

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, correctie standafwijking
bovenbeen
Zaaknummer : 2012.01687
Zittingsdatum : 5 december 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E en

2) D te E

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een correctie van de standafwijking van zijn bovenbeen, uit te voeren in Lebach (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 24 juli 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mail van 2 augustus 2012 heeft verzoeker 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 11 september 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 19 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012104702) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het corrigeren van beenlengteverschil met een implanteerbare, mechanisch geactiveerde, distractiepen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 november 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 december 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 6 december 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. Bij brief van 14 januari 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ blijft bij het advies het verzoek af te wijzen, en merkt op dat niet slechts één pen is beoordeeld. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, maar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft op 17 februari 2011 het volgende verklaard: *"[Verzoeker] (...) heeft in 1979 een beenbreuk opgelopen R femur, mediaal. Het bleek een verbrijzeling, die destijds met een intramedulaire pen [is] genezen. De klachten van patiënt nu zijn rugpijnen, pijn in de voet en knie, rechts. Periodes van heuppijn. Bij orthopedische en RÖ controle blijkt er een matige beenverkorting en een exorotatie van de voet. Pt. werd verwezen door mij naar de Maartenskliniek in Nijmegen. De beenverkorting en exorotatie kon aldaar niet behandeld worden; pt. is toen geweest op een kliniek (...) te Lebach. Pt. is daar eenmaal op consult geweest bij twee specialisten achtereenvolgend. Deze hebben via een door hen ontwikkelde techniek een mogelijkheid tot herstel aangegeven. Patiënt heeft alle foto's en verklaringen ter verduidelijking. (...)"*
- 4.2. In het operatieverslag van 2 augustus 2011 heeft de behandelend arts in Lebach onder meer het volgende opgenomen: *"De patiënt heeft de afgelopen 32 jaar het lengteverschil deels opgeheven met inlegzolen en zoolverhoging, maar niet altijd en geheel. De laatste jaren heeft de patiënt zelfs in kortdurende bewegingsacties tijdens welke hij geen schoenverhoging gedragen heeft of niet kon dragen, zoals bijvoorbeeld in het zwembad of bij het sporten, direct rugklachten gekregen. Sinds vijf jaar klaagt hij ook over toenemende pijn in het bovenste spronggewricht, in de knie en in*

de heup, alleen rechts, links waren er nooit problemen. Naar aanleiding van klinisch onderzoek en röntgenopnamen liet zich een verkorting van 16 mm constateren en een exorotatie standafwijking van 22 graden. (...) Uitgevoerde operatie: Correctie-osteotomie van het rechter bovenbeen met een binnenzaag (doorzagen van het bot van binnenuit). Stabilisering van de osteotomie met intern botverlengings- en transportsysteem, motorloos (lengte: 280 mm, doorsnede 13 mm). Perioperatieve antibioticaprofylaxe. Controle van het verloop van de operatie met beeldversterker en 7 intraoperatieve röntgenfoto's. (...)”

- 4.3. Naar aanleiding van enkele vragen van de ziektekostenverzekeraar heeft de orthopedisch chirurg, verbonden aan de St. Maartenskliniek, op 3 januari 2012 het volgende verklaard: *“(...) Mijn therapie zou zijn een subvastus benadering van het proximale femur met intertrochantere osteotomie, endorotatie en verlenging met botgraft. Aan deze operatietechniek, die als standaard momenteel nog steeds geaccepteerd is, kleven enkele bezwaren namelijk pijn ten gevolge van de plaats, disfunctie vastus lateralis vanwege losmaken van deze spier, het optreden van een non-union door osteotomie met devitalisering en infectie door relatief groot wondgebied. Al deze potentiële gevaren moeten bij een dergelijke ingreep afgewogen worden tegen de beoogde correctie. Nu was de correctie, die men wilde in dit onderhavige geval, tamelijk klein en wogen mijns inziens de potentiële risico's van een ingreep met de door mij gebruikte techniek niet op tegen deze correctie. Niettemin wil ik stellen dat patiënt wel degelijk klachten zou kunnen hebben gehad van de overigens wel kleine afwijking. Dit blijkt ook uit het feit dat patiënt, nu hij geopereerd is, volledig klachtenvrij is. (...)*”
- 4.4. Gelet op de verklaringen van de behandelend artsen bestond een medische indicatie voor de ingreep. Deze techniek wordt in Duitsland al twee decennia lang toegepast met goed resultaat, en wordt door Duitse zorgverzekeraars vergoed. De standafwijking is perfect verholpen met een minimaal invasieve techniek die uitermate geschikt is voor het opheffen van de afwijkingen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zowel door de ziektekostenverzekeraar als door het CVZ wordt ingegaan op de indicatie waarbij ofwel een lengteverschil ofwel een exorotatie aan de orde is. De situatie is anders indien beide indicaties aan de orde zijn, zoals bij verzoeker. De door het CVZ in zijn advies genoemde publicaties hebben vooral betrekking op de ISKD-pen. Bij verzoeker is een andere pen gebruikt. Het onderzoek is derhalve in dat opzicht niet geheel representatief.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Het leerboek Orthopedie (Bohn Stafleu van Loghum) beschrijft dat minstens de helft van de bevolking een verschil heeft in beenlengte tot maximaal 1,5 - 2 centimeter. Daarmee kan men stellen dat het gevonden beenlengteverschil van 16 millimeter binnen de normale variatie van de bevolking ligt. Bij een verschil in beenlengte van meer dan 2 centimeter wordt een behandeling gewenst geacht, waarbij tot een verschil van 5 centimeter kan worden volstaan met schoenaanpassingen. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is van mening dat het verschil in beenlengte van verzoeker niet van die grootte is dat een operatie-indicatie tot verlengingsosteotomie bestaat.

- 5.2. Voor de volledigheid heeft de medisch adviseur de gebruikte techniek beoordeeld. Hij merkt op dat over het gebruik van een intramedullaire distractie mergpen niet veel is gepubliceerd. Bij zoeken in PubMed komt slechts één Pools artikel naar boven. De conclusie van dit artikel is dat de eerste resultaten hoopgevend zijn, met een reductie van de risico's die zijn verbonden aan de traditionele techniek met fixateur externe. De publicatie betreft echter een selecte patiëntengroep, en er blijkt uit dat behoefte bestaat aan nader onderzoek naar met name de resultaten op de lange termijn. De medisch adviseur komt tot de conclusie dat de door de Duitse arts gebruikte techniek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er een 'gouden standaard' is voor de behandeling van een verschil in beenlengte. Als dit niet werkt, volgt daar niet automatisch uit dat een indicatie voor een operatie ontstaat. Ook kan uit het optreden van een verbetering niet worden geconcludeerd dat een indicatie heeft bestaan. Met betrekking tot de stelling dat bij verzoeker twee indicaties aan de orde zijn, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de combinatie van deze twee geen verandering brengt in de uitkomst.
- 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 A.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisopname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“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. (...)”*

- 8.4. Artikel B.2. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
 - b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*
- U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)”*

- 8.5. Artikel A.3.2. van ‘Hoofdstuk A’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij omschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 8.6. De artikelen A.3.2. van ‘Hoofdstuk A’, B.2. en B.4.1. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van ‘Hoofdstuk A’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg, waaronder opname in een ziekenhuis, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- Artikel 13 Zvw regelt de hoogte van de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

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 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. Aangezien verzoeker voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoeker hiervoor een indicatie had.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag allereerst of een minimaal invasieve correctie-osteotomie bij een lengteverschil van 16 mm en een exorotatie van 22 graden voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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 databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde menin-

gen 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.

- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 19 november 2012 verwoord. De conclusie van het advies is dat het corrigeren van een beenlengteverschil met een implanteerbare, mechanisch geactiveerde, distractiepen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.6. Dit betekent dat de toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht door de ziektekostenverzekeraar is geweigerd, en voorts dat geen aanspraak bestaat op de onderhavige zorg ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 februari 2013,

Voorzitter