

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A vertegenwoordigd door G beiden te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, behandeling Lyme-borreliose in Borreliose
Centrum Augsburg (Duitsland)
Zaaknummer : 2011.01385
Zittingsdatum : 22 februari 2012

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G beiden te B

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaan 750 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de onderzoeken naar, en de behandeling van Lyme-borreliose in het Borreliose Centrum Augsburg te Duitsland (hierna: BCA) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 17 september 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 januari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 februari 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 3 januari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012001524) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de diagnostiek en de conclusie zoals toegepast door het BCA niet voldoet aan de geldende eisen (CBO richtlijn). Een positieve ELISA zonder een bevestiging met een Western Blot is onvoldoende. Hiermee ontbreekt een indicatie voor de voorgeschreven medicamenteuze behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 1 februari 2012 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 22 februari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 29 februari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts in het BCA heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *Ziekte van Lyme, chronische vorm, chlamydia, besmetting met anaplasma bacterie, besmetting met Mykoplasma bacterie, lever haemangioom, vermoedelijk een steen in de rechternier (...)* Gezien het medische rapport, de klinische symptomen en de laboratoriumresultaten hebben wij de patiënt gediagnosticeerd als lijdend aan de ziekte van Lyme, met de volgende co-infecties: *chlamydia, anaplasma infectie en mykoplasma infectie (...)*”, en heeft haar “*langdurige antibiotica kuur*” voorgeschreven.
- 4.2. Op 6 december 2010 heeft verzoekster haar eerste afspraak gehad in het BCA. Van 31 januari 2011 tot 11 februari 2011 heeft de interne behandeling plaatsgevonden in het BCA.
- 4.3. Verzoekster had in de voorafgaande twee jaar klachten van vermoeidheid, gewrichtspijnen, spierpijnen en chronische verkoudheid. In 2007 is zij door een teek gebeten. Daar zij geen rode kring kreeg en de kennis toen beperkter was, is geen verdere

aandacht besteed aan de tekenbeet. Naar aanleiding van de aanhoudende klachten heeft verzoekster zich later, in samenspraak met de huisarts, tot het BCA gewend. Medio oktober 2010 heeft zij hieromtrent telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Er is toen geen actie ondernomen door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft de ELISA en Western Blot testen ondergaan in het BCA. Hieruit bleek dat zij chronische Lyme-borreliose heeft, tezamen met drie co-infecties. Het BCA is gespecialiseerd in deze ziekte en heeft een behandeling voorgeschreven van acht weken, waarvan twee weken intern. Verzoekster stelt dat zij na de eerste afspraak wederom telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd haar medegedeeld dat de aanvraag voor vergoeding van de behandeling schriftelijk moest worden ingediend. Zodoende heeft zij op 11 januari 2011 een schriftelijke aanvraag gedaan. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft zich in dit verband op het standpunt gesteld dat geen sprake is geweest van Lyme-borreliose, waarna de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen. Verzoekster is in het BCA opgenomen geweest, en heeft daar ook medicatie toegediend gekregen. Na een nieuwe test bleek dat de behandeling heeft geholpen.

- 4.4. Verzoekster concludeert dat wel degelijk sprake is geweest van Lyme-borreliose, en dat de behandeling dit heeft verholpen. De verklaringen van de arts van het BCA ondersteunen haar standpunt. Het bevreedt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar zich zo stug opstelt in deze kwestie. De behandeling was haar enige mogelijkheid tot goede genezing. De kosten die zijn gemoeid met de onderzoeken en de behandeling in het BCA dienen daarom volledig te worden vergoed.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in Nederland twee testen mogelijk zijn, namelijk de ELISA Spot en de Western Blot. De ELISA Spot is slechts in 30 tot 60 percent van de gevallen nauwkeurig. Aanvullend kan een Western Blot worden uitgevoerd. Deze test is echter ook niet erg nauwkeurig, zeker niet bij gebruik van antibiotica. De Amerikaanse test Eli Spot is wel nauwkeurig. De ziektekostenverzekeraar refereert aan de ELISA Spot, terwijl de Eli Spot is uitgevoerd. Voorts stelt verzoekster dat bij haar sprake is van reumatische artritis, hetgeen verband houdt met de ziekte van Lyme. Tot slot brengt verzoekster in dat slechts in 50 percent van de gevallen van de ziekte van Lyme een rode kring aanwezig is.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de kosten van het onderzoek en de behandeling in het BCA niet voor vergoeding in aanmerking komen. Medisch-specialistische behandelingen kunnen alleen worden vergoed indien verzekerde hierop naar inhoud en omvang is aangewezen. Daarbij wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Er dient voldoende bewijs te zijn dat de behandeling ook op de lange termijn veilig en doelmatig is. Tevens moet er een medische indicatie voor de ingreep bestaan.
- 5.2. Met een beroep op de meest recente richtlijn "Lyme-borreliose" van het Centraal Begeleidingsorgaan (hierna: CBO-richtlijn) voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de kans dat patiënten met specifieke klachten Lyme-borreliose hebben laag is. Specifieke klachten, zonder onder andere de aanwezigheid van erythema migrans (rode

kring), zijn geen indicatie voor onderzoek naar antistoffen tegen *Borrelia burgdorferi*, ook niet bij een tekenbeet in de anamnese. Hieruit volgt dat het niet doelmatig is verder laboratoriumonderzoek te doen naar de ziekte van Lyme bij specifieke klachten. Voorts blijkt uit de laboratoriumuitslagen dat de positieve ELISA (test) bij verzoekster niet werd bevestigd met een positieve Western Blot. Volgens de CBO-richtlijn zou de diagnose Lyme-borreliose daarmee uitgesloten zijn.

- 5.3. Tot slot is onduidelijk hoe het BCA chronische Lyme-borreliose heeft vastgesteld. Bij dit stadium (fase 3) is sprake van specifieke problematiek, en uit de beschikbare gegevens is niet gebleken dat hiervan sprake is bij verzoekster. Er zijn geen wetenschappelijke publicaties bekend die aanleiding geven af te wijken van de CBO-richtlijn. De onderzoeken en de behandeling bij het BCA komen niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien niet is gebleken van een medische indicatie waarbij verzoekster redelijkerwijs was aangewezen op die zorg.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat is uitgegaan van een recente CBO-richtlijn. Hetgeen door verzoekster is gesteld brengt hierin geen verandering. De ziektekostenverzekeraar kan niet beoordelen of er een causaal verband is tussen de ziekte van Lyme en reumatische artritis. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het al dan niet aanwezig zijn van een rode kring is meegenomen in de beoordeling. Dit is echter niet de enige afwijzingsgrond. Er wordt met alle informatie rekening gehouden. Het gaat dan wel om informatie die bekend is op het moment van de aanvraag. Dat een behandeling achteraf gezien zinvol blijkt te zijn, wil niet zeggen dat vergoeding dient plaats te vinden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. In artikel 14.2 van de zorgverzekering (2010), artikel 9.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) en artikel A.25.2 van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering (2011) is bepaald dat geschillen kunnen worden voorgelegd aan de commissie.
De commissie is derhalve bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 42 (2010) en B.2 tot en met B.29 (2011) van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de zorgverzekering (2010) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“20.2. Medisch-specialistische zorg zonder opname

20.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten plegen te bieden.

(...)”

Artikel B.4 van de zorgverzekering (2011) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“B.4.1.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;

b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);

c. verblijf, verpleging en verzorging;

d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)”

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;

b. verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)”

- 8.3. De artikelen 20 en B.4 van de zorgverzekering (2010-2011) zijn volgens artikel 2 (2010) en A.2 (2011) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 20 van Vo 883/2004 (hierna: Verordening) luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lid-staat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien door verzoekster geen voorafgaande toestemming is gevraagd voor de onderzoeken en de behandeling in het BCA – de aanvraag dateert van 11 januari 2011 terwijl de eerste afspraak op 6 december 2010 plaatsvond –, blijft toetsing aan het Werkingsverdrag en Vo 883/2004 achterwege, en beperkt de beoordeling door de commissie zich tot de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, dient allereerst de vraag te worden beantwoord of de behandeling van Lyme-borreliose door het BCA voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. De vraag is of de onderzoeken en de behandeling in het BCA voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke data-

bases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.5. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot onderzoek en behandeling in het BCA is door het CVZ in zijn advies van 31 januari 2012 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de diagnostiek en de conclusie zoals toegepast door het BCA niet voldoet aan de geldende eisen (CBO richtlijn).

- 9.7. Een positieve ELISA zonder een bevestiging met een Western Blot is onvoldoende. Hiermee ontbreekt een indicatie voor de voorgeschreven medicamenteuze behandeling. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Verzoekerster heeft geen aanspraak op vergoeding van de onderzoeken en de behandeling bij het BCA.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2012,

Voorzitter