

## II. Cour d'appel de Bruxelles, 12 mai 2025

*Le juge d'appel confirme la responsabilité des prestataires de soins concernés et a conclu qu'il n'y avait pas motif à ordonner une nouvelle expertise. L'expertise a été effectuée de manière contradictoire. La Cour estime, à l'instar du premier juge, que les médecins impliqués n'ont pas agi selon les règles de l'art. Trop peu d'attention a été accordée au fait que les douleurs éprouvées par la patiente pouvaient être d'origine cardiaque. Le juge d'appel confirme l'existence d'un lien de causalité entre la négligence avérée des médecins dans l'établissement du diagnostic ayant entraîné le décès de la patiente. La Cour retient une perte de chance de 90 % de survie pour la patiente. L'arrêt confirme le jugement contesté en ce qui concerne la détermination des dommages. Le juge décide que le recouvrement de l'indemnisation par le FAM auprès de l'assureur du médecin concerné est donc fondé.*

R.G. 2020/AR/501

... c./FAM-INAMI

...

## II. Schets van het geschil

De eerste rechter heeft de feiten die aan de grondslag liggen van het geschil correct en zeer volledig samengevat als volgt:

“2.

Mevrouw ..., geboren op ... en overleden op ... consulteerde op 1 maart 2010 dokter ..., cardioloog te ....  
Mevrouw was toen 71,5 jaar oud.

Volgens het verslag van dr. ... (stuk 1 verweerders) ervaaarde zij een paar maanden ervoor een 2-tal keer bij zware inspanningen retrosternale last (pijn achter het bot van het borstbeen), die beterde met rust. Haar moeder had een hartinfarct op 60 jaar. Dr. ... doet een klinisch onderzoek, laat mevrouw een maximaal uitgevoerde fietsproef doen en doet een electrocardiografisch en echocardiografisch onderzoek. Op basis hiervan besluit hij dat:

- er geen evidentie is voor “onderliggend ischemisch hartinden” (vernauwingen of verstoppingen van de kransslagaders)

- er echografisch een matige aorta-insufficiëntie is zonder enige hemodynamische weerslag.

Dokter ... adviseert om mevrouw ... te laten herevalueren, wanneer de klachten zouden terugkeren.

3.

Op **22 augustus 2010** ervaart mevrouw ... tijdens een wandeling opnieuw pijnklachten op de borst. Gezien de klachten ondanks rust niet verdwijnen, neemt ze Ceclocard sublinguaal in, evenals Temesta. Dit geeft evenmin verbetering, waarna de dokter van wacht aan huis wordt gevraagd.

Dokter ..., huisarts van wacht, verwijst mevrouw ... met uitgesproken pijnklachten met de dienst 100 naar het ziekenhuis ... voor een opname omwille van een “vermoeden myocard infarct” (stuk 1 verweerders). Mevrouw ... vertoont op dat ogenblik ernstige pijnklachten op de borst, een onregelmatig hartritme, ernstig zweten en een verhoogde bloeddruk.

Mevrouw ... wordt op de dienst spoedgevallen onderzocht door dokter ..., urgentiearts. Deze situeert de pijn in de maagstreek (epigastrisch) die bij inspanning opkomt en na rust betert. De episodes worden steeds erger. Er is geen braken, geen diarree, geen dyspneu, geen hoesten of fluimen en geen koorts.

Op basis van de resultaten van het klinisch onderzoek en 3 aanvullende onderzoeken, nl. een laboratoriumonderzoek, een ECG (normaal) en een RX Thorax (normaal), verwijst dokter ... mevrouw ... voor opname en verdere behandeling naar dokter ..., internist-geriater. (stuk 1 verweerders, p. 7).

Volgens verweerders was mevrouw ... klachtenvrij toen dr. ... haar zag en weerhield hij onvoldoende argumenten voor cardiaal lijden, zodat hij haar liet opnemen op de dienst maag-darm-ziekten, gelet op de verergerende epigastrische pijn. Dat strookt niet met het opnameverslag van de afdeling Inwendige Geneeskunde en het verpleegkundig verslag die beide een vermoeden AMI (acuut myocard infarct) (in het opnameverslag gevolgd door een vraagteken) en epigastrische pijn vermelden. Deze pijn wordt nog erger, en straalt uit naar de keel en beide armen. Mevrouw ... is draaierig en misselijk.

Volgens het verpleegkundig verslag vertoonde mevrouw ... op **23 augustus 2010** nog steeds wat pijn en bleef ze, ondanks de inname van Primperan, misselijk. Gezien er drukpijn was ter hoogte van de maagstreek, voerde dr. ..., internist-gastro-enteroloog, een kijkonderzoek van de maag uit. Hij stelde een lichte graad van slokdarmontsteking vast, maar geen afwijkingen in de maag. Als behandeling wordt onder meer Pantomed 40 mg gestart. Dr. ... is zelf niet overtuigd van een gastro-gerelateerde oorzaak. Volgens verweerders consulteerde dr. ... zijn collega dr. ..., senior-cardioloog, die zou bevestigd hebben dat er geen evidentie was voor een cardiale oorzaak. Van dit consult is er geen schriftelijke neerslag.

Het verpleegdossier vermeldt op **24 augustus 2010** dat mevrouw ... zich beter voelt en dat ze kan eten. 's Avonds was er sprake van een versneld hartritme (ze voelde zich wat “tachicardisch”).

Dr. ... verwijst naar een consult psychiatrie op **25 augustus 2010** bij Dokter ... waaruit een depressief syndroom blijkt “bij een patiënte met een dwangmatig perfectionistisch handelen”; “onrustige geest fel begaan met alles wat kan misgaan”. “Habitueel heeft ze een gedreven stijl type obsessief compensief gedrag en veralgemeend angstig waarvoor intermitterend Temesta wordt genomen.” In het kader van een depressie wordt Remergon stopgezet en Seroquel opgestart. Bij een tweede consult psychiatrie op **27 augustus 2010**, ditmaal bij dokter ... wordt genoteerd: (...) atypische lichamelijke klachten “le caractère scrupulo-inquiet” (dwangmatig – perfectionistisch). Ze voelt zich toch een stuk beter met Seroquel en de medicatie wordt best aangehouden en **er is geen contraindicatie voor ontslag.**” (stuk 16 eisers).

Mevrouw ... wordt op **27 augustus 2010** ontslagen uit het ziekenhuis.

4.

Op **28 augustus 2010** wordt de MUG opgeroepen voor mevrouw ... omwille van pijn op de borst met bewustzijnsverlies. Bij aankomst van de MUG is er geen ademhaling en hartritme meer. Reanimatie baat niet. Mevrouw ... overlijdt, volgens het verslag van dr. ..., spoedarts, is de vermoedelijke doodsoorzaak een acuut myocard infarct.

5.

De echtgenoot van mevrouw ..., de heer ... wijt het overlijden aan een medisch falen en diende op **26 september 2013** een adviesaanvraag in bij het FMO.

6.

Het FMO startte op **11 november 2015** de organisatie van een tegensprekelijke expertise met aanstelling van dokter ..., arts-specialist verzekeringen, en dokter ..., cardioloog, als deskundigen.

Op **24 februari 2016** vond een eerste expertisезitting plaats in het kabinet van .... Hierop waren uitgenodigd (naast ..., cardioloog en 2<sup>de</sup> FMO-deskundige): de heer ..., internist en raadsarts van de heer ..., het FMO; dr. ..., raadsarts, dr. ..., internist-gastro-enteroloog; dr. ..., cardioloog.

Volgens het eindverslag van de FMO-experten waren aanwezig op de eerste vergadering van 24 februari 2016: ..., raadsarts van dr. ... en verzekeraar ... zelf; dr. ..., dr. ... zelf; meester ... telefonisch, voor dr. ... en het ....

Het expertencollege richtte op **28 februari 2016** een brief aan het FMO met het verzoek om een expertise-uitbreiding met als bijkomende partij dr. .... In de brief, die gericht is aan het FMO met kopie aan alle toenmalige betrokkenen, verwijzen de FMO-experten naar de eerste zitting van 24 februari 2016 en schrijven dat ze *“na studie van het medisch dossier en na bevraging van de aanwezige artsen ... en ... nog graag “..., internist-geriater in het ... en de dochter van dhr. ... die insliep bij ... zondag op maandag 22 op 23 augustus 2010 gehoord.”* Zij vroegen de goedkeuring van het FMO om hiervoor een tweede zitting te willen beleggen. Volgens hen was de aanwezigheid van dr. ... en dr. ... hierbij niet vereist, hoewel zij wel zouden worden uitgenodigd.

Bij brief van **16 augustus 2016** (stuk 5 verweerdere) breidde het FMO de expertise uit en betrok ook dr. ... erin.

Op 18 oktober 2016 vond een tweede expertisevergadering plaats in het kabinet van dr. .... Volgens het eindverslag van de FMO-experten waren aanwezig op de tweede vergadering: dr. ... loco dr. ... voor dr. ... en verzekeraar ..., dr. ..., dr. ... voor de zorgverleners en het ..., dr. ..., meester... voor verweerdere; mevrouw ..., dochter van mevrouw ... en de heer ..., haar vriend.

Nog volgens het eindverslag werden de preliminaria verzonden op 18 oktober 2016.

Op 9 november 2016 maakte de raadsman van verweerdere een aanvullende repliek over naar aanleiding van de 2<sup>de</sup> expertisезitting met verzoek ermee rekening te houden bij de opstelling van het voorverslag.

Het “definitieve” verslag werd verzonden op **16 november 2016**.

Het definitieve eindverslag werd opgemaakt op **11 januari 2017** (stuk 1 eiser). Het bevat de volgende relevante informatie<sup>1</sup>:

#### ***“b. Medische voorgeschiedenis***

*Familiale antecedenten: haar moeder kreeg een hartinfarct op 60 jaar. Mevrouw leed sinds een maand aan schouderpijnen waarvoor een NSAID werd voorgeschreven. [...]*

*Mevrouw consulteerde dr. ..., cardioloog een eerste maal in 2003. Ze meldde toename [sic] voor een preventief cardiaalonderzoek, zonder duidelijke subjectieve klachten. Het cardiologisch onderzoek was geruststellend. Er werd een klinisch onderzoek uitgevoerd, en een elektrocardiogram, en een cyclo-ergometrie, en een echocardiografie en een Doppleronderzoek van het hart. De conclusie was een matige aorta-insufficiëntie, hemodynamisch onbelangrijk. Wel was er indicatie tot het toepassen van endocarditisprofylaxe. Richtlijnen werden meegegeven en mevrouw werd een jaarlijkse controle aangeraden.*

#### ***c. Historiek van de litige***

*Op 1 maart 2010, consulteert mevrouw cardioloog dokter .... De laatste consultatie bij hem dateert van 2003. Dr. ... beschrijft als aanmeldingsklacht dat zij tweemaal retrosternale last ondervond de laatste maanden bij zware inspanningen, beterend door te rusten. Mevrouw rookte niet. Ze nam Lexotan 16 mg daags. Hij vindt een normale bloeddruk van 8 over 14 en geen afwijkingen klinisch. Deze 72-jarige patiënte, van 57,5 kg, vertoonde een buikomtrek van 85,5 cm. Mevrouw kreeg een fietsproef, een electrocardiografisch onderzoek, en een Doppleronderzoek. De fietsproef werd maximaal uitgevoerd, met klinisch en op ECG, normale bevindingen. Bloeddruk liep op tot 215/80. Echocardiografisch werd er een normale ejectiefraction genoteerd; er waren verkalkte verdikte aortaklepbladen, met een matige insufficiëntie. Dokter ... besloot tot afwezigheid van overtuigend bewijs van hartaderlijden, doch gaf voorzichtigheidshalve advies, tot herevaluatie [sic], bij opnieuw optreden van deze pijnen.*

*Op 1 juni 2010, maakt mevrouw terug dergelijke thoracale pijn door. Ze heeft zich niet meer aangeboden bij dr. ....*

---

<sup>1</sup>. Markeringen in vetjes door de eerste rechter.

[...]

Op zondagmorgen, 22 augustus 2010, op weg naar de bakker, ontwikkelt ze pijn op de borst. Ze diende te rusten bij de bakker. De pijn nam af, maar kwam weer opzetten op de terugweg naar huis. Thuisgekomen vertelt ze dit haar echtgenoot, ze is niet helemaal klachtenvrij. Haar echtgenoot dient haar een Cedocard sublinguaal toe en ook neemt ze nog een Temesta in. De klachten van pijn op de borst bleven aanhouden. De heer ... belt de huisarts van wacht, dokter ... en belt hem 45 minuten later nog een tweede maal om hem aan te sporen tot spoed. Dr. ... laat deze patiënte opnemen in het .... Hij schrijft in zijn verwijsbrief het volgende:

graag opname wegens vermoeden myocard infarct. Huidige medicatie Aceclofenac, Remergon en Cypralexa. Patiënt heeft klachten sinds 9:00 uur en heeft initieel zelf Cedocard 5 mg sublinguaal genomen. Uitgesproken pijnklachten, onregelmatig ritme, profuus zweten, bloeddruk 160 over 70, pols 72 per minuut.

Haar echtgenoot was zelf sinds jaren patiënt bij dr. ..., cardioloog.

De 100 brengt mevrouw naar het .... spoed. Invoice vermeldt 10u19. Ze wordt aldaar gezien door dr. ..., acutist (RIZIV 800 nr.). Deze beschrijft epigastrische pijn die bij inspanning opkomt en na rust wat beter wordt. Episodes worden steeds erger. Vandaag is de pijn onhoudbaar. Er is geen braken, geen diarree, geen dyspnoe, geen hoesten of fluimen, geen koorts. Hij interpreteert het ECG als normaal sinusiaal en tekent dit handmatig af zie stuk 000024. Er wordt een labo geprikt om 10.34 uur voor onder andere bepaling van hartenzymes CK en Troponine.

**Patiënt wordt aansluitend opgenomen voor dokter ..., internist-geriater werkend binnen dezelfde maatschap als dr. .... Dr. ... stempelt de handgeschreven spoedgevallennota af.**

De Troponines, waren bij dit bloedonderzoek niet gestegen ( $<0,01$  – nl tot  $0,50$  ng/mij.) CK onderzoek toont normale waarden van  $76,5$  U/l (nl tot 192). Er worden verhoogde cholesterolverwaarden gemeten van 253.

ECG, 22 augustus 2010, stuk nr. 000023, vermeldt als automatisch protocol sinusritme; niet specifieke ST-T elevatie. Voor het overige normaal een RX thorax, krijgt een protocol van "bronchovasculair versterkte tramatekening. Aanvraag voor deze RX thorax vermeldt: retrosternale..] pijn.

Opnameverslag (stuk nr. 000013 en 14) inwendige geneeskunde, van zondag 22 augustus 2010 wordt ingevuld door stagiair .... Het vermeldt als reden van hospitalisatie: **vermoeden acuut myocard infarct?** Epigastrische pijn. Het vermeldt bijkomend de voorgeschiedenis: **drukkend gevoel bij wandelen**, beter bij rust, en Temesta, sinds een paar weken. Bij dokter ... alles OK. Huidige ziektegeschiedenis: **continue drukkende pijn** epigastrisch met acute start om 8:30 uur bij het naar de bakker gaan. **De pijn wordt nu nog erger.** Cedocard en een halve Temesta hielpen niet. Klam zweterig, geen kortademigheid. **De pijn straalt uit naar keel en beide armen.** Mevrouw kent braakneigingen, waarvoor ze Pantamed toegediend krijgt met anti emeticum Litcan, op spoed. Ze is misselijk. Ze houdt haar ogen dicht wegens pijn. Ze vertoont geen koorts. De huid is klam, geen oedeem. Er is een saturatie van 98 %. De centraal veneuze drukmeting, bedraagt  $7$  cm. Auscultatie is verder negatief. Mevrouw krijgt uitgebreide majeure pijnmedicatie toegediend onder vorm van Dipidolor, Tramadol, Perfusalgan en Litcan.

Het verpleegkundig opnamedossier stuk nr. 000031 vermeldt op 22 augustus 2010 epigastrische pijn, **vermoeden acuut myocard infarct**. Deze dag heeft ze nog veel pijn en is erg misselijk. De nacht van 22 augustus op 23 augustus bleef ook haar dochter bij haar waken. Maandagmorgen 23 augustus, vertoonde mevrouw **nog wat pijn**. In de namiddag bleef ze misselijk.

Dokter ... verhaalt, dat hij maandag in de namiddag, deze patiënte voor een eerste maal zag. Op dat ogenblik had zij **geen pijn meer**. Dokter ... die deze patiënte zondag opnam, **werkt op dezelfde dienst als hijzelf**. Dokter ... heeft **geen mondeling contact gehad met dokter ... omtrent de opname**. Dokter ... heeft gezien de **hoog abdominale pijnen** een maagdarmonderzoek verricht, maandagnamiddag. Hij besloot, tot aanwezigheid van **refluxoesofagitis graad I**. Er werden **geen afwijkingen elders** gevisualiseerd.

Mevrouw verbleef van maandag tot vrijdag, op de dienst gastro-enterologie. **Bij gebrek aan diagnose**, werd op 25 augustus 2010 en op 27 augustus 2010 tweemaal een **psychiatrisch** consult gevraagd. Eerste psychiater dr. ..., zag haar op 25 augustus 2010. Hij sprak van de aanwezigheid van een depressie bij een obsessief compulsieve persoonlijkheid. Hij wijzigde Remergon medicatie in Seroquel.

Een andere psychiater ... bevestigt deze diagnostiek op 27 augustus 2010. Er was **geen psychiatrische contra-indicatie** voor ontslag. Mevrouw mocht op 27 augustus 2010 het ziekenhuis verlaten. Dokter ... bevestigt, dat hij **geen duidelijke diagnose** had, hij vulde in "gastro-enteritis".

Volgens meneer ... nam mevrouw ... zaterdag **28 augustus 2010** omstreeks 8:30u, een douche. Toen ze zich wilde [sic] aankleden kreeg ze **dezelfde pijnen in de borst als voorheen**. Ze ging zitten, en twee tot drietal seconden later, stuikte ze ineen. De heer ... heeft nog een poging ondernomen om haar te reanimeren, en belde de MUG. Mevrouw **overleed** thuis.

#### **d. Bevraging van de zorgverleners**

Dr. ... volgde haar tijdens haar hospitalisatie. Dr. ... had een eerste ontmoeting met deze patiënte maandagnamiddag. Hij nam kennis van het feit dat zij door dr. ..., internist-geriater was opgenomen tijdens het weekend. Dr. ... werkt in dezelfde internistische maatschap. Er is **geen verbale overdracht geweest tussen dr. ... en dr. ....** Dr. ... **ging voort op de schriftelijke berichtgeving, zoals voorliggend vanuit spoed**. Hij beklemtoont dat hij deze patiënte **nooit gekend heeft met een pijnsyndroom**; zij maakte tegenover hem hiervan nooit melding. Wegens misselijkheid en epigastrische klachten voerde hij een gastroscopie uit maandagnamiddag 23 augustus 2010. Hij vond een oesofagitis graad A. Hij was **niet overtuigd dat de oesofagitis de oorzaak van haar klachten was**. In feite had hij bij ontslag **geen duidelijke diagnose**. Hij heeft **geen aanvullend cardiologisch onderzoek gevraagd bij mevrouw**. Hij heeft **informeel het medisch dossier overlegd met de internist-cardioloog dr. ...** die deel uitmaakt van zijn maatschap, evenwel **zonder patiënte**. Hij vermoedt dat deze bespreking doorging op dinsdag **24 augustus 2010**. Hiervan is **geen neerslag**. Dit informeel advies was naar zijn eigen zeggen **geruststellend**. Hij heeft **niet meer gefocused in de richting cardiologische pathologie** verklaart hij. Hij vermoedde een **belangrijk psychiatrisch probleem** bij mevrouw. Hij vond hiervan **bevestiging** na consulten van twee psychiaters op 25 en 27 augustus 2010 met gelijklopende klinische bevindingen. Hij heeft geen labo meer laten prikken bij mevrouw. Er waren hem **geen voorgaanden** van psychiatrie bekend in ... bij mevrouw.

## IV. Technische onderzoeken

[...]

Dr. ..., huisarts

op 22 augustus 2010 werd ik door de heer ... gebeld in de vroege voormiddag, met verzoek tot huisbezoek wegens pijnklachten bij zijn echtgenote .... Ruim 45 minuten later kreeg ik een tweede oproep van de echtgenoot, die aangeeft, dat de pijnklachten hun [sic] nog steeds zijn en volgens hem zelfs wat heviger, ik tref mevrouw aan in de zetel. Ze vermeldt nog steeds **pijn te hebben vooral in de borststreek** met wat **toesnoerend gevoel** en ook **vage klachten ter hoogte van de maag**. Ook is er wat profuus zweten. De echtgenoot geeft aan dat hij reeds een Cedocard zou gegeven hebben. Gezien dit **voor mij uitgesproken beeld** besluit ik in feite duidelijk tot noodzaak van opname en belde 100 dienst met vermelding van de **cardiale klachten**. Ik geef een opnamebrief mee en **vermeldt ook tegenover hun mijn vermoeden van een dreigend myocard infarct**.

[...]

Hospitalisatieverslag dokter ..., 22 augustus tot 27 augustus 2010

anamnese: sinds geruime tijd klaagt uw patiënte over een **drukkende hinderende last retrosternaal en epigastrische bij inspanningen**, wijkend bij rust, niet verbeterend na Cedocard, toch wel wanneer Temesta sublinguaal wordt genomen. Recente cardiale evaluatie bij collega ... toonde **geen argumenten voor evolutieve cardiale pathologie**. Klinisch onderzoek laboratoriumonderzoeken 22 augustus 2010 Beeld van gemengde hyperlipidemie ECG: sin usiaal 69 per minuut, normaal tracé.

Endoscopische evaluatie oesofagitisgraad A. Radiologische evaluatie ...

Consultaties psychiatrie 25 augustus 2010, in 27 augustus 2010 ..

Besluit

ook nu werden bij verdere internistische in gastro-intestinale evaluatie **geen afwijkingen** weerhouden doch werden we bij psychiatrische evaluatie geconfronteerd met een **depressief syndroom** bij een patiënte met een **dwangmatig perfectionistisch** handelen. Collega ... en ... stelden voor om de therapie aan te passen. ... Ondertussen vernamen we dat de MUG op 28 augustus 2010 in urgentie thuis werd gevraagd wegens een episode van **retrosternale pijn bij defecatie gevolgd door totale asystolie waaruit ze niet meer reanimeerbaar bleek**.

Verpleegkundige nota's op spoedgevallen (stuk 000030)

Zondag 22 augustus ...

Dipidolor 6 mg 11 u 15

Dipidolor 4 mg 11 u 30

Dipidolor 4 mg 12 u

Perfusalgan

Litican

**Gegevens door arts in te vullen: 'gastroscopie'**. Dit werd neergeschreven door dr. ....

Verpleegkundige nota's op verpleegafdeling (stuk 000031)

Zondag 22 augustus 2010

VM: Opname via spoed van **AMI vermoeden**. Heeft nog veel pijn en is nog erg misselijk.

**Vermoeden AMI**. Krijgt 10 u 30 Primperan % amp IV.

AV: 20 u 30: IM dipidolor 1 amp. 19u30 Primperan IV.

Maandag 23 augustus 2010

VM: bedje opgemaakt; nog wat pijn maar rustig.

NM: blijft misselijk. Primperan IV. Zou "niet" helpen

Dinsdag 24 augustus 2010

Nacht: Medicatie helpt niet genoeg

VM: Veel beter. Minder pijn. Heeft kunnen eten."

Verslag dr. ... 22 september 2011

Bespreking

1. De anamnese van de pijnklachten had **zowel suggestieve** elementen (pijn gesitueerd retrosimaal [sic] en uitgelokt door fysieke inspanning en beterde met rust), als **atypische elementen** (niet beterend met Cedocard, wel met tranquillizer).
2. In aanwezigheid van een negatieve inspanningstest was de toenmalige (maart 2010) beoordeling door dr. ... **eerder correct**, met name om eerder conservatief af te wachten op desgevallende verdere evolutie van de toen toch eerder eenmalige klachten.
3. Hoewel bij opname (zoals blijkt ook door de huisarts werd aangegeven) **eerder en prioritair aan een cardiale pathologie** kan worden gedacht, is het **niet onredelijk** om, in aanwezigheid van een negatief ECG en van negatieve hartenzymes, **een acuut myocardinfarct (het ware STEMI of niet) uit te sluiten**. Het is **niet duidelijk waarom de patiënte niet eerder gedurende 24 uur werd geobserveerd op een cardiale unit, met klassieke controle van ECG en hartenzymes**, dan wel op een afdeling maag-darmziekten terecht kwam. Hoe dan ook, **de verdere evolutie der klachten was blijkaar geruststellend op cardiaal vlak**. Het is dan **ook helemaal niet duidelijk of een bijkomend niet-invasief cardiaal nazicht** in de loop der volgende dagen iets zou hebben in het licht kunnen stellen. Anderzijds was **er geen absolute indicatie om urgent tot meer invasief coronair onderzoek** (coronarografie bijv.) over te gaan, voor zover dit beschikbaar is in het .... Het is **wel bevreemdend dat patiënte niet na haar ontslag verwezen werd naar een niet-urgente verdere coronaire oppuntstelling** om eens en voorgoed de **piste van ischemisch hartlijden te kunnen uitsluiten (of bevestigen)**. **Mogelijk had deze wel een coronaire problematiek kunnen in het licht stellen (maar is dit niet eens zeker)**.

## Besluit

**Achteraf** bekeken lag er **allicht een cardiovasculair probleem** aan de basis van het plotse overlijden (en allicht ook aan de voorafgaandelijke pijnklachten) en in deze redenering zou een **tijdig uitgevoerde meer invasief coronair onderzoek mogelijk een coronaire pathologie hebben kunnen in het licht stellen, met mogelijk ook een behandeling**. Dit alles is evenwel **speculatief** en ik vrees dat – gezien de initiële correct uitgevoerde en negatief gebleken infarctonderzoeken – er **niet echt een medische fout** kan worden aangetoond en weerhouden in hoofde van de betrokken geneesheren, hoewel ontegensprekelijk achteraf bekeken de waarschijnlijkheid van een acute cardiale pathologie als doodsoorzaak niet kan worden [sic] betwist zodat achteraf bekeken er wel een beoordelingsfout kan worden verweten (maar dit is **geen echte “medische fout”**).

## **V. Bespreking**

### **a. Visie van zorgverleners**

Dr. ...

Dr. ... heeft niets toe te voegen aan zijn verslaggeving van maart 2010.

Dr. ...

Geen bemerkingen.

Dr. ... voor dr. ...

Dr. ... benadrukt dat dr. ... betrokkene **nooit heeft gekend met een pijnsyndroom presternaal** aangezien dat maandagnamiddag **niet meer aanwezig** was. Dr. ... kende haar met een **misselijkheidssyndroom**.

Dr. ...

Dr. ... benadrukt dat er waarschijnlijk dinsdag 24 augustus 2010 **een overleg is geweest met de cardioloog van maatschap, dr. ...** die op basis van het verhaal op stukken van mening was dat er **geen cardiale pathologie** te vrezen was. Deze diagnostische piste werd dan ook verlaten op basis van een **normaal geprotocolleerd ECG, negatieve troponines, en CK's op spoed**. De gelijkluidende adviezen van twee psychiaters oriënteerden zijn diagnostische blik eerder in deze richting bij een dame met wat **obsessief compulsieve kenmerken**. Hij vermoedt niet dat de diagnose door hem naar voren geschoven, de oesofagitis graad I de totale uitleg was van de klachten van mevrouw .... Mevrouw ... heeft zijn dienst **in goeden doen verlaten**.

Visie van dr. ... – dr. ...

Er was **tunnelvisie**: er werd uitgegaan van een **gastritis** op Aceclofenac. De spoedgevallenarts had al de **piste van cardiale problematiek verlaten**, en betrokkene doorgezonden naar een dienst algemeen interne. De eerste diagnosticus was de acutist. Het is niet goed begrijpelijk dat deze niet werd uitgenodigd volgens dr. .... Dr. ... is tenslotte geriater, geen cardioloog en geen acutist.

Zou een eventuele cardiale behandeling de evolutie veranderd hebben bij mevrouw blijft ten zeerste de vraag. Immers ook de doodsoorzaak is niet gekend met zekerheid.

Het infarct – zo het er al een was – kan immers ook veel later begonnen zijn dan deze zondag 22 augustus 2010.

Mr. ... loco mr. ...

Vestigt de aandacht op de argumentatie van dr. ...., internist-pneumoloog van 22 september 2011 waaruit blijkt dat ook voor deze internist het verhaal ook **anders dan cardiologisch kon geïnterpreteerd worden**, na eerdere ECG en hartenzymesbepaling.

#### **b. Mevrouw ...**

... zou gevraagd hebben voor **nazicht cardiologie** op spoedgevallen, volgens dochter. De nachtverpleegkundige zou meermaals door ... gebeld zijn met de vraag voor meer adequate behandeling bij haar moeder die bewegingsonrust kende, en veel pijn ter hoogte van de borst. Ze sprak ook niet veel.

Moeder was bij navraag voorheen **nooit in psychiatrische behandeling** geweest.

... was aanwezig bij haar moeder vanaf zondagmiddag 12.00 u tot maandagmorgen uur onbekend. **Zij kan zich niet herinneren dat zij dr. ... of een cardioloog heeft zien passeren op interne.** Voor haar moeder was deze opname een eerste passage in een ziekenhuis.

#### **c. Visie van het deskundigencollege**

Het deskundigencollege meent dat er voldoende samenlopende vermoedens zijn om te stellen dat mevrouw ... bij opname op 22 augustus 2010 een **acuut myocard infarct** deed, minstens dat er **zeer zware vermoedens** waren dat zij dit acuut myocard infarct deed waarbij **deze diagnose niet als differentiaal diagnose had mogen geschrapt worden.**

Zij baseert zich op:

1. De **verwijsbrief van de huisarts van wacht**
2. De **vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...**
3. De **klinische beschrijving** op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...
4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de **mogelijkheid van acuut myocard infarct**
5. De **verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct**
6. De vermelding van het automatisch **protocol ECG op spoed.**

Het college gaat er van uit dat mevrouw ... op 28 augustus 2010 **overleed aan cardiale gevolgen** bijvoorbeeld van een hartritmestoornis, **mogelijk mede geïnduceerd door de toegediende medicatie Seroquel en Sypralexa die enige cardiotoxiciteit kennen, medicatie waarmee zij op de dienst interne werd ontslagen.**

Een gemiste diagnose is **geen bewijs van foute** aansprakelijkheid. De foute aansprakelijkheid dient afgetoetst aan het **feit of alle medische onderzoeken werden verricht die een normaal voorzichtig arts, geplaatst in dezelfde omstandigheden zou verricht hebben om tot een diagnose te komen.**

Zorgverleners kunnen niet verhullen dat er **duidelijke klinische tekenen waren die wezen op een cardiale problematiek op 22 augustus 2010.** Mevrouw had op spoed zeer hevige pijn die uitstraalde naar beide armen en naar de hals, ze was klam en zweette profuus. Mevrouw kreeg majeure pijnstilling toegediend.

De onderzoeken die verricht werden tijdens de vijf dagen durende hospitalisatie waren:

1. Eén ECG op spoed
2. Een laboratoriumonderzoek met hartenzymes, op spoed, afname zelfde dag 10u34.
3. Eén gastroscopie, daags nadien
4. Twee psychiatrische consulten

Het ECG was – **zelfs zonder Hindbias** – duidelijk **positief** op ST T elevatie in de precordialen. De **acutist mistte dit blijkbaar**, het automatische protocol van de ECG-machine vermeldt dit wel. Er waren **klinisch ruim voldoende aanwijzingen om het onderzoek op een dienst interne verder te oriënteren naar cardiologisch onderzoek**.

De acutist verwijst de gestelde pathologie door naar de dienst inwendige ziekten. Dit is een **correcte verwijzing**. Een **maaglijden en hartinfarct zijn internistische pathologieën**. Het is **aan de dienst inwendige ziekten dit verder uit te werken**.

De normale onderzoeken die hadden moeten gebeuren tijdens de hospitalisatie waren:

1. Een **tweede** ECG diende verricht te worden binnen enkele uren na opname om de evolutie te kunnen appreciëren.
2. Een **tweede** bepaling troponines diende verricht te worden na vier uren (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996.
3. **Cardiologisch consult** had moeten gevraagd worden tijdens de hospitalisatie.

Er **schortte iets aan de overdracht** van deze patiënte. Blijkbaar is er **onvoldoende overleg geweest met dr. ...**, internist-geriater, die instond voor de opname zodat het aspect pijn op de borst met uitstraling naar beide armen en hals, en nood tot majeure pijntherapie van zondag 22 augustus 2010 op maandag 23 augustus 2010 dr. ... **niet meer gekend waren**. Anderzijds de inhoud van het medisch dossier en spoed en interne was **duidelijk**.

Het college weerhoudt daarom dat er **onvoldoende adequaat gereageerd** werd op de toestand van dame ... zoals dat **van een normale dienst interne geneeskunde** had mogen verwacht worden. Een aantal eenvoudige onderzoeken hadden kunnen voorkomen dat ook de differentiaal diagnose van acuut infarct gemist werd. Hierdoor is de mogelijkheid van adequate behandeling met overleving mevrouw ... ontnomen geworden.

Op 28 augustus 2010 zou zij **normaliter nog op hartbewaking hebben gelegen**, en was haar kans tot het overleven van een hartinfarct **zeer substantieel** (> dan 90 %). Haar overlijden op 28 augustus 2010 is daarom ons inziens een **eenduidig gevolg van onvoldoende zorg** aan een patiënte met een instabiele angor.

Gezien er volgens het deskundigencollege een **aansprakelijkheid tegenover dr. ... en dr. ... kan weerhouden worden**, is er geen sprake van een MOZA.

De hoegrootheid van de schade betreft een overlijden, wat – mits correcte zorg – had kunnen vermeden worden met **zeer grote waarschijnlijkheid** (lees: meer dan 90 %). [...]"

Op de opmerkingen van de raadsman van verweerders en de opmerkingen van dr. ..., hun raadsarts, die beiden waarschuwden voor een “*hindsight bias*” (vrij vertaald: een beoordeling die gestuurd wordt door hetgeen men achteraf weet), antwoordt het college als volgt:

*“Zorgverleners merken correct op dat een gemiste diagnose geen fout is. Zorgverleners merken terecht op dat men zich moet hoeden voor de hindsight bias bij het vellen van een oordeel. Daarom dient men vooreerst de zaak te bekijken vanaf aanloop, zonder kennis van/rekening te houden met de afloop.*

De dag van aanloop 22 augustus 2010 waren volgende beoordelingselementen aanwezig:

1. De verwijfsbrief van de huisarts van wacht: vermoeden hartinfarct
2. De vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...
3. De klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...
4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de mogelijkheid van acuut myocard infarct<sup>7</sup>
5. De verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct
6. De vermelding op het automatisch protocol ECG op spoed, ST elevatie (afleidingen V5 en V6)
7. Initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten
8. De hevige pijnen met toediening van hogere dosissen Dipidolor en Contramal

*Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een **tweede ECG en een tweede hartenzymbepaling moeten verrichten binnen de zes uur.***

*In de week van aanloop tot ontslag uit het ziekenhuis beschikken we over volgende elementen:*

1. de tentatieve diagnose van gastro-intestinaal ulcus op antiflogistische medicatie werd **niet bevestigd**
2. gedurende een volledige week opname werd **nooit** enig cardiologisch consult gepleegd door de dienst interne, noch controle labo, noch controle ECG
3. ontslag **zonder diagnose** na één week ondanks hevige borstkaspijnen waarvoor hoge dosissen Dipidolor en Contramal
4. De wetenschap dat acute en silentieuze hartinfarcten **niet zeldzaam** zijn in de geriatrie, zeker niet bij vrouwen tien jaar na de menopauze.

*Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een **cardiologisch consult moeten vragen, met ECG opvolging en opvolging van laboratoriumwaarden hartenzymes en andere klassieke laboratoriumonderzoeken.***

*Wanneer we de denkoefening **ex ante** verrichten, komen we tot het besluit dat er **niet gehandeld werd in het geval van mevrouw ... zoals we modaal hadden mogen verwachten van een internistische dienst van een algemeen ziekenhuis noch tijdens de dag van aanloop, noch tijdens de week van aanloop.***

*De besluiten van de FMO-experten luiden:*

*“[...]*

#### ***b. Oorzaak van de schade***

*De schade, het overlijden, is een gevolg van het **hartinfarct**. Door een **onzorgvuldig handelen in de diagnosestelling** tijdens hospitalisatie van 22 tot 27 augustus 2010 werd mevrouw ... een **overlevingskans ontnomen**.*

#### ***c. MOZA***

*De overweging van MOZA komt ons inziens niet ter sprake omdat het college uitgaat van een **medisch ongeval met aansprakelijkheid**.*

#### ***d. Ernst van de schade***

*Wijlen mevrouw ... overleed aan haar hartinfarct. Wijlen mevrouw ... **liep een grote overlevingskans mis**. Deze overlevingskans bedroeg bij zorgvuldig handelen zoals van een module internistische dienst van een algemeen ziekenhuis, geplaatst in dezelfde omstandigheden mocht verwacht worden, **9 op 10**.*

*Er heeft zich geen tijdelijke door zorg veroorzaakte schade tot aan het overlijden gerealiseerd. Mits een correcte behandeling was mevrouw ook volledig persoonlijk en huishoudelijk ongeschikt geweest tot aan het overlijden.*

#### ***e. Aanvullende vraagstellingen***

*5. Werd gedacht aan een non-STEM!?*

*NEEN*

*6. Wat zijn de EBM richtlijnen in dergelijk geval en werden deze nageleefd?*

*7. Volstaat een eenmalig bloedonderzoek om de diagnose myocardinfarct uit te sluiten?  
Neen.”*

*8. Was er bij het cardiologisch onderzoek de dato 1 maart 2010 een indicatie voor een coronarografie?*

*Neen.”*

*Op **24 februari 2017** liet de raadsman van verweerders aan het FMO weten zich volstrekt niet te kunnen vinden in het eindverslag en maakte nog het verslag over van hun raadsgeneesheer en een derde externe deskundige, opdat het FMO hiermee zou rekening houden in zijn advies.*

7.

Het FMO bracht op **3 juli 2017** een advies uit (stuk 2 eiser).

Het FMO verwees naar de bevindingen van de FMO-experten, maar ook naar de EBM-richtlijnen die bepalen dat bij symptomen die wijzen op een AMI het gangbaar is in een dienst inwendige om hartenzymen na 4 uur te herbepalen. Deze richtlijnen strekken volgens het FMO tot maatstaf bij de toetsing van de zorgvuldigheidsnorm. Het FMO besloot dat het verzuim van minstens een tweede enzymenonderzoek, gelet op de duidelijke kliniek, het niet uitsluiten van een levensbedreigende AMI en de niet adequate overdracht door dr. ... foutief was in zijn hoofde. Wat dr. ... betreft, was het FMO niet overtuigd zijn argument dat de borstpijnlachten van mevrouw ... hem niet gekend waren, aangezien die duidelijk uit het dossier bleken. Ook hij verzuimde om de nodige onderzoeken te doen uitvoeren om de diagnose van AMI uit te sluiten.

Het besluit van het FMO luidt:

*“Uit de informatie die werd overgemaakt door de aanvragers en het dossier dat samengesteld werd door het Fonds, blijkt dat de schade van mevrouw ... het gevolg is van een **fout** begaan door de betrokken zorgverstrekker, zijnde **dr. ..** en **dr. ..***

*Dr. ... en dr. ... dan wel hun verzekeraar, Am/in, wordt verzocht, binnen een termijn van 3 maanden vanaf de kennisgeving van het advies, een voorstel tot vergoeding over te maken aan de nabestaanden van mevrouw ... en aan het Fonds.*

*De schade van mevrouw ... kan gezien de vastgestelde aansprakelijkheid niet beschouwd worden als abnormaal in de zin van artikel 2, 7° van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg waardoor in casu niet kan besloten worden tot een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid.”*

Het FMO komt in zijn advies tot het besluit dat de schade ernstig is in de zin van artikel 5, 4° van de Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (hierna “de wet van 31.03.2010”) en dat mevrouw ... een overlevingskans heeft verloren van **90 %**.

Het advies van het Fonds werd overeenkomstig artikel 22, lid 1 van de wet 31 maart 2010 per aangetekende brief van 5 juli 2017 ter kennis gebracht van dokter ..., dokter ..., hun raadsman en ..., hun verzekeraar, met het verzoek om een vergoedingsvoorstel over te maken. (stuk 3 eisers).

Met een brief van **13 september 2017** betwistte de raadsman van verweerders hun aansprakelijkheid om reden dat niet was bewezen dat de plotse dood te wijten was aan een hartinfarct. (stuk 4 eisers).

8.

Het FMO stelde vervolgens in toepassing van de artikelen 4,3° en 30 van de wet van 31 maart 2010 een vergoedingsvoorstel op voor een bedrag van 40.175,91 EUR en maakte dit over aan de heer ... die het aanvaardde, waarna het bedrag werd overgeschreven op zijn rekening op **23 februari 2018** (stukken 7 en 8 eisers).

9.

In mei 2018 ging eiser over tot dagvaarding van verweerders.”

### III. Procedure in eerste aanleg

1. Het Fonds voor Medische Ongevallen (hieronder ook: FMO) vorderde voor de eerste rechter wat volgt:  
“- te verklaren voor recht dat dokter ... en dokter ... aansprakelijk zijn voor het kansverlies van mevrouw ...;  
verweerders dienovereenkomstig hoofdelijk, minstens in solidum, minstens de ene bij gebreke aan de andere, te veroordelen tot terugbetaling van de door het Fonds vergoedende en gerechtelijke intresten, zoals aangegeven;  
verweerders hoofdelijk, minstens *in solidum*, minstens de ene bij gebreke aan de andere, te veroordelen tot terugbetaling van de door het Fonds betaalde kosten van de expertisewerkzaamheden van 4.590 EUR, meer vergoedende en gerechtelijke intresten, zoals aangegeven;  
verweerders te veroordelen tot de kosten van het geding, inclusief de rechtsplegingsvergoeding;  
- het vonnis uitvoerbaar bij voorraad te verklaren, niettegenstaande alle verhaalmiddelen, zonder borgstelling en met uitsluiting van het recht tot kantonnement.”
2. Dokters ..., de heer ... en ... hebben voor de eerste rechter in hoofdorde gevorderd om de vordering van het FMO ongegrond te verklaren wegens gebrek aan fout en om haar te veroordelen tot de gerechtskosten. In ondergeschikte orde vorderden zij om de vordering ongegrond te verklaren wegens gebrek aan oorzakelijk verband. In meer ondergeschikte orde vorderden zij om een college van deskundigen, ondergeschikt een gerechtsdeskundige aan te stellen, het FMO te bevelen om de kosten van de deskundige voor te schieten. In uiterst ondergeschikte orde vorderden zij om het verlies van een kans te begroten op slechts enkele procentpunten, de schadevordering te herleiden conform de opmerkingen in hun conclusie en de rechtsplegingsvergoeding te bepalen aan de hand van het uiteindelijk weerhouden schadebedrag.
3. De eerste rechter was van oordeel:
  - dat zowel dokter ... als dokter ... een fout hebben gemaakt, omdat *“noch dr. ... noch dr. ... in hun diagnosestelling handelden zoals een normaal zorgvuldig en vooruitziend geriater, respectievelijk gastro-enteroloog, geplaatst in dezelfde omstandigheden: wat betreft dr. ... op de dag van de opname en wat betreft dr. ... nadien”,*
  - dat *“de uitvoering van de overdracht tussen hen beiden [...] evenmin [verliep] volgens de voornoemde zorgvuldigheidsnorm”,* wat de diagnosestelling bemoeilijkte;
  - dat er met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid een oorzakelijk verband bestond tussen het onzorgvuldig gedrag van de artsen en het overlijden van hun patiënt;
  - dat er sprake was van een verlies van een kans ten belope van 90 %.

Op grond van deze overwegingen, heeft de eerste rechter de huidige appellanten veroordeeld tot betaling *in solidum* aan het FMO van 40.175,91 EUR, vermeerderd met vergoedende interesten vanaf 23 februari 2018 aan de wettelijke interestvoet, en tot betaling van de gerechtskosten, met inbegrip van de kosten van de door het FMO betaalde expertisecosten en een rechtsplegingsvergoeding

....

## ➤ Beoordeling aansprakelijkheid

### ○ Beoordeling deskundigenonderzoek

2. De eerste rechter heeft zich voor de beoordeling van de aansprakelijkheid van beide artsen mede gesteund op het deskundigenonderzoek dat het FMO heeft georganiseerd.

3. Dokters ... en ... en ... (hieronder ook kortweg: de appellanten) voeren aan dat dit deskundigenonderzoek gebrekkig is gevoerd. Dr. ... is cardioloog terwijl de artsen die aansprakelijk worden gesteld respectievelijk geriater en gastro-enteroloog zijn. Dr. ... zou mogelijk tot een andere beoordeling zijn gekomen indien hij niet vanuit zijn eigen specialisatie zou hebben geadviseerd. Het onderzoek verliep volgens de appellanten bovendien niet op (voldoende) tegensprekelijke wijze. Dokter ... werd immers niet uitgenodigd voor de eerste expertisevergadering, en werd bijgevolg in deze fase niet gehoord door de deskundigen, zodat hij zijn rechten van verdediging niet kon uitoefenen. Dr. ... werd weliswaar uitgenodigd voor een tweede expertisevergadering, maar de deskundigen zouden op dat ogenblik al definitief hun oordeel hebben gevormd en het standpunt van dr. ... hebben genegeerd. Het FMO had volgens de appellanten de deskundigen moeten vervangen vooraleer een nieuwe expertisevergadering te organiseren, teneinde daadwerkelijke tegenspraak vanwege dr. ... te waarborgen. De appellanten klagen voorts aan dat er geen voorverslag werd opgesteld waarop zij konden antwoorden; in het eindverslag werd weliswaar melding gemaakt van 'preliminaria', maar dat betrof een feitelijke vergissing. Voor opmerkingen over de expertise beschikten zij slechts over een termijn van achttien dagen, wat te kort zou zijn. De deskundigen zouden bovendien niet hebben geantwoord op de opmerkingen die dr. ... namens hen op 9 november 2016 (stuk 7 appellanten) en op 24 februari 2017 (stuk 10 appellanten) heeft geformuleerd, met verwijzing naar bijkomende literatuur.

Om al deze redenen vragen de appellanten dat het hof een nieuw deskundigenonderzoek zou bevelen, door een college van deskundigen.

4. Het hof is van oordeel dat er geen aanleiding is om een nieuw deskundigenonderzoek te bevelen.

Het feit op zich dat dr. ... niet dezelfde specialisatie heeft als beide artsen wiens aansprakelijkheid in vraag gesteld wordt, impliceert op zich niet dat hij niet in staat was om advies te verlenen over de vraag of dokters ... en ... respectievelijk als normaal zorgvuldig internist-geriater en als normaal zorgvuldig internist-gastro-enteroloog hebben gehandeld. Hieronder zal worden besproken dat uit de objectieve feitelijke omstandigheden blijkt dat het onzorgvuldig handelen van beide artsen niet verzoenbaar was met het handelen van een normaal zorgvuldig arts, ongeacht zijn of haar specialisatie. Dr. ... werd bovendien bijgestaan door dr. ..., die gespecialiseerd is in verzekeringsgeneeskunde. Dit vormt mede een waarborg om een tunnelvisie, zoals door de appellanten aangeklaagd, te voorkomen. De appellanten en hun advocaat hebben overigens gedurende het deskundigenonderzoek op geen enkel ogenblik opmerkingen gemaakt over de specialisatie van dokters ... en ..., zodat naar redelijkheid kan worden aangenomen dat zij (impliciet) akkoord gingen met deze aanstelling. Het feit dat een cardioloog werd aangesteld als deskundige is bovendien begrijpelijk en aanvaardbaar, nu mevrouw ... zich in het ziekenhuis had aangemeld vanwege een cardiale problematiek.

Het hof is voorts van oordeel dat het deskundigenonderzoek op een voldoende tegensprekelijke wijze is verlopen. Dokter ... werd weliswaar niet opgeroepen bij de eerste expertisevergadering, maar hij werd wel uitgenodigd voor en was aanwezig bij de tweede expertisevergadering. Tijdens deze tweede vergadering waren alle betrokken actoren aanwezig, met name de deskundigen van het FMO, dr. ..., dr. ..., hun verzekeraar en de advocaat van dokter ... en ... en hun verzekeraar, evenals dr. ... namens de zorgverleners en het ... en de dochter van mevrouw .... Het feit dat urgentiearts dokter ... bij deze vergadering niet aanwezig was, stond een tegensprekelijke expertise niet in de weg, nu de aansprakelijkheid van dokter ... nooit in het gedrang is gekomen, en een schriftelijke neerslag van zijn tussenkomst beschikbaar was (gevoegd als niet-genummerde bijlage bij het deskundigenverslag). Dokter ... kon aldus op volwaardige wijze tegenspraak voeren. Uit geen enkel objectief element waarvan het hof kennis heeft kunnen nemen blijkt dat de door het FMO aangestelde deskundigen op dat ogenblik reeds een standpunt zouden hebben ingenomen, waaruit zou kunnen blijken dat zij, vooraleer dr. ... te hebben gehoord, bevooroordeeld zouden zijn geweest. In deze omstandigheden was er ook geen aanleiding om op dat ogenblik nieuwe deskundigen aan te stellen. Dokter ... of zijn advocaat hebben daar overigens op dat ogenblik ook niet om verzocht.

Hoewel er geen voorverslag werd neergelegd, hebben de partijen de gelegenheid gekregen om opmerkingen te formuleren over wat er mondeling gedurende de expertisevergadering werd uiteengezet. Dit is ook effectief gebeurd (stuk 7 appellant). De deskundigen hebben de medische opmerkingen besproken in hun verslag, waar onder meer zeer uitvoerig wordt ingegaan op het verwijt van 'hindsight bias' (vooringenomenheid ingevolge van kennis achteraf) (zie p. 13, 16 en 17 van het verslag), dat werd hernomen, met verwijzing naar medische literatuur, in de brief van 24 februari 2017 (stuk 10 appellanten), en op het klinisch onderzoek door dr. ... en de medische voorgeschiedenis van de patiënt. De deskundigen hebben in hun verslag eveneens, op zijn minst impliciet, verwezen naar de (mondelinge) opmerkingen van cardiologen dokter ... en ... dat het ECG op zich niet doorslaggevend is (en veeleer mogelijk zou wijzen op pericarditis), maar moet worden geïnterpreteerd in functie van de 'kliniek' (*"Er waren klinisch ruim voldoende aanwijzingen om het onderzoek op een dienst interne verder te oriënteren naar cardiologisch onderzoek"* (p. 13 van het verslag)). Uit niets blijkt dat dokters ... en ... van de concrete klinische aanwijzingen in het specifieke dossier op de hoogte waren.

De deskundigen hebben in hun verslag voorts ook aandacht besteed aan het oorzakelijk verband tussen de volgens hen aangetoonde onzorgvuldigheid van de artsen en het overlijden. Daardoor hebben zij, op zijn minst impliciet, geanticipeerd op de verwijzing namens appellanten bij brief van 24 februari 2017 (na de neerlegging van het eindverslag) naar mogelijke andere doodsoorzaken.

Het hof is voorts van oordeel dat de appellanten voldoende tijd hebben gekregen om opmerkingen te formuleren bij de expertise. Ook in dit stadium reiken de appellanten overigens geen nieuwe argumenten aan waarvoor de aanstelling van een gerechtsdeskundige vereist zou zijn.

Rekening houdend met al wat voorafgaat is het hof van oordeel dat het deskundigenonderzoek op een voldoende tegensprekelijke wijze, volgens de regels van de kunst, is verlopen. Er bestaat geen betwisting tussen de partijen dat het hof niet gebonden is door dit verslag, dat geldt als advies.

Zoals hieronder zal blijken, acht het hof zich op grond van het verslag van de deskundigen en alle andere overgelegde stukken voldoende geïnformeerd om zich over de zaak uit te spreken, zodat er geen reden is om een college van gerechtsdeskundigen aan te stellen.

○ **Beoordeling aansprakelijkheid**

5. Het FMO voert aan dat dokters ... en ... onvoldoende zorgvuldig hebben gehandeld. Volgens het FMO waren er van bij de ziekenhuisopname van mevrouw ... verschillende aanwijzingen van een myocardinfarct, maar hebben zowel dokter ... als dokter ... daarvoor onvoldoende aandacht gehad. De diagnosestelling gebeurde volgens het FMO onvoldoende zorgvuldig.

6. De appellanten voeren aan dat beide artsen, zeker rekening houdend met hun specialisatie (niet-cardiologen), voldoende aandacht hebben besteed aan een cardiale oorzaak. Het FMO zou zich laten leiden door 'hindsight bias'. Bij de opname op de dienst interne geneeskunde was er al een ECG uitgevoerd, dat volgens de appellanten niet indicatief was voor een infarct. De urgentiearts had het ECG al geprotocolleerd. Op het protocol werd wel melding gemaakt van een aspecifieke ST-elevatie, maar dat is volgens de appellanten niet diagnostisch voor een myocardinfarct. Het ECG werd voorgelegd aan cardioloog, dr. ..., die het ECG als 'dubieus' bestempelde en die liet weten dat het moest geïnterpreteerd worden in het kader van de 'kliniek', wat door een andere cardioloog, dr. ..., werd bevestigd. Er waren volgens de appellanten geen klinische indicaties voor een infarct. De cardio-enzymen waren negatief. Het klinisch ziektebeeld beantwoordde aan het geven van ontstekingsremmende geneesmiddelen (NSAID's) zonder maagprotectie, wat kan leiden tot maagproblemen. Er werden weliswaar 'retrosternale pijnen' vastgesteld, maar deze kunnen ook een gevolg zijn van oprispend maagzuur, dat pijn bovenaan op de borst kan veroorzaken. De klachten van mevrouw ... waren bovendien niet verminderd na inname van geneesmiddelen tegen hartproblemen (Cedocard en Temesta). Dokters ... en ... voeren voorts aan dat zij niet op de hoogte waren van de verwijsbrief van de huisarts die had doorverwezen vanwege hartproblemen, terwijl de spoedarts had besloten dat er geen sprake was van een cardiale oorzaak. In het licht van al deze vaststellingen was er volgens de appellanten geen aanleiding om de diagnose van een hartinfarct aan te nemen, of om de patiënt door te verwijzen naar een cardioloog. Dokter ... zou terecht hebben beslist om de patiënt zonder verder cardiaal onderzoek ter observatie te laten opnemen op de dienst gastro-enterologie. Dokter ..., die niet geconfronteerd werd met klinische aanwijzingen van een hartprobleem, heeft volgens de appellanten correct gehandeld door een gastroscopie te laten uitvoeren, en, bij gebreke aan afwijkingen, de observatie van de patiënt te verlengen en psychiatrisch advies te vragen.

Op het ogenblik dat dokter ... mevrouw ... voor het eerst te zien kreeg, waren de klachten volgens de appellanten bovendien sterk verminderd of zelfs verdwenen.

7. Het hof is, zoals de eerste rechter, van oordeel dat dokter ... niet heeft gehandeld als normaal zorgvuldig geriater en dat dokter ... niet heeft gehandeld als normaal zorgvuldig gastro-enteroloog geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden.

Het hof is, zoals de deskundigen die werden aangesteld door het FMO en de eerste rechter, van oordeel dat zowel dokter ... als dokter ... onvoldoende aandacht hebben besteed aan de mogelijk cardiale oorzaak van de pijnen van mevrouw ....

Nadat mevrouw ... was doorverwezen naar de dienst interne geneeskunde, heeft stagiair dokter ... op zondag 22 augustus 2010 een opnameverslag opgesteld, dat gevoegd is bij het deskundigenverslag, dat het opnameverslag samenvat als volgt:

*“Het vermeldt als reden van hospitalisatie: vermoeden acuut myocardinfarct? Epigastrische pijn. Het vermeldt bijkomend de voorgeschiedenis: drukkend gevoel bij wandelen, beter bij rust, en Temesta, sinds een paar weken. Bij dokter ... alles OK. Huidige ziektegeschiedenis: continue drukkende pijn epigastrisch met acute start om 8:30 uur bij het naar de bakker gaan. De pijn wordt nu nog erger. Cedocard en een halve Temesta hielpen niet. Klam zweterig, geen kortademigheid. De pijn straalt uit naar keel en beide armen. Mevrouw kent braakneigingen, waarvoor ze Pantomed toegediend krijgt met anti-emeticum Litcan, op spoed. Ze is misselijk. Ze houdt haar ogen dicht wegens pijn. Ze vertoont geen koorts. De huid is klam, geen oedeem. Er is een saturatie van 98 %. De centraal veneuze drukmeting, bedraagt 7 cm. Auscultatie is verder negatief.”*

Ook indien wordt aangenomen dat noch dokter ..., noch dokter ..., kennis hadden van de verwijfsbrief van de huisarts van wacht, waarin werd verwezen naar *“uitgesproken pijnklachten, onregelmatig ritme, profuus zweten, bloeddruk 160 over 70 [...]”*, dienden zij in elk geval uit dit opnameverslag te kunnen afleiden dat er ernstige aanwijzingen waren voor een cardiale oorzaak. In het verslag wordt uitdrukkelijk vermeld dat de opname gebeurde *“wegens vermoeden myocardinfarct”* en werd melding gemaakt van klinische elementen die daarmee, zoals werd bevestigd door de deskundigen van het FMO, in verband zouden kunnen worden gebracht, ook al zouden de klinische vaststellingen mogelijk ook andere oorzaken kunnen hebben. Om dit vast te stellen was een specialisatie als cardioloog niet vereist. Elk normaal zorgvuldig arts geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden was daartoe in staat.

Dokter ... had op 22 augustus 2010 bovendien kennis van het verslag van spoedarts dokter ..., dat dokter ... heeft afgestempeld. Ook daarin wordt melding gemaakt van een klinisch beeld dat aanwijzingen bevat van een cardiale problematiek. Het verslag maakt onder meer melding van *“epigastrische pijn die bij spanning opkomt en bij rust wat beter wordt. Episodes worden steeds erger.”* Het feit dat de epigastrische pijn (pijn op de borst), die zelfs aanhield nadat zware medicatie was toegediend, mogelijk ook andere oorzaken zou kunnen hebben, zoals oprispend maagzuur, doet daaraan geen afbreuk.

Het feit dat het ECG op de dag van de opname in het ziekenhuis door de spoedarts als *“normaal sinusiaal”* werd geïnterpreteerd, was, gelet op de klinische vaststellingen, geen reden om verder cardiologisch onderzoek uit te voeren. Er kan aangenomen worden dat de vermelding op het automatisch protocol van het ECG *“sinusritme: niet-specifieke ST-T elevatie”* op zich niet doorslaggevend was voor de vaststelling van cardiale problemen, maar ook de door de appellanten zelf geraadpleegde cardiologen, hebben (mondeling) geadviseerd dat het ECG *“dubieus”* was en dat een interpretatie in functie van de *“kliniek”* noodzakelijk was, terwijl er voldoende klinische aanwijzingen waren die konden wijzen op een cardiologische problematiek. Zoals hierboven al werd besproken dienden de klinische vaststellingen elk normaal zorgvuldig arts, ongeacht de specialisatie, aan te zetten tot verder cardiologisch onderzoek. Het feit dat door de urgentiearts het ECG als normaal werd geïnterpreteerd doet daaraan geen afbreuk. De urgentiearts heeft de patiënt correct doorverwezen naar de dienst interne geneeskunde, waar ook verder cardiologisch onderzoek kan worden uitgevoerd.

Ook het feit dat er geen afwijkingen werden vastgesteld betreffende de hartenzymen, was niet doorslaggevend om een cardiologische problematiek te kunnen uitsluiten, of om daarnaar geen verder onderzoek te verrichten in het kader van de diagnosestelling. De FMO-deskundigen merken wat dit betreft op dat er wel sprake was van *“initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten”* en op het feit dat *“Een tweede bepaling troponines diende verricht vier uren later (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996”* (p. 13 van het verslag). Dit advies wordt niet aan de hand van stukken weerlegd door de appellanten. Er kan aangenomen worden dat elke arts die werkt op een dienst interne geneeskunde, ook een niet-cardioloog, van deze gebruikelijke werkwijze op de hoogte diende te zijn.

Ook het feit dat de klachten van mevrouw ... niet waren verminderd na inname van geneesmiddelen tegen hartproblemen (Cedocard en Temesta), ontsloeg de artsen niet van verder cardiologisch onderzoek.

Het hof stelt voorts, zoals de gerechtsdeskundigen, vast dat ook het verpleegkundig opnamedossier melding maakt van *“epigastrische pijn”* op 22 augustus ... en van een *“vermoeden acuut myocardinfaarct”*. De verpleegkundigen bevestigden dat er sprake was van *“veel pijn”* en *“erg misselijk”*.

Zowel dokter ... als dokter ... hadden kennis van bovenvermelde verslagen in het medisch dossier van hun patiënt. Zeker gelet op de afwezigheid van mondeling contact tussen beide artsen naar aanleiding van de overdracht van de patiënt, diende ook dr. ... deze schriftelijke informatie grondig te bestuderen.

De FMO-deskundigen hebben op grond van wat voorafgaat correct geadviseerd wat volgt:

*“Zorgverleners kunnen niet verhullen dat er duidelijke klinische tekenen waren die wezen op een cardiale problematiek op 22 augustus 2010. Mevrouw had op spoed zeer hevige pijn die uitstraalde naar beide armen en naar de hals, ze was klam en zweette profuus. Mevrouw kreeg majeure pijnstilling toegediend.”*

Het feit dat dokter ... de patiënt pas daags na de opname voor het eerst heeft gezien, toen de pijn reeds was afgenomen, doet geen afbreuk aan zijn verantwoordelijkheid, nu hij kennis had, of minstens diende te hebben, van de vermelde schriftelijke verslagen in het medisch dossier. In strijd met wat de appellanten aanvoeren, was de pijn overigens ook tijdens de dagen volgend op de opname nog niet geheel verdwenen, zij het dat de pijn zienderogen verminderde. Het verpleegkundige verslag, waarvan dokter ... kennis diende te nemen om als normaal zorgvuldig arts een correcte diagnose te kunnen stellen, vermeldt immers wat volgt:

*“Maandag 23 augustus 2010*

*VM: bedje opgemaakt; nog wat pijn maar rustig.*

*NM: blijft misselijk. Primperan IV. Zou “niet” helpen*

*Dinsdag 24 augustus 2010*

*Nacht: Medicatie helpt niet genoeg*

*VM: Veel beter. Minder pijn. Heeft kunnen eten.”*

Na een maagdarmonderzoek en tweemaal een psychiatrisch consult werd mevrouw ... op 27 augustus 2010 door dokter ... ontslagen uit het ziekenhuis, terwijl dokter ... blijkens het deskundigenverslag (p. 9) heeft bevestigd dat hij op dat ogenblik geen duidelijke diagnose had.

Gelet op de vermelde klinische aanwijzingen was ook deze beslissing tot ontslag uit het ziekenhuis, zonder verder onderzoek, voorbarig en onzorgvuldig.

De deskundigen hebben geadviseerd dat tijdens het verblijf van mevrouw ... in het ziekenhuis, op cardiologisch vlak, in elk geval volgende bijkomende onderzoeken hadden moeten worden uitgevoerd:

- “1. Een tweede ECG diende verricht binnen enkele uren na opname om de evolutie te kunnen appreciëren.*
- 2. Een tweede bepaling troponines diende verricht te worden na vier uren (gestegen?); deze hercontrole na vier uur was gebruikelijk op een internistische dienst sinds 1996.*
- 3. Cardiologisch consult had moeten gevraagd worden tijdens de hospitalisatie.”*

Rekening houden met al wat voorafgaat, deelt het hof het oordeel van de deskundigen *“dat er onvoldoende adequaat gereageerd werd op de toestand van dame ... zoals dat van een normale dienst interne geneeskunde had mogen verwacht worden. Een aantal eenvoudige onderzoeken hadden kunnen voorkomen dat ook de differentiaal diagnose van acuut infarct gemist werd. Hierdoor is de mogelijkheid van adequate behandeling met overleving mevrouw ... ontnomen geworden.”*

Uit wat voorafgaat blijkt dat zowel dokter ... als dokter ... in het licht daarvan onzorgvuldig hebben gehandeld. Zoals werd besproken was er reeds op de dag van de opname op 22 augustus 2010 een medisch dossier beschikbaar dat elk normaal zorgvuldig arts geplaatst in dezelfde feitelijke omstandigheden had moeten aanzetten tot verder cardiologisch onderzoek. Gelet op de aard van de klinische vaststellingen diende dit ook bij hoogdringendheid te gebeuren.

Uit de bespreking hierboven blijkt bovendien dat er geen sprake is van een beoordeling op grond van inzichten achteraf ('hindsight bias'). De deskundigen hebben deze argumentatie correct en volledig als volgt weerlegd in hun verslag (p. 16-17):

*“Zorgverleners merken correct op dat een gemiste diagnose gen fout is.  
Zorgverleners merken terecht op dat men zich moet hoeden voor de hindsight bias bij het vellen van een oordeel. Daarom dient men vooreerst de zaak te bekijken vanaf aanloop, zonder kennis van/rekening te houden met de afloop.*

*De dag van aanloop 22 augustus 2010 waren volgende beoordelingselementen aanwezig:*

- 1. De verwijsbrief van de huisarts van wacht: vermoeden hartinfarct*
- 2. De vermelding van mogelijk acuut infarct door de stagiair interne geneeskunde ...*
- 3. De klinische beschrijving op de dienst interne geneeskunde, rapport stagiair ...*
- 4. De verpleegkundige nota's die melding maken van de mogelijkheid van acuut myocardinfaarct*
- 5. De verwijzing door de acutist naar interne geneeskunde wegens mogelijk infarct*
- 6. De vermelding op het automatisch protocol ECG op spoed, ST elevatie (afleidingen V5 en V6)*
- 7. Initiële negatieve hartenzymes op laboratoriumtesten*
- 8. De hevige pijnen met toediening van hogere dosissen Dipidolor en Contramal. Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een tweede ECG en een tweede hartenzymp bepaling moeten verrichten binnen de zes uur.*

*In de week van aanloop tot ontslag uit het ziekenhuis beschikken we over volgende elementen:*

- 1. De tentatieve diagnose van gastro-intestinaal ulcus op antiflogistische medicatie werd niet bevestigd*

*2. Gedurende een volledige week opname werd nooit enig cardiologisch consult gepleegd door de dienst interne, noch controle labo, noch controle ECG*

*3. Ontslag zonder diagnose na één week ondanks hevige borstkaspijnen waarvoor hoge dosissen Dipidolor en Contrama*

*4. De wetenschap dat acute en silentieuze hartinfarcten niet zeldzaam zijn in de geriatrie, zeker niet bij vrouwen tien jaar na de menopauze.*

*Binnen deze feitelijke vaststellingen had een interne dienst van een ziekenhuis een cardiologisch consult moeten vragen, met ECG-opvolging en opvolging van laboratoriumwaarden, hartenzymes en andere klassieke laboratoriumonderzoeken.*

*Wanneer we de denkoefening ex ante verrichten, komen we tot het besluit dat er niet gehandeld werd in het geval van mevrouw ... zoals we modaal hadden mogen verwachten van een internistische dienst van een algemeen ziekenhuis noch tijdens de dag van aanloop, noch tijdens de week van aanloop.”*

8. De appellanten voeren aan dat er geen oorzakelijk verband is aangetoond tussen de aangevoerde onzorgvuldigheden en het overlijden van mevrouw ... die, ook mogelijk is overleden aan een andere doodsoorzaak dan een hartfalen. Zij wijzen erop dat er geen autopsie werd uitgevoerd.

9. De eerste rechter heeft, met verwijzing naar het deskundigenverslag, terecht beslist dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen de bewezen verklaarde onzorgvuldigheid van beide artsen en het overlijden van mevrouw ....

De deskundigen hebben in hun verslag geadviseerd wat volgt:

*“Het deskundigencollege meent dat er voldoende samenlopende vermoedens zijn om te stellen dat mevrouw ... bij opname op 22 augustus 2010 een acuut myocard infarct deed minstens dat er zeer zware vermoedens waren dat zij dit acuut myocard infarct deed*

[...]

*Het college gaat er van uit dat mevrouw ... op 28 augustus 2010 overleed aan cardiale gevolgen bijvoorbeeld van een hartritmestoornis, mogelijk mede geïnduceerd door de toegediende medicatie Seroquel en Sypralexa die enige cardiotoxiciteit kennen, medicatie waarmee zij op de dienst interne werd ontslagen.”*

Deze beoordeling door de deskundigen wordt bevestigd door het feit dat mevrouw ... werd opgenomen in het ziekenhuis vanwege hartproblemen, met een vermoeden van *“myocard infarct”*, wat werd ondersteund door talrijke klinische symptomen. Tijdens haar verblijf in het ziekenhuis werd mevrouw ... aan verschillende onderzoeken onderworpen en uiteindelijk ontslagen zonder dat een duidelijke diagnose kon worden gesteld, terwijl onvoldoende onderzoek werd uitgevoerd naar de cardiologische problematiek waarvoor zij zich had aangemeld in het ziekenhuis. De echtgenoot van mevrouw ... heeft verklaard dat zij tijdens de fatale ochtend van 28 augustus 2010 bij het aankleden dezelfde pijnen kreeg in haar borst die de aanleiding waren voor haar ziekenhuisopname, en die een aanwijzing kunnen zijn van een cardiologisch probleem. In het MUG-verslag van dezelfde dag wordt een *“acuut myocardinfarct”* als *“vermoedelijke doodsoorzaak”* vermeld (stuk 16, p. 18 van het FMO).

Tenslotte heeft ook dokter ... die als raadsarts van het ziekenfonds van mevrouw ... weliswaar niet noodzakelijk geheel onbevooroordeeld was, geadviseerd dat er *“allicht een cardiovasculair probleem aan de basis [lag] van het plotse overlijden”* (p. 11 deskundigenverslag).

Hoewel het, bij gebrek aan autopsie, niet met volledige wetenschappelijke zekerheid vast staat dat een hartfalen aan de oorzaak lag van haar overlijden, acht het hof dit in de beschreven omstandigheden, op grond van de aangehaalde overeenstemmende feitelijke elementen, met voldoende juridische zekerheid aangetoond.

10. De eerste rechter heeft, in overeenstemming met het verslag van de FMO-deskundigen, geoordeeld dat indien de artsen voldoende zorgvuldig zouden hebben gehandeld, mevrouw ... een overlevingskans had van 90 %.

De appellanten betwisten dit en vragen om dit verlies van een kans te begroten *“op slechts enkele procentpunten”*. Zij voeren aan dat het advies van de FMO-deskundigen wat dit betreft niet wetenschappelijk onderbouwd wordt, dat geen rekening wordt gehouden met de medische voorgeschiedenis van mevrouw ..., dat het ziektebeeld van mevrouw ... ‘aspecifiek’ was voor een myocard infarct en dat de uitvoering van een tweede ECG wellicht niet tot een andere diagnose zou hebben geleid.

11. Volgens de FMO-deskundigen had een overlijden mits correcte zorg *“met een zeer grote waarschijnlijkheid (lees: meer dan 90 %)”* kunnen worden vermeden (p. 14 van het verslag).

Zoals hierboven werd besproken waren er wel degelijk voldoende klinische aanwijzingen die wezen in de richting van een mogelijk myocard infarct, wat ook precies de aanleiding was waarom mevrouw ... in het ... werd opgenomen.

De appellanten tonen niet aan dat er een medische voorgeschiedenis was die de overlevingskansen van mevrouw ... zou hebben beperkt.

Het FMO wijst er in haar laatste conclusie (p. 56) terecht op dat een verblijf in het ziekenhuis op de dienst hartbewaking, in plaats van een verblijf thuis, de overlevingskansen van mevrouw ... substantieel zou hebben verhoogd. Het FMO verwijst in dit verband naar de prognose volgens de NHG-standaarden waarin wordt vastgesteld dat het overlijdenspercentage naar aanleiding van een acuut myocard infarct bij een behandeling in het ziekenhuis voor vrouwen in het jaar 2008 slechts 8 % bedroeg, terwijl de prognoses in de loop der jaren stelselmatig zijn verbeterd.

Op grond van wat voorafgaat acht het hof een verlies van een overlevingskans ten belope van 90 %, zoals de deskundigen hebben geadviseerd, aannemelijk.

#### o Beoordeling schade

12. Het FMO vordert van de appellanten de betaling van een bedrag van 40.175,91 EUR vermeerderd met interest. Het betreft het bedrag dat zij ingevolge de feiten hebben uitgekeerd aan de echtgenoot van mevrouw ..., de heer ....

13. De appellanten voeren wat dit betreft (enkel) betwisting over het gevorderde bedrag wegens huishoudelijke schade, ten belope van 17.292,00 EUR, dat het FMO terugvordert.

Het FMO heeft dit bedrag berekend op basis van een dagbedrag van 20 EUR per dag bij een 100 % (tijdelijke) ongeschiktheid. Bij gebrek aan concrete gegevens schatte het FMO de bijdrage van mevrouw ... in het huishouden op 45 % en het persoonlijk onderhoud op 20 %, en dit tot de leeftijd van 80 jaar, nu mevrouw ... na deze leeftijd wellicht hoe dan ook huishoudelijk 'ongeschikt' zou zijn geweest.

De appellanten voeren geen betwisting op het gevorderde basis-dagbedrag van 20 EUR bij volledige ongeschiktheid, en evenmin over de berekening van de periode waarvoor de vergoeding werd toegekend.

Zij voeren wel aan dat de vergoeding beperkt moet worden tot 35 % in plaats van 45 % van dit bedrag, nu mevrouw ... op het ogenblik van haar overlijden reeds kampte met medische problemen, en vragen eveneens dat van de berekende som een bedrag van 33 % in plaats van 20 % in mindering wordt gebracht wegens eigen onderhoudskosten die ingevolge het overlijden weggevallen zijn.

14. Uit de overgelegde stukken blijkt niet dat mevrouw ... kampte met een specifieke medische voorgeschiedenis die haar bijdrage in het huishouden heeft beperkt. Een bijdrage van 45 % in het huishouden is redelijk. Het FMO wijst er in dit kader terecht op dat de indicatieve tabel, die weliswaar is gesteund op een stereotiep beeld van de respectieve bijdragen van de echtgenoten in het huishouden, uitgaat van een bijdrage van de vrouw in het huishouden van 65 %. Ook in het licht daarvan is een bijdrage van 45 % in het geheel niet overdreven.

De rechter moet rekening houden met het aandeel uit hoofde van het persoonlijk onderhoud van het slachtoffer. Volgens de indicatieve tabel kan dit aandeel bij gebrek aan concrete beoordelingselementen forfaitair worden geraamd op 20 % in het geval van een gezin zonder kinderlast. De appellanten voeren geen concrete gegevens aan die toelaten om dit percentage in de zaak te verhogen.

Het hof bevestigt het bestreden vonnis bijgevolg eveneens voor wat betreft de vaststelling van het schadebedrag. De eerste rechter heeft de interest op dit bedrag correct berekend vanaf 23 februari 2018. De partijen hebben daarover geen betwisting gevoerd.

...

## **OM DEZE REDENEN**

### **HET HOF,**

Rechtsprekend na tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep en het incidenteel hoger beroep ontvankelijk, maar ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis.

...