



# ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, opname, revalidatie  
Zaaknummer : 201400595  
Zittingsdatum : 1 oktober 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo nr. 883/2004)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,  
tegen

- 1) E te G, en
  - 2) F te G,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Optimaal (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal en Tandarts Uitgebreid afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van revalidatie, ondergaan te Overpelt, België (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 24 februari 2014 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 2 juni 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juni 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 juni 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 5 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014071829) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie had voor opname in een revalidatie-instelling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 3 oktober 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 november 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.10. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld alsnog tot een vergelijk te komen. Hierin zijn zij echter niet geslaagd, waarop zij de commissie hebben verzocht een bindend advies uit te brengen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend neuroloog heeft op 16 april 2012 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Initieel heeft zij een revalidatieperiode in ons centrum doorgemaakt waar ze toch wat bijkomende winst kon boeken op het vlak van mobiliteit en beperkte steunfunctie, echter thuis heeft ze zo goed als geen actieve oefentherapie en eigenlijk te weinig aangepaste huisvesting waardoor we opnieuw achteruitgang vaststelden en ze sinds een 2-tal weken opnieuw in ons centrum verblijft voor verdere oppuntstelling en bijkomende revalidatie. Een belangrijk punt blijft hier recidiverende blaasinfecties, voornamelijk geïnduceerd door gestoorde blaasfunctie van multiple sclerose en een noodzaak om intermitterende zelfcatheterisatie door te voeren. Niet zo zeer gezien er geen spontane mictie meer mogelijk is, doch wel gezien zij thuis geen aangepast toilet heeft en zij dus op deze manier enkel de blaas kan ledigen. Dit heeft uiteraard effecten op toename in blaasinfecties, die momenteel zorgen voor toename in spasticiteit van de onderste ledematen met erg veel krampen en spasmen, voornamelijk 's-nachts. (...)"*
- 4.2. De neuroloog heeft op 23 april 2012 het volgende verklaard: *"Ondergetekende (...) verklaart hierbij dat [verzoekster] (...) opgenomen in het Revalidatie - en MS centrum te Overpelt, zo weinig mogelijk éénmalige sondages uitvoert en spontaan toiletbezoek aanwendt. Mevrouw is al meermaals behandeld geweest voor urineweginfecties die voornamelijk door het herhaaldelijke sonderen in de thuissituatie veroorzaakt worden en zich zullen blijven herhalen indien sondages niet kunnen verminder[d] worden en spontaan toiletbezoek kan worden aangewend. In haar thuissituatie blijkt het onmogelijk om een transfer naar toilet uit te voeren daar ze te klein behuist is, die ze met hulp van derden dient uit te voeren, en waardoor ze noodgedwongen aangewezen is om zich 5 maal daags te moeten laten sonderen. Door een ernstige urineweginfectie, die voor haar opname thuis ook al aanwezig was en niet onder controle kon worden gebracht met de toen eerder ingestelde therapieën, is er dan vanaf 16 april 2012 een infuustherapie gestart waarbij een behandeling met IV medicatie diende gegeven gedurende 5 dagen. Hierdoor is ook mevrouw aangewezen geweest om het daaropvolgende weekend hier in ons centrum te verblijven daar spontaan toiletbezoek in ons centrum makkelijker kan dan thuis en bladderen van de blaas tweemaal daags aangewezen was. Nabehandeling bestaat uit nieuwe urinecontrole en daarna preventief medicamenteuze behandeling. Toekomstgericht willen we toch graag beogen dat*

*mevrouw de weekenden thuis, met de vooropgestelde behandeling, kan vervolmaken en het niet een belemmering mag betekenen daar de voorzieningen voor spontaan toiletbezoek in hun huidige situatie toch problematisch blijkt te zijn. (...)"*

- 4.3. Het geschil betreft de vergoeding van een viertal (maand)nota's ter zake van behandeling en verpleging, ten bedrage van respectievelijk € 8.205,49 (1 tot en met 30 juni 2012), € 8.808,31 (1 tot en met 31 juli 2012), € 7.694,33 (1 tot en met 31 augustus 2012) en € 7.988,35 (1 tot en met 30 september 2012). Deze opname was noodzakelijk omdat een derde partij, de gemeente, onrechtmatig jegens verzoekster heeft gehandeld. De gemeente kan als veroorzaker van de schade worden aangemerkt.
- 4.4. Eind 2009, begin 2010 werd bij verzoekster multiple sclerose vastgesteld. De prognose was dat zij zelfstandig zou kunnen blijven wonen indien haar woning zou worden aangepast, en daarin ook ruimte zou worden gemaakt voor actieve fysiotherapie. In maart 2010 werd daartoe een aanvraag in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente ingediend. De gemeente was - tegen het advies in van de GGD-arts - van mening dat verzoekster diende te verhuizen en wees de aanvraag tot woningaanpassing af. Hierover is verzoekster een procedure tegen de gemeente gestart.
- 4.5. Omdat verzoekster in de niet aangepaste woning geen mogelijkheid had tot actieve fysiotherapie, moest zij hiervoor één keer per jaar gedurende een aantal weken worden opgenomen in een revalidatie-instelling. Ook kon zij niet zelfstandig naar het toilet, hetgeen bij herhaling leidde tot blaasinfecties. In de periode van maart tot en met mei 2012 is verzoekster opgenomen geweest in de revalidatie-instelling in Overpelt. Deze behandeling is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De noodzaak voor verdere behandeling is vastgesteld door de behandelend arts. Tijdens de opname was gebleken van resistentie voor de antibiotica, en de blaasinfecties waren nog niet met succes bestreden. Verzoekster diende daarom langer in de instelling te verblijven, afgescheiden van andere patiënten. De ziektekostenverzekeraar weigert echter vergoeding voor de opname vanaf juni 2012. Ook is niet gebleken dat hij de vergoede kosten over de periode van maart tot en met mei 2012 heeft verhaald op de gemeente.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat primair - na het herhaaldelijk optreden van infecties in de weekenden thuis - sprake was van een medische noodzaak voor de opname, en van een vertraagde uitvoering van de beoogde revalidatie, waarvan de vergoeding reeds door de ziektekostenverzekeraar was toegezegd. De ziektekostenverzekeraar had daarom de in de periode van juni tot en met september 2012 gemaakte kosten moeten vergoeden en deze moeten verhalen op de gemeente, aangezien de gemeente de oorzaak ervan is dat feitelijk niet met het revalidatietraject kon worden gestart. Subsidiair is verzoekster van mening dat sprake is van een individueel geval onder zeer bijzondere omstandigheden zodat dient te worden voorbijgegaan aan een strikte toepassing van de beperking van de omvang van de verzekerde prestatie, en de zorg dient te worden verstrekt of vergoed. Verzoekster merkt verder op dat het geld dat was bestemd voor de verbouwing uit noodzaak is gebruikt voor de huur van een aanleunwoning in Overpelt omdat zij niet langer in haar eigen woning kon verblijven.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Uit de stukken blijkt dat het hier een opname betreft die noodzakelijk was, omdat voor verzoekster (nog) geen aangepaste woning beschikbaar is. Haar woning moet worden aangepast teneinde de steeds recidiverende blaasinfecties te voorkomen en ruimte te maken voor actieve fysiotherapie.
- 5.2. De aanspraak op revalidatie dient te worden beoordeeld aan de hand van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, in dit geval de artikelen 1.55, 18.12 lid 2 en 18.17. Bij verzoekster

is geen sprake van verblijf in een ziekenhuis, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, zodat op grond van artikel 18.12 lid 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering geen recht bestaat op vergoeding. Evenmin is sprake van revalidatie ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsapparaat of van een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of het gedrag. Ook om die reden bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten, ten laste van de zorgverzekering.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de revalidatie al geruime tijd vóór de door verzoekster genoemde periode vanaf juni 2012 is aangevangen en dat de hieraan verbonden kosten zijn vergoed. Achteraf moet worden geconstateerd dat het met de revalidatie behaalde doel, als gevolg van de telkens optredende blaasinfecties, niet is behaald. Doorgaan met vergoeden zou betekenen dat door de ziektekostenverzekeraar wordt betaald voor het probleem dat door de afwijzing van de gemeente is ontstaan. De eerder vergoede kosten van revalidatie zijn niet verhaald op de gemeente vanwege capaciteitsproblemen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 gehouden is 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 artikel 18 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.12 lid 2 regelt de aanspraak op vergoeding van opname in een ziekenhuis en luidt, voor zover hier van belang:

*"Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Het betreft verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 18.12 of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 18.13. (...)"*

8.4. Artikel 18.17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van revalidatie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"a. Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor revalidatie doch uitsluitend indien en voor zover:*

*- deze zorg voor de verzekerde als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in*

*het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel leidend tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag;*

*- de verzekerde met die zorg in staat is een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven diens beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is;*

*- de zorg uitgevoerd wordt door een multi-disciplinair team onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts in een revalidatie instelling die als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten.*

*b. Revalidatie kan plaatsvinden:*

*- in een klinische situatie, revalidatie gepaard gaande met meerdaagse opname, mits daarmee spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder opname;*

*- in een niet-klinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).*

*Voor de vergoeding van kosten voor de onder a en b bedoelde revalidatie is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts of medisch specialist."*

8.5. Het begrip "revalidatie" is in artikel 1.55 van de zorgverzekering als volgt gedefinieerd:

*"Onderzoek, advisering en behandeling van medischspecialistische, paramedische, gedragswetenschappelijk en revalidatietechnische aard. Deze zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch-specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie, dat als zodanig conform de bij of krachtens de wet gestelde regels is toegelaten."*

8.6. De artikelen 1.55, 18.12 lid 2 en 18.17 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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, waaronder ziekenhuisopname, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 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 lidstaat 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster van maart tot en met mei 2012 een indicatie had voor opname in een revalidatie-instelling. De betreffende kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of een indicatie bestond voor de vervolgonname te Overpelt van 1 juni tot en met 30 september 2012. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Gelet op de verklaringen van de neuroloog van 16 en 23 april 2012 werd verzoekster behandeld in verband met recidiverende blaasinfecties. Uit de verklaringen blijkt dat het de bedoeling was dat verzoekster na de revalidatie (die duurde tot en met mei 2012) in de thuissituatie zou terugkeren. De reden dat zij langer verbleef in de instelling dan wel een daarbij behorende aanleunwoning, was erin gelegen dat zij in de thuissituatie niet zelf naar het toilet kon. Dit laatste vergt een aanpassing van haar woning, die door de gemeente vooralsnog niet wordt bekostigd. In deze beslissing van de gemeente kan de commissie niet treden. Ook de vraag of de gemeente aansprakelijk is voor de ontstane schade, zal in de onderhavige procedure onbeantwoord moeten blijven. Relevant is in de eerste plaats of verzoekster op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan maken op vergoeding van de in het geding zijnde kosten.
- 9.5. De commissie stelt vast dat verzoekster geen indicatie heeft voor een ziekenhuisopname als bedoeld in artikel 18.12 lid 2 van de zorgverzekering, aangezien het niet gaat om een opname die medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Preventie van nieuwe blaasinfecties kan immers doorgaans in de thuissituatie plaatsvinden. Ook bestaat geen (verzekerings)indicatie voor klinische revalidatie als bedoeld in artikel 18.17 van de zorgverzekering. Deze behandeling is namelijk niet aangewezen om nieuwe blaasinfecties te voorkomen. Het is begrijpelijk dat verzoekster in afwachting van de aanpassing van haar woning langer in de instelling onderscheidenlijk de hierbij behorende aanleunwoning is verbleven, doch dit is een eigen keuze en de kosten van dit verblijf kunnen niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

## Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het primaire verzoek - hetwelk ziet op de vergoeding van de kosten van revalidatie te Overpelt, gemaakt tussen 1 juni en 30 september 2012 - dient te worden afgewezen.  
Gelet op het door verzoekster ingenomen standpunt rest dan nog de vraag naar de allocatie van de voordien gemaakte kosten. Het debat hierover zal tussen partijen moeten worden gevoerd en is afhankelijk van de uitkomst van de door verzoekster gestarte procedure tegen de gemeente. In afwachting van de uitkomst van die procedure houdt de commissie iedere verdere beslissing op dit onderdeel van het verzoek aan.
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat de primaire vordering dient te worden afgewezen. De commissie houdt iedere verdere beslissing aan totdat de gerechtelijke procedure tegen de gemeente tot een einde is gekomen.
- 9.9. Het is aan de meest gerede partij de commissie te zijner tijd ten spoedigste over de uitkomst van voornoemde gerechtelijke procedure te informeren, waarna de commissie een besluit ten aanzien van de verdere behandeling van de onderhavige zaak zal nemen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie houdt iedere verdere beslissing aan in afwachting van de uitkomst van de door verzoekster gestarte gerechtelijke procedure.

Zeist, 3 december 2014,

Voorzitter