



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ  
Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : EU/EER, Duitsland, medisch specialistische zorg, rugoperatie, indicatie, doelmatigheid

Zaaknummer : 201701649

Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V., en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten,  
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 grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (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 ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Wereldfit afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering ONVZ Tandfit module A is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een rugoperatie (dissectomie L5/S1 met dorsale spondylodesis, en een centrale decompressie L3/L4), uit te voeren in Münster, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 17 februari 2017 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 e-mailberichten van 17 maart 2017 en 24 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 17 januari 2018 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 29 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018022673) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet voldoende is aangetoond dat verzoekster een indicatie had voor een spondylodese op niveau L5/S1 noch voor de laminectomie en flavectomie op niveau L3/L4. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 mei 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Ter zitting is afgesproken dat verzoekster de commissie binnen drie weken een afschrift stuurt van de richtlijn waarnaar zij in deze procedure heeft verwezen. Daarnaast mag verzoekster een nadere verklaring overleggen van de behandelend arts. Verzoekster heeft voornoemde stukken op 12 oktober 2018 aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 15 oktober 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 oktober 2018 telefonisch aan de commissie medegedeeld dat de toegestuurde richtlijn dezelfde is als die hij heeft gebruikt bij zijn beoordeling. Daarom zal de ziektekostenverzekeraar hierop niet meer schriftelijk reageren. Verzoekster is hierover bij brief van 23 oktober 2018 geïnformeerd.
- 3.11. Bij brief van 23 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 6 november 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek, en licht dit advies als volgt toe: *"De brief van [de behandelend arts] d.d. 27 september 2018 bevestig[t] dat [een] interspinaal implantaat is geplaatst. Ten aanzien van interspinale implantaten heeft de rechtsvoorganger van het Zorginstituut, het College voor Zorgverzekeringen, op 30-10-2012 een standpunt uitgebracht dat de behandeling van wervelkanaalstenose met interspinale implantaten niet voldoet aan het criterium de stand van de wetenschap en praktijk. Op grond hiervan komt de behandeling van verzoekster niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering.*  
*Uit de aanvullende informatie blijkt niet dat verzoekster een indicatie had voor een spondylodese op niveau L5/S1, maar deze is dus ook niet uitgevoerd. Op grond van de oorspronkelijke informatie was tevens onvoldoende aangetoond dat er een indicatie was voor de laminectomie en flavectomie op niveau L3/L4, zoals ook is aangegeven in het voorlopig advies. De brief van [de behandelend arts] biedt hierover geen verdere verduidelijking, m.n. ten aanzien van het punt waarom een discografie is uitgevoerd op niveau L3/L4 terwijl de bevindingen van de MRI hiertoe geen aanleiding gaven. Welke klachten of diagnostische bevindingen hiertoe wel aanleiding gaven blijft onduidelijk."*  
Een afschrift van dit advies is op 8 november 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

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

- 4.1. Verzoekster had al een aantal jaren last van rugklachten. Er was sprake van een constante pijn in haar rug. Hierdoor werd haar slaap verstoord, was zij voortdurend moe en had zij geen energie. Verzoekster ondervond tintelingen en pijn in haar rechterbeen alsmede krachtverlies in het rechterbeen. Zij kon op haar rug liggend haar rechterbeen niet optillen en ook zittend was dit moeilijk. Zij moest haar rechterbeen helpen bij het verplaatsen, wat met name bij het autorijden gevaarlijk was. Daarnaast had zij bij het lopen minder controle over haar voet en kon zij deze niet goed afrollen.  
Verzoekster heeft allerlei therapieën gevolgd, zoals fysiotherapie, manuele therapie, cesartherapie, bekkenbodemtherapie, en chiropractie. In 2010 heeft zij een neurochirurg geconsulteerd, die heeft verklaard dat hij haar een injectie tegen de pijn kon geven, maar dat hij niet wist hoe lang dit zou werken. Haar is fysiotherapie geadviseerd en het versterken van rug- en buikspieren. De aanbeveling voor stepped care is derhalve (zeer uitgebreid) uitgevoerd.  
De afgelopen jaren zijn haar klachten echter alleen maar verergerd.
- 4.2. Verzoekster heeft zich gewend tot een Duitse arts. Deze arts heeft na onderzoek vastgesteld dat hij verzoekster wél van haar klachten kan afhelpen door middel van een operatie. Daarom heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming hiervoor. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende aanvraag echter afgewezen, omdat de beschikbare informatie onvoldoende was om op basis hiervan toestemming te geven. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hierop verzocht contact op te nemen met de Duitse arts, zodat hij kan uitleggen waarom hij deze behandeling aanbeveelt en zo nodig extra informatie kan verschaffen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit evenwel nagelaten en verzoekster geadviseerd een second opinion aan te vragen bij een Nederlandse kliniek die ook conservatieve programma's aanbiedt. Verzoekster heeft echter al diverse behandelingen bij verschillende therapeuten gehad, zonder dat deze hebben geleid tot het gewenste resultaat. Haar (Nederlandse) arts heeft haar verteld dat zij met de pijn moest leren leven.
- 4.3. Verzoekster heeft besloten zich te laten opereren in Duitsland. Tijdens de operatie op 30 mei 2017 is de hernia vrijgemaakt, en is een implantaat aangebracht dat haar tussenwervel moet ondersteunen. De versleten tussenwervel wordt gezien als de oorzaak van de hernia. Door het aanbrengen van het implantaat wordt voorkomen dat de hernia terugkomt en vermindert/verdwijnt de pijn die het gevolg is van de versleten tussenwervel. Na de operatie heeft verzoekster direct gemerkt dat de mobiliteit in haar rechterbeen weer normaal was en dat de uitstraling was verdwenen. Een eventuele vermindering van de rugpijn als gevolg van de versleten tussenwervel zal pas later kunnen worden geconstateerd, in verband met de genezing na de operatie.
- 4.4. De Duitse arts heeft op 10 januari 2017 verklaard dat verzoekster al langer bestaande rugklachten had met uitstraling naar met name het rechterbeen. De klachten namen toe na belasting. De klachten vonden hun oorzaak in twee veranderingen in de lage lendenwervelkolom. De arts verklaart voorts: *"Er is sprake van een Discopathie op L3/L4 met daarnaast een ernstige Discopathie op L5/S1 met een mediale Prolaps en forse Facetgewrichts artrose, welke geleid heeft tot een Recessus en Foramenstenose met compromittering van vnl. de rechter Wortel L5. En beweging onderzoek van de lendenwervelkolom onder Doorlichting laat een duidelijke fixatie stand zien van L3/L4 en L5/S1 in Flexie. Aanvullend Discografisch onderzoek is direct positief voor L5/S1 met versterking van de uitstraling naar het rechter been. De Discografie van L3/L4 laat een directe pijn verergering zien lokaal en met uitstraling naar het Sacrum. Behandelplan: Klinische opname over meerdere dagen met operatie: Discotomie L5/S1 met dorsale Spondylodesis. Centrale Decompressie L3/L4."*  
Bij brief van 17 februari 2017 heeft de Duitse arts toegelicht dat een MRI niet de enige onderzoeksmethode is. Ook de verslaglegging hiervan kan *"redelijk vaak hier en daar haperen"*. Als extra diagnostische mogelijkheid wordt door hem daarom regelmatig een provocerende discografie verricht om meer 'circumscripate duidelijkheid' te verkrijgen over het klachtenveroorzakende

bewegingssegment van de wervelkolom. Een positief bevonden provocatieve discografie ondersteunt de keuze voor een operatieve ingreep.

Het operatieverslag van 30 mei 2017 luidt als volgt:

*"Operatie indicatie:*

*Instabiele Discopathie L5/S1 met paramediane Prolaps links met wortelcomplex;*

*Discus Cyste L3/L4 links intraforaminaal met wortel compressie L3.*

*Operatieverrichting:*

*Decompressie L3/L4 links met verwijderen Discuscyste, Prolaps verwijdering L5/S1 met dorsale Spondylodesis.*

*Operatieverslag:*

*(...)*

*Patiënte in buikligging mediane incisie L3/L4.*

*Afschuiven spiermantel van de bogen L3 en L4. Deellaminectomie met Flavectomie en verwijderen intraforaminale Discus cyste links. De, gestuwde, wortel L3 loopt nu transforaminaal vrij.*

*Haemostasis en spoeling.*

*Redondrain en sluiten van de incisie in lagen.*

*Mediane incisie L5/S1. Afschuiven spiermantel van de bogen L5 en S1.*

*Flavectomie en verwijderen paramediane prolaps links.*

*De uittredende wortel L5 loopt nu transforaminaal vrij.*

*Haemostasis en spoeling . Redondrain en sluiten van de incisie in lagen. Verband.*

*Per- en post-operatief: 2X1,5 G Cefuroxim iv voor 2 dagen*

*Fraxiparin 0,4 voor 3 dagen*

*Mob.: met licht steunende L.umbaalbandage : vrij.*

*HV.: 14e dag."*

Bij e-mailbericht van 24 november 2017 heeft de behandelend arts verklaard dat een destijds wél gedicteerde alinea over de dorsale spondylodese niet op schrift was gezet. Deze alinea luidt:

*"Voorbereiden Proc.spinosi en inbrengen distractie implantaat IT 10mm."*

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn conclusie op een wat oudere MRI. Verzoekster heeft echter op 27 mei 2017, vlak vóór de operatie, nog een nieuwe MRI laten maken, die ook aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar deze niet wil beoordelen of bekijken. Bovenal vindt verzoekster het opmerkelijk dat de medisch adviseur oordeelt over haar situatie zonder dat zij door hem is gezien, zonder dat door hem een discografie is verricht, en zonder dat hij de behandelend arts heeft gesproken. In het verslag van 29 mei 2017 stelt de radioloog dat verzoekster op 27 mei 2017 is gezien voor een radiologieonderzoek. De radioloog verklaart het volgende:

**"MRI LWK**

*Sagittale (van R naar L) en transversale T2 en T1 gewogen TSE, en coronale T2 3D zonder IV gadolinium.*

*Vergelijkend met onderzoek van 12/4/2016 Geen beelden van mei 2016*

*Normale stand*

*Enige discusdehydratie L3-L4, en hier enkel wat bulging geen conflict*

*Discusdegeneratie L5-S1 met licht vernauwde werveltussenruimte Hier enkel een mediane discusprotrusie met raken van de rechter S1 wortel*

*Laaglumbaal ook wat facetdegeneratie Maar geen recessus- of foramenstenose*

*Geen opvallend radiculair conflict noch kanaalstenose*

*Geen Modic veranderingen*

*Geen verdachte afwijkingen*

**Conclusie:**

*Zie verslag*

*Status quo"*

- 4.6. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar zijn twijfel bij de eerste afwijzing van het behandelplan niet eerder aan haar kenbaar heeft gemaakt of contact heeft opgenomen met de behandelend arts voor een nadere toelichting. Dit komt haar voor als een logische stap in plaats van aan het standpunt vanuit de twijfel vast te houden. Het lijkt er dan ook op dat deze afweging eerst

op een later tijdstip is gemaakt door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster wordt hiervan nu de dupe.

- 4.7. Het is een feit dat de operatie reeds heeft plaatsgevonden. Het is ook een feit dat de indicatie en diagnose door de ziektekostenverzekeraar niet zijn vast te stellen. De MRI's zijn vóór de operatie gemaakt, dus de indicatie behoort zichtbaar te zijn op deze MRI's dan wel te blijken uit de verrichte discografie.  
Daarom lijkt een second opinion verzoekster de beste oplossing. Op dit moment is sprake van een onvolledig onderzoek waarop de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt baseert. De ziektekostenverzekeraar heeft immers geen nader onderzoek verricht, ondanks zijn twijfel, dan wel contact gezocht met verzoekster of de behandelend arts.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar is gebleken dat de MRI toch is meegenomen in de beoordeling. Dit leek eerder niet het geval te zijn. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de MRI de gouden standaard is, en daar is ook aan vastgehouden. Er is geen contact gelegd met de behandelend arts ten aanzien van de alternatieven die hiervoor bestaan. De behandelend arts heeft de wervels gecontroleerd, en is van mening dat dit conform de richtlijnen is gebeurd. Daarnaast gevraagd zegt verzoekster toe de commissie de richtlijnen te sturen waarnaar zij in dit verband verwijst.  
Verzoekster merkt op dat de MRI duidelijk maakt dat sprake was van een wortelbeïnvloeding. Er is nu onduidelijk wat er is uitgevoerd. Zij heeft contact gezocht met de behandelend arts, maar hij is nu in het buitenland en is daarom lastig te bereiken. Verzoekster zal de behandelend arts om een nadere verklaring vragen.  
Verzoekster benadrukt dat zij nergens meer last van heeft en is genezen. De behandelend arts heeft de oorzaak weggehaald, terwijl men zich in Nederland alleen richt op de pijn. Daardoor komt het probleem na een behandeling door de behandelend arts minder snel terug. Hij werkt met een laser, waardoor er minder littekenweefsel is. In Nederland wordt altijd een cage geplaatst, waardoor alles heel vast zit. Bij verzoekster is een klem aangebracht, die ervoor zorgt dat zij zich veel vrijer kan bewegen.  
Verzoekster heeft een brief van de fysiotherapeut van 24 augustus 2018 overgelegd waarin deze kanttekeningen plaatst bij de zogenoemde 'stepped care' behandeling die zou zijn aangewezen. De fysiotherapeut licht toe dat eerst de triggerpoints van de omliggende spieren zijn behandeld om de spanning weg te nemen. Daarna is het SI-gewricht met gefocuste shockwavetherapie behandeld. Deze behandelingen hebben geen blijvend resultaat. Daarom is verzoekster doorverwezen naar de chiropractor. Daarna is er ook een hardlooprogramma geprobeerd. Uiteindelijk is zij doorverwezen in verband met bekkenproblematiek. Ook dit leidde niet tot het gewenste resultaat. Vervolgens is zij bij de orthopeed terecht gekomen.  
Daarnaar door de commissie gevraagd, antwoordt verzoekster dat zij op advies van haar dansleraar bij de Duitse arts is terecht gekomen. Zij heeft de arts gesproken, en hij vertelde in de gelegenheid te zijn haar te zien. Vervolgens is zij voor een verwijzing langs de huisarts gegaan, voordat zij de Duitse arts heeft bezocht.
- 4.9. Zoals ter zitting was afgesproken, heeft verzoekster de commissie afschriften gestuurd van de Richtlijn 'Wervelkolomgerelateerde pijnklachten van de lage rug' en de nadere verklaring van de behandelend arts. De behandelend arts heeft bij e-mailbericht van 27 september 2018 het volgende verklaard: *"Ten eerste ging het om een discus hernia : 'para mediaan', dit wil zeggen, gelokaliseerd in het midden van de achterste begrenzing van de Discus.*  
*Bij de operatie bleek inderdaad de linker wortel veel meer gecompromitteerd te worden door het uittrekkende discus materiaal dan de rechter.*  
*Daarom werd bds. een decompressie verricht om beide wortels vrij te houden.*  
*Er werd inderdaad een, dynamische, dorsale stabiliserende spondylodese verricht welke interspineus, dus tussen de doorn uitsteeksels gelokaliseerd is.*  
*Er is duidelijk enige verdere uitleg nodig over de techniek hiervan en de achterliggende motivatie:*  
*- Als een tussenwervelschijf slecht van kwaliteit wordt verliest deze zijn stabiliteit.*  
*De axiale belasting kan nog goed opgevangen worden maar de rotatoire, de buig- en strekbelasting niet meer.*

*Dit betekent een overbelasting van de kleine wervelgewrichten die vooral het naar voren schuiven van de Discus moeten opvangen.*

*Het is mondiaal bekend dat pijn klachten van een beweging segment vooral gelokaliseerd zijn in de zenuw verzorging van deze kleine wervelgewrichten.*

*De zin van een stabilisatie die dorsaal wordt uitgevoerd is het verminderen van de druk op deze gewrichtjes (trouwens ook de druk op de Discus zelf) en tevens de bewegelijkheid eveneens sterk te doen verminderen maar de zenuw uitgangen wel vrij te houden.*

*Dynamisch beteken[t] dat er nog wel enige bewegelijkheid overblijft voor de Discus.*

*Deze bewegelijkheid uit zich in een nog mogelijke samendrukbaarheid van vnl. de voorzijde van de Discus.*

*Deze minimale bewegelijkheid spaart de naast gelegen Disci wat hun belasting aangaat.*

*( Bij een rigide spondylodesis is er geen enkele beweging van het beweging segment meer mogelijk hetgeen altijd leidt tot over belasting van de naast liggende beweging segmenten met aansluitende problemen op een later tijdstip)*

*Op het niveau L3/L4 werd een deel laminect[om]ie [verricht] met verwijding van de laterale recessus en partiele resectie van het mediale deel van het Facetgewricht: dit om een zeer oppervlakkige uitpuiling in de zin van een cysteuse verandering te kunnen verwijderen.*

*Daarmede de geïrriteerde uittredende linkerzenuw wortel vrij te krijgen.*

*Op grond van de geuite klachten werd aan een probleem van deze wortel gedacht.*

*Het is juist da[t] de MRI nauwelijks iets afwijkend[s] kon vast stellen, echter een discografisch onderzoek onder doorlichting bracht deze uitstulping wel in beeld inclusief de irritatie van de langslappende zenuwwortel."*

4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een rugoperatie, uit te voeren in Duitsland. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen omdat de diagnoses die zijn gesteld niet in lijn zijn met elkaar en met het klachtenpatroon dat wordt omschreven. De door de arts gestelde diagnose wordt niet bevestigd door de gemaakte MRI. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster daarom geadviseerd een second opinion aan te vragen bij een Nederlandse kliniek waar ook conservatieve programma's worden aangeboden.

De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat hem is opgevallen dat de verwijzing van de huisarts is afgegeven nadat het bezoek aan de Duitse arts had plaatsgevonden. Formeel moet een verwijzing echter altijd voorafgaand aan het consult bij een medisch specialist worden afgegeven.

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het volgende verklaard:

*"Volgens het journaal van de huisarts is op verzoek van [verzoekster] op 10 mei 2016 een MRI van de onderrug gemaakt.*

*De conclusie van de MRI is: Geen afwijkingen die haar lage rugklachten kunnen verklaren.*

*Op 12 januari 2017 verzoekt mevrouw om een verwijzing naar [de behandelend arts] uit te schrijven. Het behandelplan dat wij van [de behandelend arts] ontvingen is van twee dagen eerder, namelijk 10 januari 2017.*

*[De behandelend arts] concludeert dat er sprake is van discopathie L3/L4 en een discopathie op niveau L5/S1 met mediale prolaps (herniatie van de discus) en artrose van de facetgewrichten (niveau onduidelijk).*

*Het behandelplan discectomie en dorsale spondylodese van L5/S1 en een centrale decompressie niveau L3/L4. Zelfs als de eerdere diagnosestelling (anders dan de MRI) van [de behandelend arts] juist is, dan is de voorgestelde dorsale spondylodese vreemd. Een spondylodese wordt gedaan als er instabiliteit van de wervelkolom is, als er wervels dreigen af te glijden, bij een fractuur, een tumor of een ernstige infectie. Geen van deze indicaties is beschreven in het dossier van [verzoekster].*

*Op 27 mei 2017 is er een nieuwe MRI gemaakt bij het MRI centrum in Amsterdam. Het verslag is geschreven op 29 mei 2017 en is op 6 juni 2017 gefaxt. De operatie heeft plaats gevonden op 30 mei 2017. Is de uitkomst van de nieuwe MRI dus wel meegewogen in het operatieve behandelplan? De conclusie van de MRI is overigens wederom dat er geen radiculair conflict is."*

De medisch adviseur heeft ter zake van de discografie het volgende verklaard:

*"De richtlijn zegt daarover het volgende:*

*Het is aan te bevelen provocatieve Discografie te gebruiken om de diagnose discogene lage rugpijn aannemelijk te maken na een klinische verdenking op ernstige discogene problematiek, bevestigd door beeldvormende techniek (voorkeur MRI).*

*Aangezien er op de MRI dus geen aanwijzingen waren voor ernstige discopathie, is de indicatie om een Discografie uit te voeren op zich al dubieus. In de richtlijn is een rames communicans blokkade als behandeling van discuspijn voorliggend aan een fusie van twee segmenten.*

*De richtlijn schrijft over de fusie: Bij patiënten met discuspijn die onvoldoende of geen effect hebben van gestructureerde conservatieve therapie, kan een behandeling met fusie overwogen worden. Deze behandeling moet bij voorkeur in studieverband worden uitgevoerd.*

*Juist de gestructureerde conservatieve therapie ontbreekt volgens ONVZ nog in de stepped care benadering. Vandaar de suggestie van ONVZ om een second opinion te verkrijgen en een conservatief multidisciplinair pijnprogramma te volgen, aangezien er op de MRI's geen anatomische oorzaak van de pijnklachten gevonden kan worden. Omdat er geen goede studies beschikbaar zijn van spondylodeses bij discopathie, wordt geadviseerd door de richtlijn deze in studieverband uit te voeren. Daar lijkt hier evenmin sprake van te zijn."*

- 5.3. Geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie dient zorgvuldig te worden overwogen en moet worden besproken met de patiënt, inclusief bedenktijd. De ziektekostenverzekeraar betwijfelt of hier, gezien de korte tussenliggende periode, wel sprake van is geweest. Bovendien is geïstrumenteerde wervelkolomchirurgie alleen geïndiceerd indien:
- 1) een patiënt na een multidisciplinair pijnprogramma nog steeds klachten heeft, en
  - 2) de klinische klachten zijn bevestigd op beeldvormende diagnostiek, waarbij de gouden standaard de MRI is. Bij chirurgie dient immers een anatomisch probleem opgelost te worden.
- Van beide lijkt hier geen sprake; verzoekster heeft geen multidisciplinair pijnprogramma gevolgd en de operatie-indicatie van de behandelend arts wordt niet bevestigd door de MRI. De uitslag van de MRI spreekt over een mediane discusprotrusie met raken van de rechter S1 wortel. De operatie-indicatie van de behandelend arts is juist een prolaps op dit niveau links. Tevens ziet de behandelend arts een cyste in de discus L3/L4 met wortelcompressie. De MRI toont op dat niveau (en alle andere niveaus) juist geen radiculair conflict. Daarnaast wordt een stabiliserende dorsale spondylodese uitgevoerd. De noodzaak hiertoe ontbreekt eveneens, en ontbreekt ook nog eens in de verslaglegging. De Nederlandse vereniging van Neurochirurgen zegt het volgende over spondylodese: *"Spondylodese bij rugklachten. In de regel zijn rugklachten een uiting van slijtage in de onderrug, waaraan operatief niets gedaan kan worden. Het vastzetten van de rug helpt dan ook in de regel niet."*
- 5.4. Ten aanzien van de uitgevoerde discografie stelt de ziektekostenverzekeraar dat dit onderzoek onnodig invasief is, geen meerwaarde heeft en mogelijk juist schadelijk is. De richtlijn bevat daarover het volgende: *"Provocatieve discografie heeft vanwege de lage specificiteit geen meerwaarde in het preoperatieve onderzoek voor lumbale spondylodese bij chronische lage rugklachten. Daarnaast kan discografie mogelijk discusdegeneratie induceren. De werkgroep raadt het gebruik van provocatieve discografie voor de indicatiestelling tot een lumbale spondylodese af."*
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact opgenomen met verzoekster en/of de behandelend arts. De ziektekostenverzekeraar was namelijk nog in een schriftelijke dialoog verwickeld met beiden over de indicatiestelling, toen hij opeens werd geconfronteerd met een nota van een behandeling. En inderdaad heeft de medisch adviseur geen discografie uitgevoerd. Dat zou ook niet kunnen, omdat de medisch adviseur geen behandelrelatie met verzoekster heeft volgens de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst en omdat de discografie obsoleet is geraakt door betere beeldvorming. Bovendien is postoperatief geen objectief oordeel meer te vellen over de rug pre-operatief.
- 5.6. Conform de richtlijn dient een betrokkene, voordat een geïstrumenteerde wervelkolomingreep plaatsvindt, een multidisciplinair pijnbehandelprogramma te hebben gevolgd. Dit is in de situatie van verzoekster tot op heden niet gebeurd. Losse behandelingen fysiotherapie zijn niet aan te



merken als een multidisciplinair pijnbehandelprogramma. Evenmin wordt hiermee een invasieve pijnbehandeling bedoeld. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt uit het feit dat de arts een invasieve interventie destijds niet zinvol achtte af te leiden *"dat het anatomische substraat destijds (ook) ontbrak"*.

5.7. Rugklachten kunnen invaliderend zijn en een grote sociale impact hebben. Helaas zijn niet alle klachten op te lossen met een operatie. Deze heterogene groep krijgt dan de diagnose aspecifieke lage rugpijn. In de dagelijkse praktijk ziet de ziektekostenverzekeraar heel veel mensen die soms meerdere keren worden geopereerd aan de rug, waarbij de indicatiestelling dubieus is of ontbreekt. Vaak zijn deze mensen aanvankelijk tevreden met een behandelaar die - in tegenstelling tot alle voorgaande artsen - wel van mening is hen van hun chronische klachten af te kunnen helpen. De lange termijn resultaten bij deze populatie zijn echter teleurstellend. Alle Nederlandse richtlijnen propageren dan ook terughoudendheid alvorens over te gaan tot operatief ingrijpen. De ziektekostenverzekeraar acht de onderhavige ingreep niet doelmatig *"aangezien het anatomische substraat ontbrak om een dergelijk grote ingreep uit te voeren"*.

5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de medisch adviseur van het Zorginstituut, in lijn met de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar, heeft geconcludeerd dat niet voldoende is aangetoond dat verzoekster een indicatie had voor een spondylodese, of voor de laminectomie en flavectomie. Daarbij is overigens nog onduidelijk of wel een spondylodese is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom niet in dat zou zijn voldaan aan de polisvoorwaarden, zo is onder meer niet duidelijk geworden dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van deel A-1 van de zorgverzekering, welk artikel, gelet op artikel 1 van deel A-2 van de zorgverzekering, ook van toepassing is op 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in Duitsland uitgevoerde rugoperatie, 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 1 e.v. van Deel B van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van deel B van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch specialist. Als de zorg*

*in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn.*

*U moet – voor aanvang van de zorg – een verwijzing hebben van een huisarts, bedrijfsarts, een andere medisch specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen.  
(...)”*

- 8.4. Artikel 25 van deel B van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*”(…)*

*lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de in dit deel B genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. Daarbij gelden ook de voorwaarden, die hiervoor bij de desbetreffende aanspraak vermeld staan. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2.*

*Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Bovendien is zorg in het buitenland soms duurder dan vergelijkbare zorg in Nederland. Daardoor kan het voorkomen dat kosten van zorg in het buitenland geheel of gedeeltelijk voor uw eigen rekening blijven. Wij raden u daarom aan om voor aanvang van de zorg contact op te nemen met het ONVZ Service Center als u een behandeling in het buitenland wilt ondergaan.*

*Meer informatie over zorg in het buitenland staat in de toelichting Grens aan zorg in het buitenland 2017. U kunt deze toelichting aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op [www.onvz.nl/polisvoorwaarden](http://www.onvz.nl/polisvoorwaarden).*

*lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:*

- 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
- 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1, lid 2. Het bepaalde in lid 1 is van toepassing.*

*(...)”*

- 8.5. In artikel 2, derde lid, van deel A-1 van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op vergoeding van kosten naar inhoud en omvang ook wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voorts is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op vergoeding als betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg of diensten. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Of dit zo is, wordt mede bepaald door de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg of diensten.

- 8.6. De artikelen 2, derde lid, van deel A-1, 6 van deel B en 25 van deel B van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, van deel A-1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast

zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 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. In artikel 5 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat onder voorwaarden aanspraak bestaat op voorzienbare zorg in het buitenland. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"lid 1 ONVZ vergoedt de kosten van medisch-specialistische zorg volgens artikel 6 van deel B van de Basisverzekering, die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dit geldt alleen voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. De vergoeding is beperkt tot maximaal het wettelijke tarief of marktconforme bedrag. De vergoeding volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering maakt hiervan deel uit. (...)"*

- 8.10. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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, te weten Duitsland, 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 de gestelde diagnoses niet in lijn zijn met elkaar en met het klachtenpatroon dat wordt omschreven, en dat de gestelde diagnose niet wordt bevestigd door de gemaakte MRI. Daarom bestaat geen aanspraak op de aangevraagde rugoperatie op grond van de zorgverzekering volgens de ziektekostenverzekeraar.
- 9.3. Verzoekster heeft gemotiveerd betoogd dat de aangevraagde toestemming op grond van de verordening haar ten onrechte is onthouden. De commissie overweegt te dien aanzien als volgt. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 29 mei 2018 toegelicht dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt. Het Zorginstituut motiveert zijn advies als volgt: *"Uit het dossier kan niet worden opgemaakt dat de door de behandelend arts aangegeven operatie-indicatie overeenkomt met de diagnostische bevindingen van de MRI-scans uit mei 2016 en mei 2017. Uit de MRI-scan d.d. 27 mei 2017 blijkt dat er aan de rechterzijde sprake is van mogelijke wortel beïnvloeding op niveau L5/S1. De behandelend arts heeft bij de operatie-indicatie vermeld dat de zenuwwortel rechts gecompromitteerd is. In het operatieverslag wordt echter aangegeven dat een discusprolaps aan de linkerzijde is verwijderd. Het is daardoor onduidelijk of er aan de rechterzijde sprake was van een radiculair syndroom. Daarnaast is onduidelijk of er wel een spondylodese is uitgevoerd, aangezien dit niet vermeld wordt in het operatieverslag en de behandelend arts heeft aangegeven een distractie implantaat te hebben ingebracht. Tot slot merkt de medisch adviseur op dat de laminectomie en flavectomie op niveau L3/L4 zijn uitgevoerd zonder dat uit de MRI naar voren is gekomen dat er op dat niveau afwijkingen aanwezig waren."*
- Het Zorginstituut adviseert op basis van de bevindingen van zijn medisch adviseur tot afwijzing van het verzoek. Het Zorginstituut heeft dit advies bij brief van 6 november 2018 gehandhaafd, waarbij is opgemerkt dat een interspinaal implantaat is geplaatst bij verzoekster, welke behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden niet onder de dekking van de zorgverzekering valt. Daarnaast is gebleken dat bij verzoekster geen spondylodese is uitgevoerd op niveau L5/S1. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en maakt de conclusie hiervan tot de haren. Dit betekent dat de gevraagde toestemming voor de onderhavige behandeling in het kader van de verordening verzoekster terecht is onthouden, en dat ook op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


- 9.4. Op grond van artikel 5 van deel B van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat onder voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van voorzienbare medisch specialistische zorg in het buitenland. Volgens artikel 6 van deel B van de Basisverzekering betreft het hierbij zorg die is verleend in een ziekenhuis in België of Duitsland. Dekking bestaat voor zover de kosten hoger zijn dan het bedrag dat was vergoed als de zorg in Nederland was verleend. Op grond van dit artikel bestaat derhalve alleen aanspraak op een (aanvullende) vergoeding indien de zorg ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed en de kosten in België of Duitsland hoger zijn dan de vergoeding op grond van de zorgverzekering. Aangezien in de onderhavige situatie geen aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, bestaat evenmin aanspraak op een (aanvullende) vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.




**Conclusie**




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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 november 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester