laten uitvoeren door psychiater dr. H.A. Drooglever Fortuyn; de beschikking hiervoor is afkomstig van de (toen nog zo geheten) rechtbank Utrecht van 17 oktober 2012.

3.2

Op 30 mei 2013 heeft Drooglever Fortuyn een conceptrapport opgesteld, waarop door de medisch adviseur van [appellant] nog enkele aanvullende vragen zijn gesteld. Drooglever Fortuyn heeft hierop per brief van 15 augustus 2013 geantwoord; zijn eindrapport is van 21 augustus 2013. Kort gezegd heeft Drooglever Fortuyn geconcludeerd dat [appellant] een somatoforme stoornis heeft ontwikkeld na de twee laatste fietsongevallen, maar dat ook andere bronnen van stress in de privésfeer hieraan hebben bijgedragen. Er was een grote tot zeer grote kans dat de klachten van de somatoforme stoornis zich ook hadden voorgedaan als de twee laatste fietsongevallen niet waren voorgevallen.

3.3

Vervolgens heeft de medisch adviseur van [appellant] het eindrapport van Drooglever Fortuyn voorgelegd aan W.H.J. Mutsaers, psychiater, die hierop per brief van 5 november 2013 commentaar heeft gegeven. Daarna hebben partijen over de bruikbaarheid van het eindrapport nog gecorrespondeerd.

3.4

Vervolgens heeft [appellant] zelf een psychiatrische expertise en herbeoordeling van de opinies van Drooglever Fortuyn en van Mutsaers laten uitvoeren door P.H.M. de Wit, psychiater. Deze heeft in de brief/rapport van 18 oktober 2016 zijn opinie gegeven.

3.5

Per brief van 29 februari 2016 heeft ASR de onderhandelingen over de afwikkeling van de schade beëindigd, omdat [appellant] het aanbod van ASR tot een slotbetaling van € 45.000,- niet heeft willen aanvaarden. Ook ter zitting bij het hof heeft [appellant] gepersisterd bij een bedrag van € 100.000,-.

De rechtbankprocedure

3.6

Met de inleidende dagvaarding van 15 augustus 2017 heeft [appellant] de onderhavige procedure gestart met als inzet de (her)beoordeling van het eindrapport van Drooglever Fortuyn. [Appellant] meent dat (de conclusie in) het eindrapport niet gevolgd zou moeten worden en verwijst ter onderbouwing hiervan naar de rapporten/opinies van de andere psychiaters. Hij vordert een verklaring voor recht dat het rapport van Drooglever Fortuyn niet voldoet aan de te stellen professionele normen, dat de antwoorden van Drooglever Fortuyn gepasseerd dienen te worden en dat er medisch causaal verband

bestaat tussen de ongevallen in 2006 en 2009 en de in het rapport van Drooglever Fortuyn vermelde klachten van [appellant].

De rechtbank heeft in het eindvonnis van 27 juni 2018 de vorderingen van [appellant] afgewezen en hem veroordeeld in de proceskosten.

De bezwaren/grievens tegen het eindvonnis

3.7

[Appellant] is het niet eens met de afwijzing van zijn vorderingen en heeft vijf grieven aangevoerd tegen het eindvonnis. Deze grieven hangen nauw met elkaar samen en beogen een volle herbeoordeling van de zaak. Het hof zal deze grieven dan ook gezamenlijk bespreken en beoordelen.

De psychiatrische expertises op een rij

Rapport Drooglever Fortuyn 29 juli 2013

3.8

Drooglever Fortuyn heeft [appellant] tweemaal gesproken/onderzocht op 15 en 29 januari 2013. Wat de psychiatrische voorgeschiedenis betreft schrijft Drooglever Fortuyn (pag. 17):

"Bij huisarts werd voor het eerst in 1996 een reactieve depressie gediagnosticeerd, en werd gestart met mirtazapine (antidepressivum). Er waren veel psychosomatische klachten (zie huisarts journaal) met Relatief veel diagnostische ingrepen (inclusief rectoscopie, gastroscopie) en bezoek aan specialisten en diverse buitenlandse centra."

Bij het onderzoek van [appellant] noteert Drooglever Fortuyn (pag. 18):

"Hij maakt goed contact. Hij kan bij de lange gesprekken zijn aandacht er bij houden. Hij lijkt vooral boos te zijn over zijn lot en boos op het stagneren van de onderhandelingen met de verzekeraar. Hij maakt een waardige, maar gekwetste indruk. Hij duidt zijn eigen lichamelijke klachten deels als puur lichamenlijk en deels als 'stress'. Er is in zijn denken een preoccupatie met zijn lichamelijke klachten. Betrokkene heeft de neiging alle klachten aan de laatste twee ongelukken te attribueren, en niet aan andere oorzaken. Hij uit zich opvallend weinig over de ernstige invaliditeit van zijn oudste twee zoons en over de doorgemaakte depressie van zijn echtgenote, waarvoor zij nog steeds antidepressiva krijgt. Hij heeft suicidale gedachten. Er zijn schuldgevoelens en schaamtegevoelens. Daarnaast heeft hij hypochondere ideaties. (...). Stemming is vooral geladen, niet duidelijk depressief. Er is een redelijk vlot tempo van spreken Er is niet overtuigend sprake van anhedonie [niet meer kunnen ervaren van vreugde, toev. hof]. Hij kan soms boosheid en verontwaardiging laten zien, onder meer als het over rechtszaken gaat. Het ziet er naar uit dat betrokkene het grootste deel van zijn emotionele reacties 'vertaalt' naar lichamelijke fenomenen als verhoogde spierspanning waardoor pijnklachten door het hele lichaam inclusief hoofdpijn ontstaan."

Wat betreft de bespreking van de medische stukken meldt Drooglever Fortuyn (pag. 19):

"Uit het huisarts journaal komen klachten naar voren die deels lijken op de klachten die betrokkene nu nog steeds meldt, zij het in mindere mate. Betrokkene heeft voorafgaand aan de serie fietsongelukken met regelmaat de huisarts bezocht. (...) Na een auto ongeval in september 1995 hield hij rugklachten over die jaren aanhielden. Beeldvormend onderzoek toonde geen bijzonderheden. De fysiotherapeut kan op de lumbago klachten 'geen diagnose plakken'. Van november 1996 tot augustus 1997 gebruikte betrokkene het antidepressivum Remeron (mirtazapine) 30 mg 1dd1. Indicatie hiervoor was aanvankelijk niet te achterhalen tot ik in de laatste uitdraai van het huisartsjournaal dat ik opvroeg (pag. 17) aantrof: 1-10-1996 reactieve depressie. De huisarts meende in 1997 dat bij de rugklachten spanning mogelijk een rol speelde. Er was dus voorafgaand aan de drie fietsongelukken sprake van zowel psychosomatische als stemmingsklachten."

3.9

Daarna beschrijft Drooglever Fortuyn de medische situatie na de fietsongevallen. Na het eerste fietsongeval in april 2003 (met kneuzing aan de duim) is [appellant] kennelijk tot november 2003 niet tot werken in staat geweest en daarna langere tijd ook niet (dat is niet duidelijk geworden). [Appellant] bleef klachten aan het bewegingsapparaat uiten volgens het huisartsenjournaal (pag. 3 rapport):

"3 april 2003: op fiets door bus aangereden. 4-4-2003: contusie duim re. 9-4-2003 Rugklachten, wil 2 weken thuis blijven om te revalideren. Vraagt of het mogelijk is om gedeeltelijke informatie te verstrekken bij opvragen medisch informatie. 23-4-2003: rechtswinkel. 15-5-2003: 6 weken last en kan werk niet doen. 19-6-2004; waarschijnlijk band MP gewricht stuk door verwijdering door bedrijfsarts. 15-9-2003 sinds ongeluk rug steeds weer last van rug, nu weer een week rugklachten. 27-11-2003: na ongeluk nog veel last, veel pijn, kan nog niet veel. Ligt nog veel wakker van de pijn, omdat foto van duim ook goed was vertrouwt hij foto niet. 25-2-2004: orthopedisch chirurg: spieren vast, moet naar yoga en huisarts legt wel uit. 15-7-2004: pijn in nek sinds 3 dagen. 16-3-2005; sterk hypertone musculus trapezius: spierspanningshoofdpijn. Correspondentie mei 2005: sterk verbeterd: hervatting alle (sport)activiteiten. Nek/ schouderklachten, hoofdpijn."

Aldus heeft [appellant], zo begrijpt het hof, door het eerste fietsongeval, met relatief gering letsel (kneuzing van de duim) twee jaar lang diverse klachten ontwikkeld en is hij met de afwikkeling van de (eerste) letselschadezaak begin 2005 weer opgeknapt.

3.10

In november 2006 vindt het tweede fietsongeval plaats. [Appellant] heeft aansluitend aan dit ongeval gedurende twee jaardeelgenomen aan een revalidatieprogramma van 'Het Roessingh'. In 2009 kreeg hij het derde fietsongeval. Daarna verergerden zijn klachten, aldus nog steeds Drooglever Fortuyn in de anamnese (pag. 13 e.v.). [Appellant] is er 100% van overtuigd dat al zijn klachten het gevolg zijn van de fietsongevallen in 2006 en 2009. Hij heeft veel last van stress en dit heeft lichamelijke gevolgen:

"last van zijn hoofd, rug, knie, nek. Hij wordt overal stijf. Hij is door de stress en zijn slechte slapen ook moe. Hij heeft geen rust. (...) Er hoeft maar iets kleins tegen te zitten of hij valt weer helemaal terug. Inmiddels realiseert hij zich dat de pijnklachten in de toekomst steeds erger zullen worden. Dat stemt hem dan somber. In 2011 is [appellant] voor het eerst door een consultant psychiater gezien die een chronische depressie diagnosticeert naast een somatoforme stoornis. Op as IV geeft hij [psychiater [B], toev. hof] als stressoren problemen in gezin, met werk en met financiën op. Hij voegt toe dat de letselschadeprocedure en de toenemende financiële druk op het gezin een stressfactor van betekenis is." (pag. 20 rapport). Ook volgens de bedrijfsarts van Maetis is de lopende letselschadezaak een belangrijke 'stressbron'.

3.11

In de beschouwing en conclusie in het rapport (pag. 21 e.v.) schrijft Drooglever Fortuyn onder meer:

"Betrokkene heeft een serie van drie fietsongevallen doorgemaakt, met tussenpozen van drie jaar. (...) Het eerste fietsongeval is verzekeringstechnisch afgehandeld en door de aansprakelijke verzekeraar gecompenseerd. Betrokkene kreeg € 8.000,- uitgekeerd na het opstarten van een juridische procedure. Het beloop van de klachten aan het bewegingsapparaat duurde ongeveer twee jaar en verliep met exacerbaties en remissies. Hij hield rugklachten, nekkklachten en (spierspannings)hoofdpijn over die deels psychosomatisch werden geduid. (...) Betrokkene herstelde, hoewel de klachten van het bewegingsapparaat na twee jaar niet helemaal over waren, volgens het huisarts journaal. (...)"

Daarna vonden de twee andere fietsongevallen plaats. Drooglever Fortuyn vervolgt:

"Betrokkene is van de beschreven klachten, die hij uitsluitend als ongevalsgevolgen ziet, nooit meer helemaal hersteld. Hij werd uitgebreid en langdurig behandeld in de revalidatiekliniek met gering succes. Bij herhaald lichamelijk onderzoek werden geen lichamelijke afwijkingen gevonden die de langdurige en ernstige klachten goed konden verklaren. De revalidatiearts rapporteerde pijnvermijdend gedrag en 'katastroferen': het ontwikkelen van overmatig negatieve denkbeelden over zijn lichamelijke toestand. De psycholoog die bij de behandeling betrokken is noteert herbelevingen en neiging tot somatiseren. Volgens de revalidatiearts speelden stressoren als de druk van de letselschadezaak, de precare thuissituatie een belangrijke onderhoudende rol bij het in stand blijven van het klachtenpatroon."

3.12

In de differentiaaldiagnostische overwegingen schrijft Drooglever Fortuyn onder meer (pag. 24 e.v.):

"Hoewel pas laat in de ziektegeschiedenis voor het eerst een psychiater bij de behandeling betrokken raakte, zijn er al veel langer, zelfs voorafgaand aan de serie fietsongelukken, aanwijzingen voor somatoforme klachten, die wil zeggen lichamelijke klachten die niet verklaard kunnen worden door een duidelijk identificeerbaar 'organisch substraat'. Ook werd in het huisartsjournaal een 'reactieve depressie' vermeld in 1996, waarvoor een antidepressivum werd voorgeschreven. De klachten die betrokkene beschreef na de serie fietsongelukken aan het bewegingsapparaat en het hoofd die niet goed verklaard kunnen worden vanuit het 'organisch substraat' of die niet passen binnen het gebruikelijke beloop na whiplash in combinatie met een hersenschudding, kunnen geacht worden te vallen binnen de psychiatrisch diagnostische groep van 'somatoforme stoornissen'. Er is een differentiaal diagnose die standaard overwogen wordt in dit kader. Somatoforme stoornissen ontstaan geheel onbewust bij personen die emotionele spanningen 'vertalen' in lichamelijke klachten, grotendeels voorbijgaand aan de oorspronkelijke emotionele lading. (...) Uit het dossier (huisartsjournaal en correspondentie revalidatiearts) valt op te maken dat de aanwijzingen voor een somatoforme stoornis veel overtuigender zijn. De diagnose somatoforme stoornis is gesteld door zowel psychiater [B] als - impliciet - door psychiater [C]. Betrokkene heeft een naar mijn indruk hoge medische consumptie, ook voorafgaand aan de drie fietsongelukken, waarbij hij snel ongerust raakt. Hij heeft een reeks onaangename lichamelijke onderzoeken ondergaan en hij werd na het laatste fietsongeval geïntubeerd voor hij naar de ICU ging. Er staan regelmatig lichamelijke klachtenpatronen in het dossier die veroorzaakt kunnen worden door emotionele spanningen. Het is uit de transculturele psychiatrie bekend dat het in de bevolkingsgroep waartoe betrokkene behoort gebruikelijk is dat emotionele stressoren eerder leiden tot somatoforme klachten dan tot bij voorbeeld stemmingsklachten, mede vanwege het taboe dat ligt op het naar buiten brengen van emoties als verdriet en angst. In de bovengenoemde differentiaal diagnose kies ik - zoals ook de psychiaters [B] en [C] - op grond van deze argumentatie voor een classificatie binnen de categorie somatoforme stoornissen. (...) Uit de huidige

ziektegeschiedenis komt naar voren dat de somatoforme klachten zich steeds voordeden na ongevallen (1995, 2003, 2006 en 2009). Het ziet er naar uit dat ongevallen inderdaad optraden als 'trigger' voor een aansluitend patroon van somatoforme klachten. Omdat het klachtenbeloop daartussendoor zeer wisselend was is goed mogelijk dat andere stressoren ook ten grondslag lagen aan een nieuwe exacerbatie of het in stand blijven van de klachten. Betrokkene zegt zelf dat er maar 'iets kleins' hoeft te gebeuren om weer een ernstige terugval te doen ontstaan. Van de somatisatiestoornis is bekend dat deze vaak geassocieerd is met een verhoogd vóórkomen van ernstig en langdurig misbruik of fysieke mishandeling in de kindertijd (zie ook Leerboek Psychiatrie: Hengeveld, van Balkom, 2005). Betrokkene heeft hier bij huidig onderzoek niet over gesproken. Het enige wat bekend is dat zijn familie Turkije moest ontvluchten mede vanwege botsingen met de omgeving vanwege het lidmaatschap van een christelijke kerk, de Syrisch Orthodoxe Kerk. Hoe het er vroeger in het gezin precies aan toe ging is bij huidig onderzoek niet besproken. Het is in Turkse families uit de boeren- of arbeidersklasse niet gebruikelijk om 'de vuile was' buiten te hangen. (...) Overigens is traumatisering in de jeugd geen diagnostisch criterium voor de somatisatiestoornis."

3.13

Over de medische causaliteit schrijft Drooglever Fortuyn onder meer (pag. 28 e.v. rapport):

"Ik ben ervan overtuigd dat de fietsongelukken in 2006 en 2009 emotioneel hard aankwamen bij betrokkene en dat hij hierop reageerde met een psychosomatisch klachtenpatroon met bijkomende ernstige ongerustheid daarover. Er waren en zijn echter nog andere spanningsbronnen aanwezig in het leven van betrokkene. In het dossier worden de volgende stressoren genoemd die de klachten na het ongeluk in stand hielden: de stress van de letselschadezaak, de depressie van zijn vrouw, de druk van de gehandicapte kinderen, de druk van de misschien nog te vervullen dienstplicht in Turkije en de zorgelijke financiële situatie. Omdat de wisselingen van de klachten in de tijd opvallend waren kunnen deze stressoren - naast de fietsongelukken - ook als onafhankelijke 'triggers' worden beschouwd van de lichamelijke klachten. Omdat betrokkene een somatisatiestoornis ontwikkelde is er mogelijk sprake van een in de tijd nog verder verwijderde bron van stress: ernstige fysieke mishandeling in de jeugd.

Dit laatste aspect buiten beschouwing latend is het duidelijk dat de bovengenoemde bronnen van stress die zich in de privé sfeer afspeelden onveranderd aanwezig zouden zijn in het geval dat de fietsongelukken zich niet zouden hebben voorgedaan. Hierdoor kan zeker niet worden uitgesloten dat de klachten van de somatisatiestoornis zich ook hadden kunnen voordoen als de fietsongevallen in 2006 en 2009 niet waren voorgevallen. De mate waarin deze klachten zich hadden voorgedaan en de positionering in de tijd van de klachten is niet met zekerheid aan te geven, maar de klachten passend bij een somatisatiestoornis worden niet typisch geluxeed door het doormaken van ongevallen maar kunnen door een breed scala aan stressoren, die emoties oproepen, worden opgeroepen."

3.14

In antwoord op de vragen c en d over de (hypothetische) situatie zonder ongeval schrijft Drooglever Fortuyn onder meer (pag. 33-34):

"Indien de ongevallen (2006, 2009) betrokkene niet waren overkomen was er ook een grote tot zeer grote kans geweest op een (ongedifferentieerde) somatoforme stoornis of een somatisatiestoornis en stemmingsklachten. In de jaren voorafgaand aan de genoemde ongevallen wordt dit type klachten/stoornissen met regelmaat in het huisartsjournaal beschreven. (...) De klachten hadden kunnen ontstaan na het doormaken van emotionele levensgebeurtenissen die te maken konden hebben met werkgerelateerde veranderingen, stressoren in de privé sfeer (toestand en verhouding tot echtgenote en kinderen) aan mogelijke financiële problemen en gerelateerd aan een mogelijke dienstplicht in Turkije. Gezien het patroon van psychosomatische problemen in de periode van vóór november 2006 is er een grote mate van zekerheid dat dit type klachten zou zijn opgetreden. Een termijn van uiterlijk binnen een half jaar zou op grond van het voorafgaande huisartsjournaal een redelijke verwachting zijn voor het optreden van psychosomatische klachten. Welke omvang de klachten en afwijkingen zouden hebben gehad vind ik moeilijker te voorspellen, evenals het antwoord op de vraag of betrokkene ook in de periode na 2006 andere ongevallen zou hebben doorgemaakt."

3.15

In antwoord overigens op een vraag van de (toenmalige) advocaat van [appellant] naar aanleiding van het conceptrapport over de termijn van een half jaar schrijft Drooglever Fortuyn in zijn brief van 15 augustus 2013:

"Deze vraag sluit aan bij de beantwoording van vraag d in de situatie van klachten, afwijkingen en beperkingen zonder ongeval (...). Zoals al aangegeven in dit antwoord heb ik mij gebaseerd op het huisartsjournaal. Onder psychosomatische klachten vallen de klachten die in de DSM IV zijn gecategoriseerd in het hoofdstuk 'somatoforme stoornissen'. Hieronder vallen naast de somatisatiestoornis ook de somatoforme stoornis ook de pijnstoornis en de hypochondrie. In het huisartsjournaal van 2003, 2004 en 2005, in de periode voorafgaand aan de fietsongevallen in 2006 en 2009, komen regelmatig somatoforme klachten terug waarmee betrokkene de huisarts heeft bezocht. Betrokkene had ook in de periode vóór 2006 een hoge medische consumptie: hij bezocht in 2003 14 maal de huisarts, in 2004 was dat 10 maal en in 2005 vijf

maal. Er waren in die drie jaren regelmatig klachten die vielen in de categorie somatoform. In 2003 kreeg betrokkene na het aangeven van maagklachten een gastroduodenoscopie die geen afwijkingen liet zien ter verklaring. Er waren klachten aan het bewegingsapparaat die niet geheel in verhouding stonden tot het onderliggend organisch substraat. In 2004 was er herhaaldelijk sprake van (ongerustheid over) lichamelijke klachten (maag, luchtwegen, bewegingsapparaat) die een onschuldige genese hadden. Voor 2005 geldt inhoudelijk hetzelfde. In 2012, het laatste volledige jaar uit het huisartsjournaal, kreeg betrokkene onderzoeken voor buikkolklachten en voor stemproblemen die geen organische basis bleken te hebben. Hij sprak dat jaar tegenover de huisarts zijn zorgen uit over mogelijk ontstoken spieren en mogelijk kanker van de keel. Deze klachten lijken niet met enige mate van waarschijnlijkheid of exclusief te koppelen aan de fietsongevallen in 2006 en 2009. Mijn inschatting dat betrokkene, in de situatie zonder de fietsongevallen in 2003 en 2006, binnen een halfjaar een klacht zou hebben op psychosomatisch/ somatoform terrein, lijkt dus aan de conservatieve kant."

3.16

En voorts in antwoord op een andere vraag van de (toenmalige) advocaat van [appellant] over de emotionele levensgebeurtenissen van [appellant] schrijft Drooglever Fortuyn onder meer in de bovengenoemde brief:

"In de paragraaf 'medische causaliteit' (...) heb ik een aantal emotionele levensgebeurtenissen opgesomd die een bijdrage zouden kunnen leveren aan psychosomatische klachten of er aan ten grondslag zouden kunnen liggen: de depressie van zijn echtgenote en de druk van de twee gehandicapte zoons. Andere 'triggers' zouden kunnen liggen in het doormaken van andere ongelukken die hadden kunnen optreden of door - nu nog latente - spanningen in de werk- of privésfeer. Het is vaak lastig om exacte aanleidingen voor klachten bespreekbaar te maken met personen die er cultureel gezien niet aan gewend zijn mededelingen uit de privésfeer te doen of 'de vuile was buiten te hangen'. Uit de literatuur (...) blijkt dat juist eerste generatie Turken een hoge incidentie laten zien van zowel stemmingsstoornissen als somatoforme stoornissen, als de greep vergeleken wordt met een groep tweede generatie Turken. Deze bevinding is geduid als 'acculturatieproblematiek'. Deze acculturatieproblematiek zou ook bij betrokkene een rol kunnen spelen als grondslag voor de somatoforme klachten."

Mutsaers 5 november 2013

3.17

Het rapport van Drooglever Fortuyn is door de medisch adviseur van [appellant] voorgelegd aan psychiater W.H.J. Mutsaers die hierop per brief van 5 november 2013 heeft gereageerd. Kort gezegd meent Mutsaers dat het rapport niet voldoet aan de professionele standaard.

De Wit 18 oktober 2016

3.18

Op verzoek van de advocaat van [appellant] heeft P.H.M. de Wit, psychiater, een onderzoek verricht naar aanleiding van de vraag van de advocaat om het rapport van Drooglever Fortuyn te beoordelen en in aansluiting daarop of hij het eens is met de bevindingen van Mutsaers.

3.19

De Wit heeft in zijn rapport onder "prelude" aan aantal inleidende opmerkingen gemaakt over het feit dat het laatste ongeval zeven jaar geleden is en dat de rapporten van Drooglever Fortuyn en Mutsaers drie jaar oud zijn. Het is naarmate de tijd vordert steeds minder goed mogelijk om definitieve uitspraken te kunnen doen over de gemoedstoestanden, klachten en ziektebeelden uit het verleden en de mogelijke samenhang met fysieke ongevalsinvloeden, traumatiserende aspecten of andere gebeurtenissen/stressoren of een veronderstelde specifieke kwetsbaarheid van betrokkene, aldus De Wit. Hij heeft [appellant] op 4 oktober 2016 in zijn praktijk gezien, vergezeld van de heer Barsaum Can die eerder ook als tolk voor [appellant] had opgetreden bij de consulten bij Drooglever Fortuyn. In zijn conclusie schrijft De Wit onder meer:

"Betrokkene heeft van jongs af aanzienlijke moeilijkheden gekend maar heeft zich in de eerste jaren na zijn vlucht (of emigratie) in Nederland afdoende kunnen handhaven zonder dat er aanwijzingen waren voor psychopathologie in welke vorm dan ook. Na het eerste verkeersongeval en het overlijden van zijn vader zijn er kortdurend slaap-, stress- en stemmingsklachten geweest zonder dat ik aanwijzingen vind voor een depressieve stoornis in die periode. Daarna zijn er in zijn leven meerdere stressoren geweest.

Nadat hij in 2003 voor het eerst als fietser werd aangereden heeft hij daar langere tijd stressklachten en somatische klachten bij ontwikkeld waarvan hij aanvankelijk herstelde.

Vanaf die tijd zijn ieder geval de lopende procedures een belangrijke belastende factor geworden. Ook is duidelijk dat het ernstigere verkeer ongeval in 2006 langdurende klachten en in ieder geval ook somatoforme (whiplash)problematiek heeft veroorzaakt.

Na het op zichzelf ook ernstige verkeersongeval in 2009 is er een knik in zijn levenslijn ontstaan met het dan optreden van duidelijke psychiatrische problematiek, in ieder geval een ernstige chronische depressie, enige tijd gecompliceerd door conversief stemverlies en in ieder geval ook een periode van psychotische ervaringen en suïcidaliteit. Hij heeft vandaaruit

eigenlijk niet meer goed grip gekregen op zijn bestaan en de klachten, problematiek en functiebeperkingen zijn zijn leven blijven beheersen.

Het is natuurlijk nooit met zekerheid te zeggen hoe zaken zich ontwikkeld zouden hebben als zich iets niet zou hebben voorgedaan wat zich wel voorgedaan heeft. In het psychiatrisch vakgebied is het ook tot op enige hoogte arbitrair welk onderdeel van het klachtencomplex men aan welke ziektebeeld toeschrijft of classificeert. Zo kunnen bijvoorbeeld 'stressklachten' of 'als lichamelijk ervaren klachten' of 'een gebrek aan energie' bij verschillende classificaties worden ondergebracht. Dat kan er toe leiden dat, zeker als externe belangen meespelen, de gebruikte classificaties uiteen kunnen gaan lopen en afgaan wijken van de feitelijke, klinische diagnostiek. De discussiepunten of discrepanties zoals collega Mutsaerts aanduidt enerzijds en zoals een en ander beschreven wordt in het rapport Drooglever Fortuyn anderzijds, zijn hier dan ook getuige van."

Uit dit commentaar leidt het hof af dat De Wit het niet eens is met de opinie/conclusie van Drooglever Fortuyn nu die conclusie en interpretatie niet eenduidig zijn en niet goed in balans zijn met de eerder beschreven bevindingen. Voorts geeft De Wit ook aan, net zoals Drooglever Fortuyn, dat het ook in de psychiatrie lastig is te duiden op welke wijze men de klachten duidt en ook of deze klachten wel of niet (vooral) zijn veroorzaakt door de laatste twee ongevallen.

Aan welke (professionele) vereisten dient een medische expertise te voldoen?

3.20

Op 31 januari 2008 hebben de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) en de WMSR (Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage) een richtlijn opgesteld "Medisch specialistische rapportage, in bestuurs- en civielrechtelijk verband". Deze richtlijn is in april 2016 vervangen en is voor de onderhavige zaak dan ook niet van belang nu het bekritiseerde rapport van Drooglever Fortuyn is opgemaakt in 2013. Een medisch-specialistisch rapport beantwoordt ten minste aan de volgende eisen: deskundigheid, zorgvuldigheid, intersubjectieve toetsbaarheid (constatering berusten aantoonbaar op feiten), relevantie en zuinigheid (geen overbodige beschouwingen), consistentie, begrijpelijkheid, gehanteerde algemeen aanvaarde onderzoeksmethode en onbevooroordeeldheid. Voorts is er een leidraad geschreven voor de opbouw van het rapport (alhoewel de expert hierin verder vrij is) en tot slot dient de expert als medisch specialist in het register van de MSRC (Medisch Specialisten Registratie Commissie) zijn opgenomen. Onbestreden staat vast dat Drooglever Fortuyn lid is van Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) en dat hij voorts voldoet aan de eisen van deskundigheid.

3.21

Volgens vaste tuchtrechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gelden de navolgende vereisten waaraan een medische rapportage moet voldoen:

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

Het Centraal (of Regionaal)Tuchtcollege toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

De beoordeling door het hof

3.22

Het hof zal, gezien het petitum onder a en b, met inachtneming van de onder 3.20 en 3.21 genoemde normen/vereisten beoordelen of het rapport van Drooglever Fortuyn voldoet aan de toentertijd geldende, professionele normen en zal daarbij tevens acht slaan op het commentaar van Mutsaers en De Wit. Uit de beschikking voorlopig deskundigenbericht van de rechtbank Utrecht van 17 oktober 2012 blijkt dat partijen in gezamenlijk overleg hebben gekozen voor Drooglever Fortuyn en dat aan hem de door hen gewenste vragen zijn gesteld. [Appellant] was (en is) de Nederlandse taal niet voldoende machtig, zodat hij zich steeds heeft laten vergezellen door een vriend/persoonlijk begeleider (de heer [betrokkene]) die voor hem vertaalde als dat nodig was (niet alleen bij Drooglever Fortuyn, maar ook bij De Wit en ter zitting bij de rechtbank en het hof). Het hof ziet er geen bezwaar in dat de heer [betrokkene] [appellant] heeft vergezeld naar Drooglever Fortuyn, ook al is de heer [betrokkene] geen officiële tolk; kennelijk heeft [appellant] veel vertrouwen in de heer [betrokkene] die hem steeds bijstaat en voor hem 'tolkt' (wat zeker bij een psychiatrische expertise een pluspunt kan zijn). Wat de vraagstelling betreft meent De Wit dat hierdoor het rapport eenzijdig en niet in balans is, althans zo begrijpt het hof het commentaar van

De Wit. Het hof merkt op dat partijen zélf voor deze vraagstelling hebben gekozen en dat deze vragen in hoge mate zijn gebaseerd op de standaard IWMD vraagstelling ('causaal verband bij ongeval'). Het hof volgt De Wit dus niet in zijn kritiekpunt op dit onderdeel.

3.23

Drooglever Fortuyn begint zijn rapport met een uitvoerige opsomming van de beschikbare, medische stukken. Uit die stukken volgt bijvoorbeeld ook informatie over het verleden van [appellant] (het huisartsendossier; Radar, de arbeidsdeskundige, 14 januari 2008 en 29 april 2008). Daarna vervolgt Drooglever Fortuyn met een anamnese, waaronder een 'dagverhaal' en 'enkele biografische gegevens'. Mutsaers meent dat de hierin gebezigde taal niet de taal is van een "laagnormaal begaafde man" en dat er onvoldoende onderscheid wordt gemaakt tussen de anamnestiche gegevens en de gegevens die ontleend zijn aan het dossier. Het hof deelt die opvatting niet; het moge zo zijn dat Drooglever Fortuyn mogelijk het verhaal van [appellant] in goed Nederlands heeft opgeschreven, maar dat het verhaal van [appellant] ook ondersteund wordt door de informatie in het dossier leidt er natuurlijk niet toe dat de anamnese daarom niet goed is verslagen. Dat Drooglever Fortuyn de handicaps van zijn zoons met een medische term heeft omschreven wil ook niet zeggen dat daarom de anamnese niet goed is afgenomen. Onder het kopje 'werkgeschiedenis' in het rapport is een kort overzicht van het arbeidsverleden van [appellant] gegeven; dat er niet méér gegevens bekend zijn maakt ook niet dat de anamnese niet volledig zou zijn geweest. (Drooglever Fortuyn merkt in zijn rapport op dat hij geprobeerd heeft de gegevens van het UWV te krijgen, maar dat dat hem niet gelukt is.) Dat hierdoor Mutsaers geen beeld heeft kunnen vormen van [appellant]'s toestand vóór het ongeval, kan Drooglever Fortuyn niet verweten worden: kennelijk heeft [appellant] hierover niet méér verteld dan wat er staat. Onder het kopje 'behandelgeschiedenis' beschrijft Drooglever Fortuyn de doorlopen behandelingen op basis van de schriftelijke informatie; ook dit is duidelijk kenbaar uit het rapport. Hetzelfde geldt voor de beschrijving van de psychiatrische voorgeschiedenis, de somatische voorgeschiedenis en de medicatie: ook die gegevens zijn ontleend aan het dossier. Dat deze informatie allemaal onder het hoofdstuk 'anamnese' zijn geschaard geeft een goed beeld van de persoon en de behandelingen van [appellant].

3.24

Vervolgens heeft Drooglever Fortuyn het (psychiatrisch) onderzoek beschreven en de medische stukken uitvoerig besproken. Naar het oordeel van het hof geven deze hoofdstukken een goed beeld van de persoon van [appellant], de door hem overkomen fietsongevallen en de daarop volgende medische behandelingen. In de 'beschouwing en conclusie' vat Drooglever Fortuyn het voorgaande adequaat samen, dat wil zeggen goed te volgen door het hof. In zijn 'differentiaal diagnostische overwegingen' komt Drooglever Fortuyn tot de (psychiatrische) conclusie dat bij [appellant] sprake is van een somatoforme stoornis; deze diagnose wordt overigens ook door de andere psychiaters onderschreven. Anders dan Mutsaers meent oordeelt het hof dat geen sprake is van inconsistentie als Drooglever Fortuyn schrijft dat [appellant] zijn klachten uitsluitend als ongevalsgevolg ziet (en dus niet kan onderkennen dat er mogelijk ook andere oorzaken hiervoor zijn). Drooglever Fortuyn heeft in zijn eerdere beschouwing uitvoerig stilgestaan bij de (andere) stressoren die de klachten van [appellant] onderhouden/versterken (of zelfs veroorzaken), zoals de langlopende letselschadezaak (dat is door meerdere behandelaren zo expliciet benoemd), de psychische klachten van zijn vrouw, de zorg voor zijn gehandicapte kinderen en de financiële problemen. Het bestaan van deze stressoren heeft [appellant] ook niet betwist. Uit het feit dat Drooglever Fortuyn heeft benoemd dat het psychiatrische beeld dat hij bij [appellant] heeft vastgesteld vaak wordt gezien wanneer in de jeugd sprake is geweest van (bijvoorbeeld) mishandeling, terwijl Drooglever Fortuyn, zoals hij schrijft, niet heeft kunnen vaststellen dat van mishandeling daadwerkelijk sprake is geweest, brengt niet mee dat het rapport in strijd is met de professionele standaarden. Duidelijk is dat Drooglever Fortuyn zijn conclusies niet heeft gestoeld op deze, niet vaststaande, door hem als (theoretische) mogelijkheid genoemde gebeurtenis (zie onder rov. 3.12-3.13). Afgezet hiertegen is de constatering van Drooglever Fortuyn goed te volgen dat [appellant] alleen oog heeft voor de fietsongevallen die al zijn ellende en klachten hebben veroorzaakt. Dit is inherent aan zijn somatoforme stoornis. Dat de somatoforme stoornis zich verder heeft ontwikkeld na de twee fietsongevallen wil ook niet zeggen dat deze fietsongevallen in (medisch) causaal verband staan; er is hooguit sprake van een temporeel verband. Uit de medische, feitelijke gegevens ná het eerste fietsongeval in 2003, met relatief gering letsel, blijkt dat [appellant] twee jaar nodig heeft gehad om weer enigszins te herstellen en dat hij tegenover de huisarts meerdere malen somatoforme klachten meldt (zoals Drooglever Fortuyn ook heeft beschreven). Pas na de afronding van die letselschadezaak heeft hij de draad weer op kunnen pakken.

3.25

Dat de andere twee psychiaters Mutsaers en De Wit minder stellig (durven te) zijn over het medisch causaal verband tussen de klachten van [appellant] en de twee fietsongevallen, wil niet zeggen dat die conclusie van Drooglever Fortuyn daarom onjuist is. Het hof begrijpt uiteraard dat hierover verschillend gedacht kan worden, maar dat is ook wat Drooglever Fortuyn zelf schrijft in zijn brief aan de medisch adviseur van [appellant] naar aanleiding van een vraag over het conceptrapport: "Psychiatrie is geen wiskunde: er is nooit 100% zekerheid dat zich na een bepaalde levensgebeurtenis een zekere psychiatrische stoornis ontwikkelt. Ik baseer de voorspelling, geformuleerd in de beantwoording van de vragen van de

rechtbank in de situatie zonder ongeluk op het huisarts dossier."

3.26

Beide psychiaters Mutsaers en De Wit stellen wel dat het rapport van Drooglever Fortuyn niet voldoet aan de huidige professionele norm, maar zij expliciteren niet wat die professionele norm dan inhoudt. Er is op onderdelen kritiek geuit, maar dat maakt nog niet dat het rapport van Drooglever Fortuyn niet voldoet aan de normen zoals door het hof weergegeven onder rechtsoverweging 3.20-3.21. Duidelijk is wel dat beide psychiaters de conclusie van Drooglever Fortuyn niet delen, maar dat wil niet zeggen dat het rapport van Drooglever Fortuyn daarom niet voldoet aan de professionele normen.

3.27

Bezie het hof het rapport van Drooglever Fortuyn dan is er geen twijfel over zijn deskundigheid, onbevooroordeeldheid, zorgvuldigheid en toetsbaarheid van zijn constatering. Het hof kan de conclusies van Drooglever Fortuyn volgen die vervolgens leiden tot de beantwoording van de vragen, waarbij de belangrijkste vraag natuurlijk is of [appellant] dezelfde of soortgelijke klachten zou hebben ontwikkeld als hem de twee fietsongevallen niet waren overkomen. Deze vraag ziet op een hypothetische situatie en is alleen daarom al niet 'hard' te maken (het is geen wiskunde), maar het antwoord van Drooglever Fortuyn dat als de twee fietsongevallen [appellant] niet waren overkomen er een grote tot zeer grote kans was geweest op een (ongedifferentieerde) somatoforme stoornis of anderszins, met name omdat in de jaren voorafgaand aan deze ongevallen dit type klachten of stoornissen met regelmaat in het huisartsenjournaal over de jaren 2003, 2004 en 2005 worden beschreven, kan het hof goed volgen; het hof onderschrijft die conclusie. In het midden kan blijven binnen welke termijn [appellant] dit type klachten zou hebben gekregen (het blijft een hypothetische veronderstelling), maar gezien de frequentie waarmee [appellant] zich steeds bij de huisarts presenteerde met diverse psychosomatische klachten (door Drooglever Fortuyn nader benoemd in zijn brief van 15 augustus 2013 in zijn antwoord op vraag 1) is de gissing van Drooglever Fortuyn dat een redelijke verwachting is dat dat binnen een half jaar zou zijn gebeurd, naar het oordeel van het hof niet onaannemelijk of ondenkbaar. Die op zijn deskundigheid en het medisch dossier gebaseerde inschatting, die van Drooglever Fortuyn met de voorgelegde vragen werd verlangd, levert geen strijd met de professionele normen op.

4. De slotsom

4.1

De grieven falen; het hoger beroep slaagt niet. Het bestreden eindvonnis zal worden bekrachtigd.

4.2

Als de in het ongelijk te stellen partij zal het hof [appellant] in de kosten van het hoger beroep veroordelen, met daarover de gevorderde wettelijke rente en de nakosten.

De kosten voor de procedure in hoger beroep aan de zijde van ASR zullen worden vastgesteld op:

- griffierecht € 726,-
- salaris advocaat € 3.222,- (3 punten x tarief II)

5. De beslissing

Het hof, recht doende in hoger beroep:

bekrachtigt het vonnis van de rechtbank Overijssel, zittingsplaats Almelo van 27 juni 2018;

veroordeelt [appellant] in de kosten van het hoger beroep, tot aan deze uitspraak aan de zijde van Achmea vastgesteld op € 726,- voor verschotten en op € 3.222,- voor salaris advocaat overeenkomstig het liquidatietarief, te voldoen binnen veertien dagen na dagtekening van dit arrest, en – voor het geval voldoening binnen bedoelde termijn niet plaatsvindt – te vermeerderen met de wettelijke rente te rekenen vanaf bedoelde termijn voor voldoening;

veroordeelt [appellant] in de nakosten, begroot op € 157,-, met bepaling dat dit bedrag zal worden verhoogd met € 82,- in geval [appellant] niet binnen veertien dagen na aanschrijving aan deze uitspraak heeft voldaan én betekening heeft plaatsgevonden.

Dit arrest is gewezen door mrs. R.A. Dozy, S.C.P. Giesen en H. Wammes en is in tegenwoordigheid van de griffier in het openbaar uitgesproken op 16 maart 2021.