

vonnis

RECHTBANK AMSTERDAM

Afdeling privaatrecht

zaaknummer / rolnummer: [REDACTED]

Vonnis van 30 december 2015

in de zaak van

[REDACTED]
wonende te Amsterdam,
eiser,
✓ advocaat mr. A.J.J.G. Schijns,

tegen

1. [REDACTED]
[REDACTED]
gevestigd te Amsterdam,

2. [REDACTED]
[REDACTED]
gevestigd te Utrecht,
gedaagden,
advocaat mr. [REDACTED]

Partijen zullen hierna [REDACTED] het [REDACTED] en [REDACTED] genoemd worden. Voor zover gedaagden gezamenlijk worden bedoeld zullen zij het [REDACTED] genoemd worden.

1. De procedure

- 1.1. Het verloop van de procedure blijkt uit:
- de dagvaarding van 13 februari 2015, met producties,
 - de conclusie van antwoord van het [REDACTED], met producties,
 - het tussenvonnis van 17 juni 2015,
 - het proces-verbaal van comparitie van 22 september 2015,
 - de conclusie na comparitie van het [REDACTED]

1.2. Ten slotte is vonnis bepaald.

2. De feiten

2.1. [REDACTED] is op 3 oktober 1998 als bromfietser aangereden door een personenauto. Hij was toen zeventien jaar oud. Direct na het ongeval is hij opgenomen in het [REDACTED]. Het letsel bestond uit een fractuur van het rechterbovenbeen en een wond aan zijn rechterknie. [REDACTED] is in de avond van 3 oktober 1998 geopereerd.

-
- 2.2. Na de operatie is een logesyndroom opgetreden aan beide onderbenen.
- 2.3. Van een logesyndroom is sprake als de weefseldruk in een gesloten spiercompartiment zo hoog wordt dat spier- en zenuwweefsel beschadigd raakt en uiteindelijk de weefseldoorbloeding in gedrang komt. Op dat moment is onmiddellijke decompressie nodig om onherstelbare weefselbeschadigingen te voorkomen. Als een logesyndroom niet tijdig behandeld wordt, zullen de spieren en zenuwen in het compartiment onherstelbaar beschadigd raken en afsterven.
- 2.4. Het logesyndroom aan het linkerbeen van [REDACTED] is tijdig herkend. [REDACTED] is daaraan in de nacht van 3 op 4 oktober 1998 geopereerd. Het linkerbeen is genezen.
- 2.5. Het logesyndroom aan het rechterbeen van [REDACTED] is pas op 6 oktober 1998 herkend, waarna [REDACTED] direct is geopereerd. Er was toen al onherstelbare schade aan de spieren ontstaan. De spieren waren necrotisch geworden en zijn op 8 oktober 1998 operatief verwijderd.
- 2.6. Als gevolg van het niet tijdig uitvoeren van de fasciotomie kan [REDACTED] zijn rechtersvoet niet meer opheffen. [REDACTED] heeft een klapvoet.
- 2.7. Namens [REDACTED] is het [REDACTED] op 26 oktober 1998 aansprakelijk gesteld.
- 2.8. Bij brief van 15 mei 2000 heeft het [REDACTED] aansprakelijkheid van de hand gewezen. In de brief staat, voor zover hier van belang:
- “(..) Uw cliënt is op 4 oktober bewaakt door de intensive care-artsen tot overplaatsing naar de verpleegafdeling op 5 oktober. Vlak voor de overplaatsing is hij nog gezien door artsen [REDACTED] en [REDACTED]. Blijkens aantekeningen is er gekeken naar de mogelijkheid van een logesyndroom rechts. Van onvoldoende aandacht of bewaking is dan ook geen sprake. In de middag van 5 oktober is uw cliënt ook nog gezien door dr. [REDACTED]. Deze heeft het been uitgepakt en voor dr. [REDACTED] een ervaren traumatoloog, waren er geen aanwijzingen voor een logesyndroom. Op de ochtend van 6 oktober wordt er een drukmeting verricht in verband met de pijnklachten van uw cliënt, waarna hij om ongeveer 10.00 uur voor een fasciotomie aan de rechterzijde naar de operatiekamer wordt vervoerd. Dat er ten aanzien van het logesyndroom rechts sprake is geweest van verwijtbaar onvoldoende bewaking en dat het onze verzekerde dan ook valt te verwijten dan het logesyndroom niet tijdig is onderkend, kunnen wij dan ook niet onderschrijven. (..)”
- 2.9. Vervolgens is tot 2002 gecorrespondeerd tussen de advocaat van [REDACTED] en [REDACTED] onder meer over het raadplegen van een deskundige.
- 2.10. Op verzoek van [REDACTED] heeft dr. [REDACTED] orthopedisch chirurg, een rapport opgemaakt. Op grond van dit rapport heeft [REDACTED] bij brief van 18 december 2006 verzocht om alsnog aansprakelijkheid te erkennen.
- 2.11. Het [REDACTED] heeft aansprakelijkheid opnieuw van de hand gewezen in een brief van 2 februari 2007.

2.12. Per brief van 12 augustus 2010 aan [REDACTED] is namens [REDACTED] de verjaring gestuit en is verzocht om aan hem ex artikel 35 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) inzage te geven in zijn medisch dossier.

2.13. Ter zake dit verzoek is een procedure gevoerd bij de rechtbank en het gerechtshof Amsterdam.

2.14. Het [REDACTED] heeft, toen haar tijdens de zitting van het gerechtshof in het kader van de Wbp-procedure op 19 december 2011 bleek dat [REDACTED] persisteerde bij zijn vordering tot schadevergoeding, vervolgens om een voorlopig deskundigenbericht verzocht.

2.15. De rechtbank heeft dr. [REDACTED] traumachirurg, tot deskundige benoemd. Op 17 december 2013 heeft dr. [REDACTED] zijn definitieve rapport uitgebracht dat, voor zover hier van belang, inhoudt:

“(..)

Kennis werd genomen van het procesdossier en een kopie van het medisch dossier die op 4 juli 2013 door mr. [REDACTED] werden toegezonden. (..) Betrokkene werd opgeroepen voor anamnese en onderzoek en gezien (..). Het concept-rapport werd op 15 november 2013 (..) verzonden. (..) De opmerkingen en vragen van mr. [REDACTED] in zijn brief van 11 december 2013 (..) zijn beantwoord in bijlage 3. (..) Uit het medische dossier komen de volgende feiten naar voren: (..)

Kort na detubatie op de intensive care klaagde patiënt over veel pijn in de linkerkuit. De diagnose werd gesteld op een logesyndroom van het linkeronderbeen. In verband hiermee werd zondag 4 oktober van 02.50 tot 03.30 uur (..) een fasciotomie van alle spierloges uitgevoerd. (..) Zowel in het verpleegkundig rapport van de dagdienst als in het medisch verslag werd op 4 oktober vermeld dat patiënt nog op de IC moest blijven in verband met hoge creatinekinasewaarden in het bloed (14000 IU/L). Zoals blijkt uit een notitie in de medische status werd op 4 oktober, gezien het oplopen van de creatinekinasewaarden in het bloed en de pijn de mogelijkheid van een logesyndroom overwogen. De verklaring die hiervoor vervolgens door de behandelend chirurg werd gegeven was dat de fractuur spierschade had veroorzaakt.

In de medische status en in de verpleegkundige rapportage werd op 4 en 5 oktober 1998 genoteerd dat de patiënt veel pijn in het rechterbeen aangaf en dat hoge doseringen morfine onvoldoende verlichting van de pijn gaven. De verpleegkundige van de nachtdienst van 5 op 6 oktober noteerde dat de dienstdoende arts om 01.30 uur op de hoogte werd gesteld van de heftige pijn. De arts heeft het been vervolgens geïnspecteerd en de diagnose logesyndroom overwogen. Gemeld werd dat hiervoor een meting zou worden uitgevoerd. Om 05:00 uur kreeg patiënt weer morfine met matig succes. Op dat tijdstip was de meting kennelijk nog niet uitgevoerd. Het tijdstip van de logedrukmeting op 6 oktober 1998 werd niet vermeld, maar nadat de diagnose logesyndroom werd gesteld onderging patiënt van 10.15 tot 11.00 uur een fasciotomie van alle loges van het rechteronderbeen. (..)

Het verloop van de creatinekinasewaarden in het bloed (normaal 0 – 100 IU/L) van 3 tot 8 oktober 1998 was als volgt:

Datum	Tijdstip	Creatinekinasewaarde (IU/L)
03-10-98	14.20	277
03-10-98	15.40	484
04-10-98	00.45	2273
04-10-98	04.15	7060
04-10-98	09.00	14000

04-10-98	18.00	12580
05-10-98	00.00	9800
05-10-98	06.00	8540
07-10-98	08.00	6545
08-10-98	08.00	4170

(..)

Beantwoording van de vragen: (..)

4. Wat is de oorzaak van het ontstaan van het logesyndroom aan het rechteronderbeen? Heeft de duur van de operatie van het rechterbeen de kans op het ontstaan van het logesyndroom aan dit rechterbeen verhoogd en zo ja, in welke mate? Was het mogelijk geweest de kans op het ontstaan van het logesyndroom aan het rechterbeen te verkleinen? Zo ja, hoe?

Door het trauma was vooral het rechterbeen getroffen, waarbij een fractuur van het femur en een lelijke wond op de knie waren ontstaan. Het is niet uitgesloten, en zelfs zeer waarschijnlijk, dat daarbij ook een contusie van het rechteronderbeen is opgetreden. Als gevolg hiervan kan een bloeding en/of oedeem in de anticusloge zijn ontstaan die vervolgens het logesyndroom heeft (hebben) veroorzaakt. (..)

5. Wanneer was er (aanleiding tot) een verdenking van het logesyndroom bij het rechterbeen? Hoe beoordeelt u de (verschillende) wijzen waarop is gereageerd op de verdenking van een logesyndroom bij beide benen?

In het medisch status status werd op 4 oktober om 14.00 uur door de arts vermeld dat de patiënt nog op de IC moest blijven in verband met hoge creatinekinasewaarden in het bloed (140000IU/L). Wegens de bestaande pijn, in combinatie met deze hoge creatinekinasewaarden, werd op 4 oktober de mogelijkheid van een logesyndroom rechts overwogen. Zoals blijkt uit een notitie in de status werd deze diagnose door de behandelend chirurg verworpen, met als verklaring voor de hoge creatinekinase-waarden in het bloed dat de fractuur veel spierschade had veroorzaakt.

Zowel in de medische verslaglegging als in het verpleegkundig dossier werd op 4 en 5 oktober 1998 genoteerd dat de patiënt veel pijn in het rechteronderbeen aangaf en dat hoge doseringen morfine onvoldoende pijnstillend effect hadden. De verpleegkundige van de nachtdienst van 5 op 6 oktober noteerde dat de dienstdoende arts om 01.30 uur op de hoogte werd gebracht van de heftige pijn. De arts heeft het been vervolgens geïnspecteerd en de diagnose logesyndroom overwogen. Genoteerd werd dat hiervoor een meting zou worden uitgevoerd. Om 05:00 uur kreeg patiënt weer morfine met matig succes. Op dat tijdstip was de meting kennelijk nog niet uitgevoerd. Het tijdstip van de logedrukmeting op 6 oktober 1998 werd niet in het dossier vermeld, maar nadat de diagnose logesyndroom werd bevestigd onderging patiënt van 10.15 tot 11.00 uur een fasciotomie van de loges van het rechteronderbeen. (..)

Een klassiek kenmerk van patiënten met een loge syndroom is de ongebruikelijke heftige pijn die niet (goed) reageert op de normale pijnstillende medicatie, ook niet in hoge doseringen. Bij iedere patiënt met een traumatisch letsel van een arm of been dient men vanaf het begin van de opname bedacht te zijn op de ontwikkeling van een logesyndroom. Hoge creatinekinasewaarden in het bloed zijn bovendien een sterke aanwijzing voor een logesyndroom. Een bloedwaarde van 14000 IU/L past meer bij een compartmentsyndroom

dan bij spierschade van een enkele femurfractuur. Indien dus sprake is van een combinatie van ongewoon heftige pijn en hoge creatinekinasewaarden dient men extra alert te zijn. In het onderhavige geval was dit op 4 oktober 1998 het geval en had zorgvuldig onderzoek van de aangedane extremiteit uitgevoerd moeten worden. Zwelling, drukpijn, en vooral pijn bij rek van de spieren zijn sterke aanwijzingen voor een logesyndroom. In het algemeen is dit voldoende om de indicatie tot een spoedoperatie te stellen. Bij twijfel kan men een drukmeting in een of meer spierloges uitvoeren. Uit het medisch dossier kan niet worden opgemaakt dat dit zorgvuldige onderzoek heeft plaatsgevonden. Ondanks de persisterende pijn is ook op 5 oktober geen aantekening in het dossier te vinden dat het been op deze wijze werd onderzocht. In de nacht van 5 op 6 oktober 1998 is wederom, door de dienstdoende arts, de diagnose logesyndroom overwogen maar vervolgens geen directe actie ondernomen. Bij klinische aanwijzingen voor een logesyndroom dient acuut een fasciotomie te worden uitgevoerd. Bij twijfel kan men overwegen een drukmeting uit te voeren, maar dit moet dan wel direct plaatsvinden. Uitstel hiervan kan worden beschouwd als een kunstfout.

Gesteld kan worden dat (..) men te traag en afwachtend is geweest ten aanzien van het logesyndroom aan het rechterbeen. Het is aannemelijk dat op 4 oktober 1998 de diagnose compartiment syndroom gesteld had kunnen worden.

(..)

7. Gesteld dat er een aanleiding was om aan het rechterbeen een fasciotomie te laten plaatsvinden op 4, respectievelijk 5 oktober 1998, kunt u dan aangeven hoe waarschijnlijk het was dat betrokkene ook in die gevallen een klapvoet had gekregen?

(..) Indien op 4 oktober 1998 een fasciotomie zou zijn uitgevoerd is het aannemelijk dat betrokkene geen klapvoet had gekregen. Of dit op 5 oktober 1998 ook nog het geval zou zijn geweest is niet met zekerheid te zeggen.

8. Bent u van oordeel dat ter zake van de behandeling van (..) het rechteronderbeen op enig moment in strijd is gehandeld met de professionele standaard? (..)

Ter zake van de behandeling van het rechteronderbeen is in strijd gehandeld met de professionele standaard. De behandelend artsen hebben op 4 en 5 oktober onvoldoende aandacht gehad voor de mogelijke oorzaken van de ongebruikelijk heftige pijn en de daarbij oplopende creatinekinasewaarden in het bloed. De dienstdoende arts had in de nacht van 5 op 6 oktober 1998, omstreeks 01.30 uur, een drukmeting voor het rechteronderbeen afgesproken voor de volgende dag. Dit is in strijd met de professionele standaard. Bij verschijnselen van een logesyndroom dient men op klinische gronden acuut een fasciotomie uit te voeren. Bij twijfel kan men besluiten tot een drukmeting, die dan wel direct moet worden uitgevoerd.

In het algemeen kan men stellen dat het tijdig onderkennen en behandelen van een logesyndroom van een arm of been na een trauma of operatie, een verantwoordelijkheid is van behandelend arts(en). Onvoldoende alert zijn op het ontstaan van een logesyndroom (..) en het niet tijdig uitvoeren van een decompressie kunnen worden aangemerkt als strijdig met de professionele standaard.

Bij een tijdig uitgevoerde fasciotomie kunnen de gevolgen beperkt blijven tot littekens van de uitgevoerde fasciotomie zonder verdere klachten. (..)”

2.16. Bijlage 3 bij het rapport (de reactie van dr. [REDACTED] op de opmerkingen van mr. [REDACTED] in zijn brief van 11 december 2013 op het concept-rapport) houdt in:

“(..) Al met al kan men (..) concluderen dat op 5 oktober 1998 pijn op de voorgrond stond. In combinatie met de zeer hoge creatinekinasewaarden in het bloed is dit zeer verdacht voor het bestaan van een logesyndroom. Palpabele pulsaties (..) zijn hiermee niet in tegenspraak. Het tegendeel is eerder het geval. (..)

De zeer hoge creatinekinasewaarden kunnen worden toegeschreven aan spierschade bij het optredende logesyndroom. Omdat afbraakproducten van spierweefsel ernstige complicaties kunnen veroorzaken heeft men terecht geforceerde diurese toegepast door het toedienen van grote hoeveelheden vocht per infuus. (..) De dalende tendens van de creatinekinasewaarden moet dan ook vooral worden toegeschreven aan het effect van deze behandeling en kan niet worden beschouwd als teken dat het logesyndroom spontaan aan het herstellen is.”

2.17. Op 20 mei 2014 heeft het Gerechtshof Amsterdam in de Wbp-procedure eindbeschikking gewezen. Daarin is bepaald welke stukken [REDACTED] aan [REDACTED] diende te verstrekken. Deze stukken betroffen onder meer de brief van de zaalarts die [REDACTED] in de nacht van 5 op 6 oktober 1998 omstreeks 01:30 had onderzocht (drs. [REDACTED] hierna: drs. [REDACTED] en de brief van chirurg dr. [REDACTED] (hierna: dr. [REDACTED] d.d. 31 oktober 1998.

2.18. De brief d.d. 8 oktober 1998 van drs. [REDACTED] aan dr. [REDACTED] houdt, voor zover hier relevant, in:

“(..) Onderstaand geef ik een verslag van de gebeurtenissen betreffende de heer [REDACTED] (..) zoals deze plaatsvonden tijdens mijn nachtdienst van 5 op 6 oktober. (..)

1:30 uur

Door verpleging van C4 tijdens mijn rondje werd ik geïnformeerd over pijnklachten van het rechterbeen van de heer [REDACTED] (..) Hij vertelde dat deze op dat moment vooral gelokaliseerd waren in het rechter bovenbeen maar ook wel in het onderbeen en met name rondom de knie. Patiënt kon op dat moment de voet fleteren en extenderen, en er was sprake van matige drukpijn t.h.v. het boven- en onderbeen. De sensibiliteit was intact en ook was sprake van goede perifere pulsaties. De Anticus-loge en kuit voelde niet erg gespannen aan. (..) Op dit tijdstip heb ik geen verdenking gehad voor een compartimentsyndroom van het linker onderbeen. Ik heb wel met die gedachte in het achterhoofd onderzoek gedaan van het been. (..)

6:45 uur

Ik werd gebeld door de verpleging van C4 i.v.m. verergering van de pijnklachten, welke niet hadden gereageerd op een opnieuw gegeven injectie Dipidolor 15 mg. Deze injectie is om 05:00 uur gegeven (..) Bij mijn tweede onderzoek om 07:00 uur vond ik de pijnklachten duidelijk toegenomen en bovendien vond ik dat de extensie van de voet ernstig beperkt was door de pijn maar nog wel mogelijk. De sensibiliteit en perifere pulsaties waren nog intact. De Anticus-loge voelde meer gespannen aan dan enkele uren ervoor en deze was ook zeer drukpijnlijk. (..) Deze bevindingen vond ik suspect voor het bestaan van een loge syndroom. Ik heb (..) uitgelegd dat ik (..) een drukmeting wilde laten uitvoeren, echter voor deze had kunnen plaats vinden was het 7:30 en begaf ik mij naar de overdracht. (..)”

2.19. De verklaring van dr. [REDACTED] van 31 oktober 1998 houdt, voor zover hier van belang, in:

“(..) 4 oktober

(..) Om 03:00 uur werd op de OK vier loge fasciotomie verricht. (..) Op de ICU gaf patiënt pijn aan het in het rechter bovenbeen. De Intensive Care arts dacht aan een logesyndroom rechts omdat de CPK's nog steeds verhoogd waren. Dr. [REDACTED] is toen gekomen en heeft geconstateerd dat het bovenbeen pijn deed tpv van de fractuur en dat daar de bekende spierschade was opgetreden. Dit verklaarde zijns inziens ook de verhoogde CPK's.

5 oktober

Patiënt werd 's ochtends overgeplaatst naar de verpleegafdeling C4. Daar is hij gezien door verantwoordelijke stafchirurg [REDACTED]. Hij gaf pijn aan t.p.v. van zijn rechter been, knie en linker onderbeen. Bij onderzoek waren er geen aanwijzingen voor loge syndroom links of rechts. Om omstreeks 16:45 uur zijn chirurg [REDACTED] en zaalarts [REDACTED] bij patiënt geweest (..) Hij had veel pijn aangegeven overdag en op dat moment vertelde hij dat zijn hele rechter been pijn deed. Het verband werd toen van zijn beide benen verwijderd en onderzoek volgde. Het rechterbovenbeen was lateraal tpv de fractuur hard en pijnlijk. De lapwond (..) was gevoelig maar zag er rustig uit. De rechter kuit was soepel, de motoriek was ongestoord. Er was een normale sensibiliteit en de pulsaties (..) waren goed te voelen. Er was naar de mening van de artsen geen reden tot drukmeting. De pijnstilling bijgesteld van intaveneus naar intra musculair.

6 oktober

Om 1.30 uur heeft zaalarts [REDACTED] hem onderzocht (..) Om 6.45 uur werd Dr. [REDACTED] door de verpleging gebeld i.v.m. toenemende pijnklachten. Bij onderzoek waren er aanwijzingen voor een loge syndroom. Nadat dit gemeld was tijdens de ochtend overdracht om 7.30 uur heeft Dr. [REDACTED] die visite liep de indicatie gesteld tot drukmeting en fasciotomie. Om 8.45 uur werden de drukken gemeten en om 9.30 werd hij op de eerstvolgende OK behandeld. (..)

Overweging:

Het is in retrospectie aannemelijk dat te laat een loge syndroom ontdekt en behandeld is. Mogelijk ligt de oorzaak in het feit dat het alleen de anticusloge betrof in een been dat pijnlijk was door een femurfractuur en een lapwond op de knie. Het logesyndroom ontwikkelde zich waarschijnlijk al vanaf het trauma en werd niet tijdig herkend. (..)"

2.20. Bij brief van 16 juni 2014 heeft het [REDACTED] aansprakelijkheid wederom van de hand gewezen.

2.21. Het [REDACTED] heeft een rapport laten uitbrengen door een eigen deskundige, dr. [REDACTED] chirurg (hierna: [REDACTED]). Zijn rapport d.d. 23 april 2015 houdt, voor zover hier van belang, in:

"(..) Samenvattend kan worden gesteld, dat voor de in deze zaak cruciale periode tussen 4 en 6 oktober in het feitenrelaas van chirurg [REDACTED] enkele onjuistheden staan, die mijns inziens hadden kunnen worden voorkomen indien de rapportages van chirurg [REDACTED] en assistent [REDACTED] waren geraadpleegd. Ook later ten tijde van de expertise is voor zover ik kan nagaan geen wederhoor toegepast. (..)

Mijn conclusie is, dat cliënt na de OK op 04-10 regelmatig is gezien door chirurg en assistent en dat het rechter been regelmatig is onderzocht. Pas in de nacht van 05 op 06 oktober waren voor het eerst aanwijzingen voor het bestaan c.q. ontstaan van een logesyndroom rechts. Met name de anticusloge was bij onderzoek toen sterk gespannen. (..) Mijns inziens is patiënt in voldoende mate beoordeeld en gecontroleerd. Van onzorgvuldigheid kan niet worden gesproken. (..) Verschillende malen zijn linker en rechter been zorgvuldig onderzocht, naar aanleiding van door patiënt aangegeven pijnklachten. Tekenen van een logesyndroom zijn hierbij niet gevonden, totdat in de nacht van 5 op 6

oktober door assistent [REDACTED] bij haar tweede bezoek wel een verandering werd vastgesteld. Hierna is mijns inziens adequaat gehandeld. De vraag is uiteraard waarom coll. [REDACTED] tot een andere conclusie komt. Mijns inziens speelt een belangrijke rol de assymetrie van het expertiserapport waarbij wel patiënt is gehoord, maar niet de betreffende artsen. (..)"

2.22. De WAM-verzekeraar van de personenauto waardoor [REDACTED] is aangereden vergoedde 50% van de schade van [REDACTED]

3. Het geschil

3.1. [REDACTED] vordert bij vonnis, uitvoerbaar bij voorraad, te verklaren voor recht dat het [REDACTED] toerekenbaar tekortgeschoten is in de nakoming van de verplichtingen uit de overeenkomst die gevolgd is op het verkeersongeval dat [REDACTED] op 3 oktober 1998 is overkomen en dat [REDACTED] hoofdelijk aansprakelijk is voor de als gevolg van de tekortkoming geleden en te lijden schade, nader op te maken bij staat, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf 4 oktober 1998 tot aan de dag van algehele voldoening en [REDACTED] te veroordelen in de proceskosten te vermeerderd met rente.

3.2. Het belangrijkste verwijt van [REDACTED] komt erop neer dat het [REDACTED] het logesyndroom in het rechteronderbeen van [REDACTED] verwijtbaar te laat heeft onderkend en behandeld. Volgens [REDACTED] waren er al in de nacht van 3 op 4 oktober 1998 sterke aanwijzingen voor een logesyndroom in het rechteronderbeen. In de medische status van de nacht is immers vermeld dat er gedacht moet worden aan een acuut logesyndroom aan de rechterzijde. Daaraan is echter geen gevolg gegeven. Ook op 4 en 5 oktober waren er sterke aanwijzingen voor een logesyndroom, maar toch heeft het tot in de ochtend van 6 oktober 1998 geduurd voor een fasciotomie is uitgevoerd. Toen was er al onherstelbare schade aan de spieren ontstaan, met een klapvoet tot gevolg. Als het logesyndroom tijdig was ontdekt en behandeld, was de klapvoet niet ontstaan, aldus [REDACTED] [REDACTED] baseert zich met name op het rapport van dr. [REDACTED]

3.3. Het [REDACTED] voert verweer. Zij is van mening dat het rapport van dr. [REDACTED] niet voldoet. Volgens haar is het rapport niet op de feiten gebaseerd, hetgeen vooral is veroorzaakt doordat dr. [REDACTED] geen hoor en wederhoor heeft toegepast. Het [REDACTED] betwist dat er in de nacht van 3 op 4 oktober sterke aanwijzingen waren voor een logesyndroom in het rechteronderbeen. De vermelding 'cave ook logesyndroom rechts' in de medische status van de nacht betekende slechts 'let op, er zou een logesyndroom kunnen ontstaan'. Na onderzoek door dr. [REDACTED] is de gedachte aan een logesyndroom verworpen, omdat er een verklaring was voor de hoge CK-waarden en omdat er onvoldoende klinische verschijnselen waren die op het bestaan van het logesyndroom wezen. Ook op 4 oktober overdag en op 5 oktober bestond er geen indicatie voor het verrichten van een fasciotomie aan het rechterbeen. Pas op 6 oktober 1998 om 07:00 waren er aanwijzingen voor het bestaan van het logesyndroom. Kort daarna is [REDACTED] geopereerd. Het [REDACTED] is dus niet toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van de behandelingsovereenkomst. De vorderingen van [REDACTED] moeten dan ook worden afgewezen, volgens het [REDACTED]

3.4. Op de stellingen van partijen wordt hierna, voor zover van belang, nader ingegaan.

4. De beoordeling

4.1. De vraag die partijen sinds het ongeval in 1998 verdeeld heeft gehouden komt er in de kern op neer of het [REDACTED] het logesyndroom in het rechteronderbeen van [REDACTED] verwijtbaar te laat heeft onderkend en behandeld. Omdat partijen er onderling niet uitkwamen, heeft het [REDACTED] de rechtbank in 2010 verzocht om een voorlopig deskundigenbericht te gelasten. De rechtbank heeft dit verzoek toegewezen en heeft dr. [REDACTED] als deskundige benoemd.

4.2. Dr. [REDACTED] heeft medio november 2013 zijn concept-rapport uitgebracht. Daaruit blijkt dat hij voor zijn onderzoek kennis heeft genomen van het procesdossier en van een kopie van het medisch dossier, die hem beiden door mr. [REDACTED] advocaat van het [REDACTED] waren toegezonden. Ook heeft hij [REDACTED] voor anamnese en onderzoek gezien.

4.3. Het [REDACTED] heeft in onderhavige procedure de stelling ingenomen dat het rapport van dr. [REDACTED] niet voldoet, omdat dr. [REDACTED] drs. [REDACTED] dr. [REDACTED] en dr. [REDACTED] niet heeft gehoord en het beginsel van hoor en wederhoor dus zou zijn geschonden. De rechtbank verwerpt deze stelling, omdat deze geen steun vindt in het recht. Het beginsel van hoor en wederhoor brengt niet met zich dat de deskundige naast het horen van het slachtoffer voor anamnese en onderzoek ook de betrokken artsen hoort. Dit beginsel houdt wel in dat beide partijen de gelegenheid krijgen om te reageren op het rapport van de deskundige. Deze gelegenheid is ook geboden door dr. [REDACTED] Mr. [REDACTED] heeft bovendien gebruik gemaakt van deze gelegenheid door per brief van 11 december 2013 zijn opmerkingen naar aanleiding van het rapport aan dr. [REDACTED] kenbaar te maken. Dr. [REDACTED] heeft daarop ook gereageerd. Bovendien heeft het [REDACTED] noch voorafgaand aan het onderzoek door dr. [REDACTED] noch tijdens het onderzoek, noch tijdens het moment waarop haar de gelegenheid werd geboden om te reageren, kenbaar gemaakt dat zij wenste dat de betrokken artsen zouden worden gehoord. Ook heeft zij er voor gekozen om dr. [REDACTED] niet van de verklaringen van drs. [REDACTED] en dr. [REDACTED] d.d. (resp.) 8 oktober 1998 en 31 oktober 1998 te voorzien. Die keuze dient voor rekening van het [REDACTED] te blijven. Van een gebrek in het rapport als gevolg van het niet juist toepassen van het beginsel van hoor en wederhoor is dan ook geen sprake.

4.4. Het [REDACTED] heeft ter onderbouwing van haar stelling dat het rapport van dr. [REDACTED] niet voldoet ook een beroep gedaan op het rapport van dr. [REDACTED] Naast het feit dat dit rapport op eenzijdig verzoek van het [REDACTED] tot stand gekomen is, ziet het voornaamste bezwaar van dr. [REDACTED] op het rapport van dr. [REDACTED] op het schenden van het beginsel van hoor en wederhoor. Nu de rechtbank hiervoor reeds heeft geoordeeld dat van schending van dat beginsel geen sprake is geweest, leidt ook de inhoud van dit rapport niet tot het oordeel dat het rapport van dr. [REDACTED] wegens voldoende zwaarwegende en steekhoudende bezwaren buiten beschouwing zou moet worden gelaten.

4.5. Dat betekent dat de rechtbank, bij de beoordeling van de vraag of het [REDACTED] tekortgeschoten is in de nakoming van de behandelingsovereenkomst, het rapport van dr. [REDACTED] tot uitgangspunt zal nemen bij haar beoordeling.

4.6. Dr. [REDACTED] heeft in zijn rapport geschreven dat het aannemelijk is dat, indien op 4 oktober 1998 een fasciotomie zou hebben plaatsgevonden, [REDACTED] geen klapvoet zou hebben gekregen. Of dit op 5 oktober 1998 ook nog het geval zou zijn geweest is volgens

hem niet met zekerheid te zeggen. Voorgaande betekent dat, zelfs al zou vast komen te staan dat het [REDACTED] tekortgeschoten is in de nakoming van de behandelingsovereenkomst doordat zij het logesyndroom op 5 oktober 1998 had moeten ontdekken en behandelen, niet (met voldoende zekerheid) kan worden vastgesteld dat deze tekortkoming ook in causaal verband staat met de geleden schade (de klapvoet). De beoordeling van de rechtbank zal zich daarom slechts richten op de vraag of het logesyndroom voor of uiterlijk op 4 oktober 1998 ontdekt en behandeld had moeten worden. Immers, alleen in dat geval is er sprake van causaal verband tussen de tekortkoming en de geleden schade.

4.7. Aan dr. [REDACTED] is gevraagd wanneer er aanleiding was tot een verdenking van het logesyndroom bij het rechterbeen. In antwoord op die vraag heeft dr. [REDACTED] geschreven:
"Het is aannemelijk dat op 4 oktober 1998 de diagnose compartiment syndroom gesteld had kunnen worden."

Ter onderbouwing van die conclusie heeft hij geschreven:

"Een klassiek kenmerk van patiënten met een loge syndroom is de ongebruikelijke heftige pijn die niet (goed) reageert op de normale pijnstillende medicatie, ook niet in hoge doseringen. Bij iedere patiënt met een traumatisch letsel van een arm of been dient men vanaf het begin van de opname bedacht te zijn op de ontwikkeling van een logesyndroom. Hoge creatinekinasewaarden in het bloed zijn bovendien een sterke aanwijzing voor een logesyndroom. Een bloedwaarde van 14000 IU/L past meer bij een compartmentsyndroom dan bij spierschade van een enkele femurfractuur. Indien dus sprake is van een combinatie van ongevoon heftige pijn en hoge creatinekinasewaarden dient men extra alert te zijn. In het onderhavige geval was dit op 4 oktober 1998 het geval en had zorgvuldig onderzoek van de aangedane extremititeit uitgevoerd moeten worden. Zwelling, drukpijn, en vooral pijn bij rek van de spieren zijn sterke aanwijzingen voor een logesyndroom. In het algemeen is dit voldoende om de indicatie tot een spoedoperatie te stellen. Bij twijfel kan men een drukmeting in een of meer spierloges uitvoeren. Uit het medisch dossier kan niet worden opgemaakt dat dit zorgvuldige onderzoek heeft plaatsgevonden."

4.8. Nu dr. [REDACTED] naar aanleiding van genoemde vraag heeft vastgesteld dat op 4 oktober 1998 de diagnose logesyndroom gesteld had kunnen worden en dat het aannemelijk is dat indien op 4 oktober 1998 een fasciotomie had plaatsgevonden, er geen klapvoet zou zijn ontstaan, is het [REDACTED] (door de diagnose pas op 6 oktober 1998 te stellen) tekortgeschoten in de nakoming van de behandelingsovereenkomst.

4.9. De vordering van [REDACTED] zal dan ook als na te melden worden toegewezen.

4.10. Het [REDACTED] zal als de in het ongelijk gestelde partij in de proceskosten worden veroordeeld. De kosten aan de zijde van [REDACTED] worden begroot op:

- dagvaarding	€	94,19	
- griffierecht		285,00	
- salaris advocaat		904,00	(2 punten × tarief € 452,00)
Totaal	€	1.283,19	

5. De beslissing

De rechtbank

5.1. verklaart voor recht dat het [REDACTED] toerekenbaar tekortgeschoten is in de nakoming van de verplichtingen uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst die gevolgd is op het verkeersongeval dat op 3 oktober 1998 aan [REDACTED] is overkomen en dat [REDACTED] hoofdelijk aansprakelijk is voor de door de door de tekortkoming door [REDACTED] geleden en nog te lijden materiele en immateriële schade;

5.2. veroordeelt het [REDACTED] hoofdelijk om aan [REDACTED] te vergoeden de door hem geleden en te lijden materiele en immateriële schade tengevolge van het gebrek in de nakoming van de verplichtingen uit de geneeskundige behandelingsovereenkomst die gevolgd is op het verkeersongeval dat op 3 oktober 1998 aan [REDACTED] is overkomen, voor zover deze schade niet wordt vergoed door de WAM-verzekeraar van de personenauto door welke [REDACTED] op 3 oktober 1998 is aangereden en waarvan de omvang dient te worden opgemaakt bij staat en te vereffenen volgens de wet, vermeerderd met de wettelijke rente met ingaan van 4 oktober 1998, althans vanaf het moment van opeisbaarheid van de betreffende schadeposten tot aan de dag der algehele voldoening;

5.3. veroordeelt het [REDACTED] hoofdelijk in de proceskosten, aan de zijde van [REDACTED] tot op heden begroot op € 1.283,19, te vermeerderen met de wettelijke rente als bedoeld in art. 6:119 BW over dit bedrag met ingang van de veertiende dag na betekening van dit vonnis tot de dag van volledige betaling,

5.4. verklaart dit vonnis onder 5.2. en 5.3. uitvoerbaar bij voorraad,

5.5. wijst het meer of anders gevorderde af.

Dit vonnis is gewezen door mr. [REDACTED] rechter, bijgestaan door de griffier, en in het openbaar uitgesproken op 30 december 2015.



UITGEGEVEN VOOR GROSSE
De griffier van de
Rechtbank Amsterdam