

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.326

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.326 van:

A., wonende te B., appellant in het principale appel, verweerder in het incidentele appel, klager in eerste aanleg, gemachtigde: C. te D., tegen

E., psychiater, werkzaam te F., verweerder in het principale appel, appellant in het incidentele appel, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. P. Dalhuisen, advocaat te Zwolle.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 1 november 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen de heer E. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 5 juli 2012, onder nummer 180/2010, heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard en de psychiater de maatregel van een berisping opgelegd. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De psychiater heeft een verweerschrift in hoger beroep, tevens houdende incidenteel appel, ingediend. Klager heeft een verweerschrift in het incidentele appel ingediend.

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2012.356 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 18 april 2013, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door C., en de psychiater, bijgestaan door mr. P. Dalhuisen. Voor klager was aanwezig mevrouw G., tolk in de H.-se taal. Voor de gemachtigde van klager was aanwezig de heer I., tolk in de J.-se taal.

De standpunten van partijen zijn door hun gemachtigden toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager is geboren in K.. Hij heeft een studie gevolgd in Nederland. In 1989 is hij onder behandeling geweest van zenuwarts L. te B. in verband met “een ernstige neurotische ontwikkeling”. Met zijn toenmalige M.-se partner is hij in 1990 verhuisd naar H. en in 1997 naar M..

In augustus 1999 is klager door een M.-se huisarts verwezen voor gesprekstherapie. In het kader daarvan kreeg hij door een M.-se psychiater ook medicijnen voorgeschreven. Op uitnodiging van een Nederlandse vriendin, thans zijn echtgenote, kwam hij in 2000 naar Nederland.

Klager meldde zich, op verwijzing van een huisarts voor “vervolgbehandeling en cognitieve therapie (?)” in november 2000 voor het eerst bij verweerder. Dit was de start van

een behandeling die, met onderbrekingen van soms vele maanden vanwege verblijf van klager in het buitenland, heeft geduurd tot 29 september 2009. Blijkens het gespreksverslag van de intake bij verweerder gaf klager aan dat hij sinds ongeveer een jaar zware depressies had. Hij was in M. al onder behandeling van een psychiater geweest en had ook medicatie voorgeschreven gekregen (temazepam, perphenazine en Remeron). Verweerder heeft tijdens dit eerste consult de Hamilton Rating Scale (HAM-D17) afgenomen. Er volgde een score van 31.

Uit de stukken en de standpunten van partijen blijkt dat in de periode vanaf november 2000 tot en met september 2009 met langdurige onderbrekingen in ieder geval 335 behandel-sessies hebben plaatsgevonden.

Wat de medicatie betreft blijkt (mede) uit de overgelegde ACT-lijst van de apotheek het volgende. Verweerder staakte de Remeron en voegde citalopram toe. De citalopram werd begin 2001 vervangen door fluvoxamine, medio 2001 kortstondig door imipramine, vervolgens door trimiparine om vervolgens in september 2003 weer te worden vervangen door imipramine. Vanaf april 2001 werd lithiumcarbonaat voorgeschreven, waaraan in maart 2005 natriumvalproaat werd toegevoegd en nadien nog een korte periode levetiracetam. Vanaf september 2006 schreef verweerder propranolol voor. De natrium-valproaat, lithiumcarbonaat en imipramine werden eind 2008 gestopt volgens een afbouw-schema, de propranolol korte tijd later, waarover verderop nader. Per september 2004 werd modafinil toegevoegd, korte tijd later vervangen door methylfenidaat, waarmee in het voorjaar van 2006 werd gestopt. Vanaf 2000 tot 2005 schreef verweerder voorts oxazepam voor en vanaf 2004 tot 2009 zopiclon. Ten slotte heeft verweerder vanaf 2004 sumatriptan (Imigran) voorgeschreven, aanvankelijk in doses van 12 of 18, maar op 28 augustus 2007 schreef hij 60 stuks voor en vervolgens op 2 oktober 2007 het aantal van 360 stuks, waarna in september en december 2008 weer telkens 60 stuks werden voorgeschreven.

In 2003 heeft verweerder klager naar de cardioloog verwezen in verband met klachten van pijn op de borst en het gebruik van imipramine als antidepressivum. De cardioloog vond een stabiele cardiale situatie en had geen bezwaar tegen het gebruik van imipramine. In 2004 werd klager verwezen naar de neuroloog in verband met hoofdpijn. Deze concludeerde dat er sprake was van migraine en adviseerde Depakine, hij had geen bezwaar tegen Imigran.

Bij brief van 13 december 2004 verzocht verweerder N. om onderzoek en advies vanwege "de toch steeds weerkerende (over) betrokkenheid en de persisterende stemmingspathologie". N. zag klager op 18 januari 2005 op zijn spreekuur. Zijn bevindingen heeft hij vermeld in de brief van 20 januari 2005 gericht aan de huisarts van klager met kopie aan verweerder. Hij concludeerde dat er geen redenen aanwezig waren voor wijzigingen in het psychofarmacologisch beleid en dat de behandeling in haar totaliteit adequaat was. Wel kon methylfenidaat worden heroverwogen en was enige vorm van cognitieve therapie aangewezen. In 2005 heeft klager in het kader van cognitieve gedragstherapie een aantal gesprekken gehad met O., die samenwerkte met verweerder. Verweerder zag klager in 2005 veelvuldig. In september 2005 herhaalde verweerder de HAM-D, de uitslag was 22.

Op verzoek van verweerder zag N. klager nogmaals op 8 november 2005. In zijn brief aan de huisarts noteerde N. onder meer: "het afgelopen jaar is het met patiënt redelijk goed gegaan. Van evidente verschijnselen van depressie of angst, passend binnen een psychiatrische entiteit, is eigenlijk niet of nauwelijks sprake meer. Wel bestaan er nog klachten over stemmingslabiliteit, waarbij milde depressieve periodes worden afgewisseld door kortdurende enigszins hypomaan gekleurde periodes. (...)

Patiënt vertelde voorts dat de door mij indertijd geduide somatische angstequivalenten sedert onderhoudsbehandeling met imipramine en lithiumcarbonaat vrijwel volledig zijn verdwenen.

De symptomatologie en de voorgeschiedenis van patiënt overziende, ben ik van oordeel dat onderhoudsbehandeling met imipramine (185mg per dag) in combinatie met lithiumcarbonaat (1000mg per dag) heeft geleid tot een aanzienlijke reductie van het klachtenpatroon. Vanwege de stemmingsinstabiliteit heb ik patiënt geadviseerd over te gaan tot aanvullende behandeling met het stemmingsstabiliserende anticonvulsivum natriumvalproaat (..) Zodra hij tenminste drie maanden optimaal is ingesteld op natriumvalproaat zal patiënt terugkeren op het spreekuur opdat een weloverwogen beslissing kan worden genomen omtrent vervanging van imipramine door nortriptyline (...)

Klager werd door verweerder vanwege hartklachten verwezen naar de cardioloog en door de cardioloog gezien op 13 december 2005. Diens conclusie luidde dat er geen aanwijzingen waren voor cardiale pathologie.

Op 30 maart 2006 werd klager teruggezien door N.. Volgens klager zou er sprake zijn van een diverticulitis en een vertraagde darmperistaltiek. N. meende dit laatste te kunnen toeschrijven aan het gebruik van imipramine. Hij adviseerde de onderhoudsbehandeling met imipramine geleidelijk aan te staken onder voortzetting van de combinatie van natriumvalproaat en lithiumcarbonaat. Tevens zou te zijner tijd kunnen worden gezien in hoeverre aanvullende behandeling met een antidepressivum (bij voorkeur nortriptyline) nog noodzakelijk was.

In oktober 2006 vertrok klager voor een langere periode naar K.. In juli 2007 kwam hij weer bij verweerder. Hij vertelde in K. te zijn gevallen na het traplopen. In overleg met de huisarts werd klager verwezen naar de cardioloog. Blijkens de brief van 10 oktober 2007 van de longarts, die klager zag op verzoek van de cardioloog, waren er op het inspannings-ECG geen stoornissen te zien. In 2008 klaagde klager over spontaan vallen en black-outs. Verweerder verwees hem naar de neuroloog. Deze kwam tot de waarschijnlijkheidsdiagnose epilepsie en schreef Depakine 2 x 500 mg en Kepra 2 dd 500 mg voor.

In september 2008 verwees verweerder naar een psychotherapeute in verband met een EMDR-behandeling. Ook vroeg verweerder wederom advies aan N., met name omdat klager in verband met de wegrakingen zelf de dosis imipramine had verlaagd, waardoor naar het oordeel van verweerder depressieve en angstklachten hem weer parten waren gaan spelen. N. zag klager op 4 november 2008. In de brief aan de huisarts schreef N. onder meer: "Naar ik van patiënt begreep (het gesprek werd in het Engels gevoerd) heeft de psychofarmacologische interventie in het geheel geen effect gehad op het klachtenpatroon van patiënt. Integendeel er lijkt uitsluitend sprake te zijn van ongewenste nevenwerkingen. Derhalve heb ik hem geadviseerd via de weg der geleidelijkheid zowel natriumvalproaat, lithiumcarbonaat als imipramine te staken, zulks in overleg met E. (...)

Bij actueel neuropsychiatrisch onderzoek werden geen aanwijzingen gevonden voor, psychopathologie sensu strictu, met name niet voor angst- en/of stemmingsstoornissen. Het moge duidelijk zijn dat hij nog steeds sterk is gepreoccupeerd met somatische bezwaren en met intrusieve gedachten in samenhang met de negatieve familiale gebeurtenissen."

Verweerder maakte op 26 november 2008 een afbouwschema.

Op 31 maart 2009 werd klager conform afspraak weer gezien door N.. Deze concludeerde dat het staken van de psychofarmaca had geleid tot een aanzienlijke verbetering

van het algeheel functioneren. Hij adviseerde klager om met verweerder en zijn behandelend

psycholoog te bespreken welke mogelijkheden er zouden kunnen zijn om stresserende factoren op een andere wijze te hanteren. Hij achtte niet langer een indicatie voor psychofarmacotherapie aanwezig. Na het afbouwen van de medicatie is klager abrupt gestopt met de sessies bij verweerder.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

De vele stukken van klager hebben het destilleren van een hanteerbaar overzicht van de klachtonderdelen ernstig bemoeilijkt. De volgende weergave van de klacht-onderdelen - zakelijk weergegeven en samengevat - doet recht aan al datgene dat klager aan verwijten heeft geuit en is ook door verweerder blijkens zijn proceshouding zo begrepen. Verweerder heeft een onjuiste diagnose gesteld op basis van onvoldoende onderzoek. Er was geen behandelstrategie of een lange termijn behandelplan. Verweerder heeft te veel en verkeerde medicatie voorgeschreven en is hier te lang mee doorgegaan. Klager raakte hierdoor dusdanig versuft dat hij heeft geen gewoon (gezins)leven meer kon leiden. Ten slotte verwijt klager verweerder dat deze hem geen uitleg heeft gegeven, daar waar dat nodig was.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij klager wegens depressieve klachten heeft behandeld door psychodynamische gesprekstherapie met op zijn verwijzing een aantal aanvullende therapieën, in combinatie met medicatie. Hij heeft regelmatig een second opinion aangevraagd bij N. voor de medicatie. Voorts heeft hij klager regelmatig verwezen voor somatische klachten. Verweerder heeft een en ander steeds, zoals hij gebruikelijk is, besproken met klager. Kortom, hij ontkent klager verkeerd te hebben behandeld. Voor zover nodig zal bij de overwegingen nader op het verweer worden ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Het college stelt voorop dat verweerder wel telkens aantekeningen heeft gemaakt van zijn gesprekken met klager en van de medicatie op dat moment, maar dat hij ten aanzien van zijn behandelplan, de eventuele bijstelling daarvan, de (periodieke) bespreking daarvan met klager en de bespreking van voor- en nadelen en bijwerkingen van medicatie niets heeft opgeschreven in het dossier. Verweerder heeft, in elk geval met betrekking tot het behandelplan, ter zitting aangevoerd dat dit anno 2000 nog niet zo gebruikelijk was. Het college kan niet onderschrijven dat het in het psychiatrisch veld destijds niet de norm was om aantekening te maken van bovengenoemde essentiële onderdelen van de behandelovereenkomst, nog daargelaten dat verweerder tot en met het jaar 2009 erbij gebleven is niets van dien aard op te schrijven. Mede gelet op hetgeen voorts over en weer is gesteld moet dit leiden tot de conclusie dat de (regelmatige) bespreking met klager van met name het behandelplan (zo dat er was), van de medicatie en van de bijwerkingen daarvan

- een en ander ter verkrijging van telkens de instemming van klager - beneden de maat is geweest.

5.3

Gelet op aantal en duur van de periodes waarin klager afwezig is geweest, heeft verweerder uiteindelijk gedurende bijna 9 jaar vaak meer dan eens per week sessies gehad met klager. Zij zijn het oneens over de duur van die sessies en over de vraag of verweerder dan ook nog werd onderbroken doordat hij op meer dan één telefoon werd gebeld over zijn zakelijke activiteiten. Niet valt vast te stellen of klager dan wel verweerder hier het gelijk aan zijn zijde heeft, wel moet het college constateren dat er sprake is geweest van een ongebruikelijk groot aantal sessies waarvan doel en nut niet geheel duidelijk zijn geworden. Dat de therapie "eclectisch" is geweest, zoals verweerder nog ter zitting heeft aangevoerd, maakt dit niet anders. Uit de aantekeningen van verweerder valt niet op te maken dat er sprake is geweest van psychotherapie, zoals gedeclareerd, en zeker niet van "intensieve" psychotherapie, zoals verweerder in een ten behoeve van klager geschreven brief van 16 maart 2009 heeft geschreven. Ook in dit opzicht heeft verweerder niet gehandeld overeenkomstig hetgeen volgens de in 5.1 geformuleerde norm gebruikelijk was te achten.

5.4

Verweerder valt in aanvang geen verwijt te maken met betrekking tot de diagnosevorming. Hij heeft door middel van de HAM-D17 vragenlijst de ernst van de depressie vastgesteld en deze test later eenmaal herhaald. De vraag is wel waarom verweerder niet andere methodieken heeft gebruikt om tot een psychiatrische diagnose te komen buiten het gebied van de stemmingsstoornissen en voorts waarop hij de in eerdergenoemde brief uit 2009 vermelde DSM-classificatie heeft gebaseerd; in zijn dossier is daar immers niets over vermeld. Het valt voorts op dat N. in november 2008, nadat hij klager twee-en-een-half jaar niet had gezien, geen psychopathologie in strikte zin meer zag. Dit terwijl verweerder (die klager met grote regelmaat zag en klager in feite slechts voor de medicatie had verwezen) blijkens zijn verwijzingsbrief kennelijk nog wel depressieve en angstklachten waarnam. Vervolgens heeft verweerder zonder meer het advies van N. opgevolgd. Enig eigen onderzoek naar de aanwezigheid van psychopathologie, vóór het vragen van advies aan N. en zeker daarna, was hier toch wel geboden. Dat heeft verweerder niet gedaan, het is niet opgeschreven en hij heeft het niet aangevoerd, en dat is ten onrechte.

5.5

Wat de normale medicamenteuze behandeling met psychofarmaca betreft, valt verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. Hij is de behandeling gestart met antidepressiva en heeft vervolgens als volgende stappen achtereenvolgens lithiumcarbonaat en natriumvalproaat toegevoegd. Dat is geen ongebruikelijke combinatie, ook niet over de langere termijn bezien, terwijl verweerder telkens ter controle dalspiegels heeft bepaald, aanvullend advies bij N. heeft ingewonnen en in verband met mogelijke bijwerkingen heeft verwezen naar andere specialisten.

Het college heeft echter wel aanmerkingen op twee specifieke medicijnen, waarover hieronder nader.

5.6

Om te beginnen is opgevallen, en met verweerder ter zitting besproken, dat hij methylfenidaat heeft voorgeschreven in verband met concentratieproblemen. Verweerder heeft ter zitting aangegeven dat dit 'off label' was waarmee vaststaat dat hij zich ervan bewust was dat deze medicatie niet gebruikelijk is voor concentratieproblemen. De onderbouwing voor dit voorschrijven bij een depressieve patiënt, namelijk dat verweerder

hier goede ervaring mee had, acht het college een te smalle basis voor verantwoord off label voorschrijven. Overigens heeft verweerder ook niets gedaan met de - subtiele - opmerking van N. om nog eens na te denken over de vraag of methylfenidaat wel op zijn plaats was. Voorts geldt voor off label voorschrijven een verhoogde informatieplicht aan de patiënt terwijl - het wordt nogmaals overwogen - het ervoor moet worden gehouden dat er geen informatie is gegeven. Dit is onjuist te achten.

5.7

Voorts is ter zitting met verweerder het voorschrijven van sumatriptan besproken, en dan met name de hoeveelheden die hij op een gegeven moment op één recept voorschreef. Het betreft hier een middel tegen hoofdpijn dat normaal gesproken niet door de psychiater maar door de huisarts wordt voorgeschreven. Deze richt zich naar de LHV-standaard 'Hoofdpijn'. Uiteraard stond het verweerder wel vrij deze medicatie voor te schrijven, maar dan diende zulks wel volgens de geldende normen plaats te vinden. Dat is niet gebeurd. Sumatriptan behoort tot de groep der triptanen en dient in het kader van een 'aanvalsbehandeling' te worden gebruikt en niet structureel. Het aanvankelijk voorschrijven van kleine doses past hier goed bij, maar op een gegeven moment schreef verweerder 60 stuks tegelijk voor, waarna klager na ruim een maand weer terugkwam. Het is al ongebruikelijk om 60 stuks tegelijk voor te schrijven, maar verweerder had moeten begrijpen toen klager zo snel weer terugkwam, dat deze de medicatie structureel gebruikte en in feite ter preventie. Chronisch gebruik draagt echter het risico in zich dat juist hoofdpijn wordt geïnduceerd in plaats van bestreden, en het is geenszins uit te sluiten dat dit hier daadwerkelijk is gebeurd. Desondanks heeft verweerder daarop het volstrekt ongebruikelijke aantal van 360 stuks voorgeschreven, hetgeen zelfs gelet op het feit dat klager voor langere tijd naar het buitenland ging, een onverantwoord grote hoeveelheid ineens was. Daar komt bij dat verweerder nadien nog tweemaal 60 stuks heeft voorgeschreven, waarbij hem dus te meer duidelijk moest worden dat klager de medicatie onjuist gebruikte. Al met al is het handelen van verweerder op dit onderdeel onverantwoord en mogelijk schadelijk voor klager geweest.

5.8

De conclusie uit het voorgaande is dat de klacht, die blijkens de talloze toelichtingen van klager het handelen van verweerder in de breedste zin des woords ter beoordeling aan het college is voorgelegd, op de onderdelen als genoemd in 5.2, 5.3, 5.4, 5.6 en 5.7 gegrond is. Voor het overige is de klacht ongegrond, waarbij het college nog wil aantekenen dat er geen enkele reden is om, zoals klager doet, de aanwezigheid van een complot of iets dergelijks tussen verweerder, N. en de farmaceutische industrie te veronderstellen. Verweerder heeft echter zodanig structureel en over een langere periode steken laten vallen bij de behandeling van klager dat de gegrondheid van de klacht niet met minder dan een berisping kan worden afgedaan."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. Klager is in hoger beroep gekomen bij het Centraal Tuchtcollege. Het beroep strekt tot vernietiging van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en opnieuw rechtdoende tot gegrondverklaring van de ongegrond verklaarde klachtonderdelen.

4.2. De psychiater heeft gemotiveerd verweer gevoerd tegen het hoger beroep van klager. Hij stelt zich op het standpunt dat klager niet-ontvankelijk dient te worden verklaard in het door hem ingestelde hoger beroep. Hiertoe voert hij aan dat uit de diversie

memories blijkt dat klager ter zake de gegrond verklaarde klachtonderdelen uit is op een zwaardere sanctie dan de maatregel van een berisping die aan de psychiater is opgelegd. De psychiater verwijst naar artikel 73 lid 1, aanhef en onder b (lees: onder a) Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, in welke bepaling is opgenomen dat een klager slechts beroep kan instellen voor zover zijn klacht is afgewezen of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard. Voor het geval het Centraal Tuchtcollege klager wel ontvankelijk verklaart in zijn hoger beroep, heeft de psychiater inhoudelijk verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep. De psychiater heeft tevens incidenteel appel ingesteld.

4.3. Klager heeft gemotiveerd verweer gevoerd tegen het incidentele appel van de psychiater.

4.4. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat klager in het door hem ingestelde hoger beroep kan worden ontvangen. De klacht van klager in het hoger beroep richt zich (mede) op de door het Regionaal Tuchtcollege ongegrond verklaarde klachtonderdelen, zoals in de bestreden uitspraak onder 5.5 en 5.8 geformuleerd, en is voldoende toegelicht.

4.5. Ten aanzien van het door de arts ingestelde incidentele appel overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de gronden van dat appel identiek zijn aan de gronden die door de psychiater zijn aangevoerd in het door hem ingestelde appel tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle van 5 juli 2012 met nummer 180/2010. Dat appel is bij het Centraal Tuchtcollege in behandeling onder nummer C2102.356. In die zaak wordt bij beslissing van dezelfde datum als de onderhavige beslissing beslist, zodat het incidentele appel geen beoordeling behoeft.

4.6. Ten aanzien van het principale appel wordt overwogen dat de behandeling van de zaak in het hoger beroep van klager het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding heeft gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het hoger beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter, mr. J.P. Balkema en mr. A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en mr.drs. R.H. Zuiderhoudt en drs. A.C.L. Allertz, leden-beroepsgenoten en mr.drs. E.E. Rippen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 21 mei 2013.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.