

zaaknummer / rekestnummer: C/01/348466 / EX RK 19-106

Beschikking ex artikel 1019w Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (deelgeschil) van 14 januari 2020

in de zaak van

[VERZOEKER], wonende te [woonplaats], verzoeker, advocaat mr. T.J.C. Bueters te Wijchen,

tegen

naamloze vennootschap VIVAT SCHADEVERZEKERINGEN N.V., gevestigd en kantoorhoudende te Amstelveen, verweerster, advocaat mr. H. van Katwijk te Ermelo.

1. De procedure

1.1. Het verloop van de procedure blijkt uit: - het verzoekschrift met producties, ingekomen ter griffie op 10 juli 2019 - het verweerschrift met producties, ingekomen ter griffie op 19 november 2019 - de mondelinge behandeling gehouden op 26 november 2019.

1.2. Tot slot is uitspraak bepaald.

2. De feiten

2.1. Op 26 juli 2007 is [VERZOEKER] als automobilist betrokken geweest bij een aanrijding in Teefelen. [VERZOEKER] heeft vaart verminderd om af te slaan en is toen door een vrachtauto met een snelheid van 85 km per uur van achteren aangereden. De auto van [VERZOEKER] is enkele malen rondgedraaid en vervolgens in een greppel beland. De auto was total loss.

2.2. De WAM-verzekeraar van de vrachtwagenbestuurder was AXA, de rechtsvoorganger van Vivat. Bij brief van 2 oktober 2007 heeft AXA de aansprakelijkheid voor de gevolgen van de aanrijding erkend.

2.3 Na de aanrijding is [VERZOEKER], werkzaam als teamleider / voorman in een spuiterij, enige tijd arbeidsongeschikt geweest. [VERZOEKER] heeft zijn werkzaamheden in februari 2008 fulltime hervat, maar is in januari 2009 uitgevallen.

2.4. Sinds januari 2009 wordt [VERZOEKER] voor 80-100% arbeidsongeschikt beschouwd.

2.5. Vanaf 5 januari 2011 ontvangt [VERZOEKER] een WIA-uitkering. Per 16 mei 2014 heeft een herbeoordeling plaatsgevonden. Het U-WV heeft een urenbeperking voor 20 uur per week aangenomen.

2.6. Per 1 juli 2011 is het dienstverband van [VERZOEKER] beëindigd.

2.7. In het kader van de WMO heeft [VERZOEKER] een indicatie voor huishoudelijke hulp en een elektrische fiets gekregen. In 2014 heeft een herbeoordeling plaatsgevonden. De indicatie huishoudelijke hulp is niet gewijzigd.

2.8. [VERZOEKER] wenst de als gevolg van het ongeval door hem geleden en nog te lijden materiële en immateriële schade op Vivat te verhalen.

2.9. Tussen partijen bestaat geen overeenstemming over de aard en omvang van de door [VERZOEKER] gestelde beperkingen.

2.10. Partijen hebben een mediator ingeschakeld om concrete afspraken te maken over het vaststellen van de beperkingen van [VERZOEKER].

2.11. Tijdens de mediation is afgesproken dat de beperkingen aan de hand van gezamenlijke deskundigenonderzoeken door een neuroloog, neuropsycholoog en orthopedisch chirurg door verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS I] in kaart zouden worden gebracht.

2.12. Op 11 december 2017 heeft [VERZEKERINGSARTS I] zijn definitieve rapport uitgebracht. [VERZEKERINGSARTS I] concludeert in zijn rapport dat er sprake is van beperkingen ten aanzien van dagelijks hoog frequent zwaar en langdurig hoog frequent tillen en dragen, maar dat niet duidelijk is waar deze beperkingen door worden veroorzaakt. Ook concludeert [VERZEKERINGSARTS I] dat er vanuit

verzekeringsgeneeskundig perspectief geen aanwijzingen zijn op basis waarvan een urenbeperking dient te worden opgelegd.

2.13. Vivat heeft aan [VERZOEKER] laten weten dat zij het rapport van [VERZEKERINGSARTS I] als uitgangspunt wil nemen bij de verdere afhandeling van de schade.

2.14. [VERZOEKER] heeft eenzijdig opdracht gegeven voor het uitbrengen van een deskundigenrapport door revalidatiearts [REVALIDATIEARTS]. Ook heeft [VERZOEKER] verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS II] gevraagd een second opinion uit te voeren.

3. Het deelgeschil

3.1. [VERZOEKER] verzoekt, voor zover mogelijk uitvoerbaar bij voorraad, voor recht te verklaren:

- I dat tegen het rapport van verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS I] zwaarwegende en steekhoudende bezwaren zijn gemaakt, als gevolg waarvan dit rapport niet als uitgangspunt kan voor verdere schadeafwikkeling,
- II. dat voor de verdere schadeafwikkeling de rapporten van [REVALIDATIEARTS] en [VERZEKERINGSARTS II] als uitgangspunt genomen kunnen worden,
- III. subsidiair dat als de rapporten van revalidatiearts [REVALIDATIEARTS] en verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS II] niet als uitgangspunt kunnen worden genomen - op kosten van verweerder een derde verzekeringsarts moet worden aangesteld,
- IV. Vivat te veroordelen in de kosten van het geding, en de kosten van de advocaat van [VERZOEKER] te begroten op € 8.689,62 te vermeerderen met griffierecht en Vivat te veroordelen deze kosten binnen twee weken te voldoen.

4. De beoordeling

4.1. De deelgeschilprocedure biedt betrokkenen bij een geschil over letsel- of overlijdensschade in de buitengerechtelijke onderhandelingsfase een eenvoudige en snelle toegang tot de rechter om het tot stand komen van een minnelijke regeling te bevorderen. Gelet op dit doel moet worden beoordeeld of de verzochte beslissing kan bijdragen aan de totstandkoming van een vaststellingsovereenkomst dan wel, indien dat niet het geval is, het verzoek moet worden afgewezen (artikel 1019z Rv).

In dit geval twisten partijen — kort gezegd — over de vraag of het rapport van verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS I] als uitgangspunt kan dienen bij de schadeafwikkeling, of dat een derde verzekeringsarts als deskundige aangesteld dient te worden. Met een oordeel hierover kán de thans ontstane impasse tussen partijen worden doorbroken en kunnen de onderhandelingen in principe worden voortgezet.

Kader

4.2. [VERZOEKER] wil met dit deelgeschil bereiken dat het rapport van [VERZEKERINGSARTS I] niet als uitgangspunt wordt genomen voor de afwikkeling van de schade. Aan de benoeming van [VERZEKERINGSARTS I] is een heel traject voorafgegaan. In gezamenlijk overleg tussen partijen zijn er eerst rapporten uitgebracht door neuroloog Bernsen op 19 augustus 2011 en 15 maart 2012 (bijlagen 4 en 5 verzoekschrift), neuropsycholoog Van der Scheer op 23 januari 2012 (bijlage 6 verzoekschrift) en orthopedisch chirurg Heeg op 8 december 2015 (bijlage 14 verzoekschrift). Vervolgens hebben partijen gezamenlijk opdracht gegeven aan verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS I], die zijn definitieve rapport op 11 december 2017 heeft uitgebracht (bijlage 16 verzoekschrift). Partijen zijn het destijds eens geworden over de inschakeling van [VERZEKERINGSARTS I] en over de aan hem voor te leggen vragen.

4.3. Indien partijen in het kader van een onderzoek naar de schadeafwikkeling in verband met de aansprakelijkheid van één van hen, overeenkomen om gezamenlijk een medisch deskundige aan te zoeken die gezamenlijk geformuleerde vragen dient te

beantwoorden, verbinden zij zich daarmee om de rapportage van die ingeschakelde deskundige in beginsel als uitgangspunt voor de verdere afwikkeling te nemen. Niet valt in te zien dat een onderzoek dat onder die omstandigheden tot stand is gekomen, niet op één lijn kan worden gesteld met een door de rechter opgedragen deskundigenbericht. Een partij kan naar vaste jurisprudentie slechts dan niet worden gehouden aan de uitkomsten van een op deze wijze tot stand gekomen rapport indien sprake is van zwaarwegende argumenten ten aanzien van de wijze waarop de deskundige zijn werkzaamheden heeft verricht of de inhoud van het rapport niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen van onpartijdigheid, consistentie, inzichtelijkheid en logica. Van de partij die een deskundigenrapport bekritiseert, mag verlangd worden dat hij zijn stellingen deugdelijk onderbouwt, bijvoorbeeld door een rapport van een andere deskundige in het geding te brengen, waarin de conclusies van de deskundige op overtuigende wijze worden weersproken.

4.4. De rechtbank is van oordeel dat [VERZOEKER] zijn bezwaren onvoldoende heeft onderbouwd en neemt daarbij het volgende in overweging.

Rapport Van de Scheer

4.5. Volgens [VERZOEKER] stelt [VERZEKERINGSARTS I] in zijn rapport onder andere dat het rapport van neuropsycholoog Van der Scheer buiten beschouwing gelaten dient te worden, omdat op basis van eigen onderzoek en overwegingen van [VERZEKERINGSARTS I] de gestelde cognitieve klachten niet zouden kunnen worden gehonoreerd. Daarmee treedt [VERZEKERINGSARTS I] buiten zijn vakgebied, aldus [VERZOEKER].

4.6. De rechtbank overweegt dat [VERZEKERINGSARTS I] onder meer is verzocht de volgende vraag te beantwoorden:

2. Wilt u op grond van uw anamnese, uw onderzoeksbevindingen en de overige beschikbare gegevens zo uitgebreid mogelijk gemotiveerd aangeven:

(..)

c. Wilt u deze eventuele beperkingen zo nauwkeurig mogelijk omschrijven en in een FML weergeven waarbij u de expertiserapporten van neuroloog Bernsen, orthopedisch chirurg Heeg alsmede neuropsycholoog Van der Scheer als uitgangspunt gebruikt? Het gaat hier dus specifiek om beperkingen ten gevolge van het ongeval op 26-07-2007."

[VERZEKERINGSARTS I] diende de eerdere rapporten dus als uitgangspunt te gebruiken. In het rapport van Van de Scheer staat onder "eindconclusie" onder meer vermeld: "Het onderzoek levert evidentie voor een pijngemedieerde, licht verminderde cognitieve belastbaarheid die met name de snelheid van informatieverwerking betreft. Aanwijzingen dat we te maken hebben met een primair verminderde cognitieve belastbaarheid, welke mogelijk toegeschreven kan worden aan structurele schade aan het brein, biedt het onderzoek niet." Het was de taak van [VERZEKERINGSARTS I] om, op basis van de beschikbare expertiserapporten en eigen onderzoek, de beperkingen van [VERZOEKER] te omschrijven en weer te geven. [VERZEKERINGSARTS I] heeft het rapport van Van de Scheer in zijn onderzoek betrokken. Dit blijkt uit de samenvatting van het rapport van Van de Scheer onder "deskundigenberichten" op pagina 10 van het rapport van [VERZEKERINGSARTS I]. Ook wordt het rapport van Van de Scheer genoemd op pagina 19 van het rapport van [VERZEKERINGSARTS I] onder "beschouwing". Vervolgens vermeldt [VERZEKERINGSARTS I] op pagina 20 onder "overwegingen van de onderzoeker ten aanzien van de beperkingen":

"Alle beschikbare informatie en de eigen bevindingen overziend, zijn (wisselende) beperkingen ten aanzien van tempo van

werken en reageren de enige beperkingen die door de ingeschakelde deskundigen werden vastgesteld.

Deze in 2012 door Van der Scheer vastgestelde beperkingen kan ik op basis van eigen onderzoek en overwegingen niet honoreren. Deze veronderstelde beperking kan ik namelijk niet rijmen met het gegeven dat betrokkene drumt en in een koor drumt, waarbij adequate en snelle prikkelverwerking in het brein alsmede tempo en ritme (en het vasthouden daarvan) belangrijke factoren zijn om dat naar behoren te doen.

Daarbij komt dat een van de twee door Van der Scheer genoemde oorzaken van de vastgestelde (wisselende) afwijkingen in tempo van werken en reageren (dat is: zijn perfectionisme) reeds voor het ongeval van 2007 bestond en op zichzelf vanuit medisch oogpunt geen relatie met het ongeval sec heeft. Het bestaan van de andere oorzaak (dat is: de door betrokkene destijds ervaren pijn) acht ik nu niet meer aannemelijk. Het bestaan van pijn op dit moment acht ik niet aannemelijk gezien het enkele feit dat betrokkene drumt, wat een ZVI; belasting voor de spieren is. Het bestaan van een beperking ten aanzien van zwaar en langdurig, hoog frequent tillen en dragen acht ik wel aannemelijk (...),

De rechtbank leidt hieruit af dat [VERZEKERINGSARTS I] het rapport van Van de Scheer wel degelijk als uitgangspunt heeft genomen, zoals hem ook was opgedragen. [VERZEKERINGSARTS I] is echter op basis van eigen onderzoek en bevindingen tot een andere conclusie gekomen wat betreft de beperkingen van [VERZOEKER]. Het is naar het oordeel van de rechtbank dus niet zo dat [VERZEKERINGSARTS I], zoals [VERZOEKER] stelt, het rapport van Van de Scheer buiten beschouwing heeft gelaten, of buiten zijn eigen vakgebied is getreden.

Totstandkoming rapport

4.7. [VERZOEKER] heeft ook bezwaren tegen het rapport van [VERZEKERINGSARTS I] omdat de correcties uit zijn brief van 7 november 2017 door [VERZEKERINGSARTS I] niet in zijn rapport zijn verwerkt. De rechtbank gaat er vanuit dat [VERZOEKER] hiermee doelt de "correcties/opmerkingen" die als productie 2 bij het rapport (bijlage 16 verzoekschrift) zijn overgelegd. [VERZEKERINGSARTS I] heeft hierop gereageerd op 5 oktober 2017 met zijn "reactie op opmerkingen in fase inzage- en blokkeringsrecht". Dit stuk is ook overgelegd bij productie 2. De rechtbank merkt op dat in de blokkeringsfase wel feitelijke correcties kunnen worden aangebracht, maar er is in die fase geen ruimte om commentaar te leveren, nieuwe informatie te geven of eerdere informatie te veranderen. Uit de reactie van [VERZEKERINGSARTS I] op de opmerkingen van [VERZOEKER] onder 11, 13, 17, 18, 19 en 20 blijkt dat [VERZOEKER] (onder andere) correcties heeft voorgesteld of informatie heeft gegeven die tijdens het spreekuuronderzoek niet is besproken. Deze correcties konden door [VERZEKERINGSARTS I] niet worden meegenomen in het rapport. Naar het oordeel van de rechtbank is niet gebleken dat [VERZEKERINGSARTS I] niet de juiste uitgangspunten of feitelijke gegevens aan zijn rapport ten grondslag heeft gelegd. Zoals hiervoor al is aangegeven, heeft [VERZEKERINGSARTS I] gereageerd op de door [VERZOEKER] voorgestelde correcties en zijn deze, voor zover mogelijk, in het definitieve rapport verwerkt.

Inhoud rapport: drummen

4.8. Een ander kritiekpunt van [VERZOEKER] op het rapport is dat [VERZEKERINGSARTS I] stelt dat er geen pijn bij [VERZOEKER] aanwezig kan zijn, omdat [VERZOEKER] regelmatig drumt. In het verzoekschrift omschrijft [VERZOEKER] het standpunt van [VERZEKERINGSARTS I] als volgt: "dat er geen noemenswaardige beperkingen zijn omdat de heer [VERZOEKER] in staat zou zijn om te drummen in een koor." Uit de reactie van [VERZEKERINGSARTS I] (onder 6, pagina 6 van zijn reactie op opmerkingen en

verzoeken in het kader van hoor en wederhoor) blijkt dat hij nergens in het concept deskundigenbericht leest dat gesteld wordt dat [VERZOEKER] geen pijn meer kan hebben, omdat hij drumt. Het gaat naar het oordeel van de rechtbank om het verband dat vervolgens door [VERZEKERINGSARTS I] wordt gelegd met het vermogen om adequaat en snel te reageren en tempo en ritme vast te houden. Dit leidt vervolgens tot de conclusie van [VERZEKERINGSARTS I] dat er geen reden is om beperkingen ten aanzien van het tempo van werken en reageren aan te nemen. Naar het oordeel van de rechtbank voldoet het rapport op dit punt aan de hiervoor genoemde eisen.

Inhoud rapport: overig

4.9. Onder randnummer 41 van het verzoekschrift heeft [VERZOEKER] nog de volgende bezwaren tegen het rapport naar voren gebracht:

- medische informatie van Zintens en het rapport van de functionele capaciteit evaluatie is maar gedeeltelijk en onvolledig meegewogen
- tijdens het gesprek zijn een aantal onderwerpen besproken, maar dit wordt later ontkend
- de cognitieve klachten na het uitvoeren van testen zijn door [VERZOEKER] en zijn zwager waargenomen, maar niet door [VERZEKERINGSARTS I].

4.10. Wat betreft de medische informatie heeft [VERZEKERINGSARTS I] gereageerd in zijn brief van 11 december 2017. Het is [VERZEKERINGSARTS I] niet duidelijk geworden wat er ontbreekt. Daarbij is van belang dat deskundigen in de regel niet volledige rapportages overnemen in hun deskundigenbericht, maar daaruit selecteren wat relevant is voor het beantwoorden van de voorgelegde vraag. [VERZOEKER] heeft in reactie op het conceptrapport al naar voren gebracht dat er meer zou zijn besproken dan uit het rapport blijkt. [VERZEKERINGSARTS I] heeft dit in zijn reactie al ontkend. De rechtbank verwijst in dit verband naar r.o. 4.7.

Ook ten aanzien van de cognitieve klachten geldt dat uit de reactie van [VERZEKERINGSARTS I] van 5 oktober 2017 (op opmerking 21) blijkt dat de informatie van [VERZOEKER] niet in overeenstemming is met wat door [VERZEKERINGSARTS I] tijdens het spreekuuronderzoek is waargenomen. Naar het oordeel van de rechtbank kunnen ook deze bezwaren niet leiden tot het door [VERZOEKER] gewenste gevolg.

Tegenrapporten [REVALIDATIEARTS] en [VERZEKERINGSARTS II]

4.11. Ten slotte probeert [VERZOEKER] de onjuistheid van het rapport, althans de conclusies, van [VERZEKERINGSARTS I] te onderbouwen met de rapporten van [REVALIDATIEARTS] (bijlage 23 bij verzoekschrift) en [VERZEKERINGSARTS II] (bijlage 24 bij verzoekschrift). Deze rapporten zijn tot stand gekomen in opdracht van [VERZOEKER]. Vivat was hierbij niet betrokken. [REVALIDATIEARTS] is revalidatie-arts en specialist in het chronisch pijnsyndroom. [REVALIDATIEARTS] komt tot de conclusie dat aan vrijwel alle criteria voor het chronisch pijnsyndroom is voldaan en dat [VERZOEKER], ondanks behandelingen, nog steeds op een veel lager niveau functioneert dan voor het ongeval. [REVALIDATIEARTS] stelt dat sprake is van een ernstig pijn-gerelateerde beperking te weten 2% beperking van de gehele persoon. Volgens verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS II] passen de klachten van [VERZOEKER] in het chronisch ziektebeeld commotio/postwhiplashsyndroom. Door andere deskundigen is aangegeven dat de klachten van [VERZOEKER] (continu aanwezige hoofd/nekpijn, vermoeidheid, tekort aan energie, snel vergeetachtig, meer afgeleid en een verhoogde prikkelgevoeligheid voor licht, geluid et cetera) een rechtstreeks gevolg zijn van het ongeval. [VERZEKERINGSARTS II] deelt deze conclusie. Ook deelt [VERZEKERINGSARTS II] de beoordeling van [REVALIDATIEARTS] dat de klachten reeel zijn, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven.

4.12. De rechtbank merkt op dat [REVALIDATIEARTS] onder vraag G: Beperkingen (pagina 28 van het rapport) verwijst naar pagina 3. Dit lijkt een verklaring van [VERZOEKER] zelf over zijn huidige klachten en beperkingen. Ook [REVALIDATIEARTS] vermeldt (op pagina 27) dat [VERZOEKER] in staat is te drummen, maar op een veel lager niveau en minder intensief. [REVALIDATIEARTS] stelt niet dat de redenering van

[VERZEKERINGSARTS I] onzin is. Dit laatste blijkt ook niet uit het rapport van [VERZEKERINGSARTS II]. Onder "7. Overweging" wordt op pagina's 16 en 17 door [VERZEKERINGSARTS II] als volgt ingegaan op de bevindingen van [VERZEKERINGSARTS I]:

"Door hen allen wordt aangegeven dat de klachten een rechtstreeks gevolg zijn van het ongeval, en op basis van mijn eigen onderzoek en de voorliggende documenten deel ik die conclusie. Mn. revalidatiearts [REVALIDATIEARTS] heeft uitgebreid beschreven dat de klachten sinds het ongeval op een consistente wijze aanwezig zijn, en geheel assen bij de gestelde diagnoses. Hij geeft verder aan, dat de klachten reëel zijn, niet ingebeeld, niet voorgewend en niet overdreven (geen aggraviatie). Ik deel deze beoordeling. Ook neuroloog Bernsen en revalidatiearts Beeker lijken deze beoordeling te delen. Zij geven echter duidelijk aan dat dit vooral een gevolg is van factoren, zoals een grote lijdensdruk en mogelijk ook verwerkings- en acceptatieproblematiek Verzekeringsarts [VERZEKERINGSARTS I] borduurt hierop door, en lijkt uit te gaan van een aggraviatie, in tegenstelling tot Beeker en [REVALIDATIEARTS] Het meest doorslaggevende argument van [VERZEKERINGSARTS I] daarvoor is het feit dat hij nog drumt, en dat dit gepaard gaat met lichamelijke inspanning en een rumoerige omgeving. Door Beeker en [REVALIDATIEARTS] wordt beargumenteerd, dat hij dit wel op een veel lager niveau en op basis van een ingesleten patroon doet."

De rechtbank leidt hier uit af dat de deskundigen, zowel gezamenlijk deskundige [VERZEKERINGSARTS I] als de door [VERZOEKER] naar voren gebrachte deskundigen, van dezelfde gegevens zijn uitgegaan, maar op grond daarvan tot een andere conclusie zijn gekomen. Dit is echter geen reden om het rapport van de gezamenlijke deskundige aan de kant te schuiven.

Tot slot

4.13. De rechtbank overweegt dat de oorspronkelijke beschrijving van de pijn van [VERZOEKER] door [VERZEKERINGSARTS I] ongelukkig is geweest. Het is goed voorstelbaar dat dit er bij [VERZOEKER] toe heeft geleid dat hij zich niet gehoord of onbegrepen voelde. [VERZOEKER] heeft dit ook kenbaar gemaakt. Vervolgens heeft [VERZEKERINGSARTS I] zijn overweging in zijn reactie van 11 december 2017 uitgelegd. Daarbij is ook uitgelegd dat er een vertaalslag is gemaakt van klachten naar belastbaarheid. De pijn van [VERZOEKER] is volgens [VERZEKERINGSARTS I] gerelateerd aan kracht zetten en door [VERZOEKER] daarvoor te beperken zal pijn niet meer de beperkende factor hoeven te zijn. Het vast stellen van de beperkingen van [VERZOEKER] was, gezien de gezamenlijke opdracht zoals omschreven in r.o. 4.6., ook de taak van [VERZEKERINGSARTS I].

Conclusie

4.14. De rechtbank concludeert dat de verzoeken van [VERZOEKER] moeten worden afgewezen.

Kosten

4.15. De kosten die [VERZOEKER] in verband met de behandeling van het geschil heeft moeten maken dienen, ondanks de afwijzing van de verzoeken, in beginsel op de voet van artikel 1019aa Rv te worden begroot. Daarbij wordt de zogenaamde dubbele redelijkheidstoets gehanteerd: het dient redelijk te zijn dat deze kosten zijn gemaakt en de hoogte van de kosten dient eveneens redelijk te zijn. De rechtbank acht het uurtarief van € 250,00 redelijk voor een gespecialiseerd advocaat. Het totale aantal uren (27,06) is echter niet verdedigbaar. Uit het verzoekschrift en het overgelegde urenoverzicht (bijlage 27) blijkt dat daarbij ook rekening is gehouden met voor en nawerk. De rechtbank stelt de uren daarom bij naar in totaal 20 uren. Ten slotte wordt rekening

gehouden met 6% kantoorkosten en 21% btw. De rechtbank begroot de kosten van dit deelgeschil dan ook op een bedrag van € 6.413,00. De veroordeling in de kosten blijft achterwege omdat alle verzoeken worden afgewezen.

5. De beslissing

De rechtbank

5.1. wijst de verzoeken af,

5.2. begroot de kosten van dit deelgeschil aan de zijde van [VERZOEKER] op € 6.413,00.

Deze beschikking is gegeven door mr. E.J.C. Adang en in het openbaar uitgesproken op 14 januari 2020.