



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, spondylodese, indicatie  
Zaaknummer : 201801433  
Zittingsdatum : 9 januari 2019

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 verzekering Principe Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Smallpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 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 lumbale fusie, uit te voeren te Edegem, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juli 2018 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 10 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 6 september 2018 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).
- 3.4. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 november 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 december 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 8 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 6 december 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018056801) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor een spondylodese. Het Zorginstituut licht toe dat nationaal en internationaal duidelijke indicaties zijn geformuleerd voor een spondylodese, te weten instabiliteit van de wervelkolom of dreiging van instabiliteit als gevolg van decompressie (laminectomie) en het afglijden van de ene wervel ten opzicht van de andere (spondylolisthesis). Onder instabiliteit wordt verstaan dat de wervels onvoldoende onderling verband met elkaar hebben en min of meer los van elkaar liggen. Er bestaat discussie of ook sprake is van instabiliteit als er een verhoogde beweeglijkheid is in de wervelkolom als gevolg van slijtage van de lage rug. Het is nog onvoldoende duidelijk of dit als oorzaak van chronische pijn kan worden aangemerkt en of chirurgische behandeling is aangewezen. In de richtlijn 'Geïnstrumenteerde spinale wervelkolomchirurgie' (2017) wordt aanbevolen om, bij patiënten die onvoldoende reageren op eerstelijns conservatieve therapie, in eerste instantie een multidisciplinair rug-revalidatieprogramma aan te bieden, dat bestaat uit cognitieve en functionele training (aanleren van pijn coping strategie) onder leiding van een revalidatiearts of klinisch psycholoog, in combinatie met oefeningen onder begeleiding van een fysiotherapeut. Als de patiënt na het doorlopen van dit programma onacceptabele klachten blijft houden, kan een lumbale spondylodese worden overwogen. Deze besluitvorming dient plaats te vinden binnen een multidisciplinair team. In het dossier is geen informatie beschikbaar over toepassing van een multidisciplinair rug-revalidatieprogramma of over besluitvorming in multidisciplinair verband ter zake van de spondylodese. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 december 2018 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker heeft op 11 december 2018 aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Afschriften hiervan zijn op 18 december 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 januari 2019 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar nog mag reageren op de brief van de neurochirurg uit Tilburg en op het door verzoeker genoemde voortraject.
- 3.10. Bij brief van 15 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld nog aanvullende informatie nodig te hebben over het revalidatietraject in 2018. Een kopie van deze brief is op 17 januari 2019 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem is verzocht de gevraagde informatie toe te sturen. Verzoeker heeft deze op 17 januari 2019 aan de commissie gezonden. Op 18 januari 2019 is deze aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brieven van 26 januari 2019 en 4 februari 2019 gereageerd. Afschriften van deze brieven zijn aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft op 28 februari 2019 telefonisch gereageerd op voornoemde brieven. De ziektekostenverzekeraar is bij brief van 4 maart 2019 hierover geïnformeerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een lumbale fusie. De arts licht de aanvraag als volgt toe: *"Bovengenoemde patiënt werd gezien op de consultatie orthopedie.*  
**Problematiek**  
*Graag kom ik nogmaals terug op het dossier van deze patiënt. Zoals u weet onderging hij voor een centrale discussherniatie een centrale decompressie. Aangezien er een instabiliteit preoperatief*

*bestond, werd er oorspronkelijk het advies gegeven om een lumbale flexibele artrodese uit te voeren maar dit werd geweigerd door de verzekering.*

*Thans blijft patiënt pijnklachten ervaren in de onderrug met uitstralende pijn naar de beide onderste ledematen. Er werd nog een epidurale uitgevoerd die jammer genoeg weinig verbetering gaf van de pijnklachten.*

*De recente medische beeldvorming dateert van februari 2018. Hierbij wordt een status post-microdissectomie vastgesteld en ook een discusdiscopathie L4-L5 en L5-S1.*

*Het dossier werd uitvoerig besproken met patiënt. De therapeutische mogelijkheden zijn beperkt. In afwezigheid van een gunstige respons op de ingestelde therapie, stellen we voor om een lumbale fusie uit te voeren om de eerder vermelde instabiliteit op te lossen. De beperkingen naar aanleiding van een dergelijke ingreep werden ook aan patiënt duidelijk gemaakt."*

- 4.2. Verzoeker is reeds meerdere jaren bekend met rugklachten. Sinds 2012 is hij onder behandeling in België. Na onderzoek is vastgesteld dat de klachten worden veroorzaakt door een centrale hernia. Verzoeker heeft daarom meerdere infiltraties en therapieën ondergaan, echter zonder het gewenste resultaat.

Begin 2017 is een nieuwe MRI gemaakt. Hieruit bleek dat de pijn in de rug en de benen werd veroorzaakt door de hernia op niveau L4-L-5/L-5-S1. Omdat eerdere infiltraties en therapieën niet het gewenste resultaat hadden, zag de behandelend arts geen andere behandelmogelijkheid dan een operatie. De behandelend arts vond een lumbale fusie een te "directe stap", en daarom heeft hij ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een microdissectomie en het plaatsen van een flexibele artrodese (Dynesys® systeem). Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Nadat verzoeker het geschil had voorgelegd aan de commissie, heeft de commissie in het bindend advies van 22 november 2017 vastgesteld dat voornoemde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Op 28 september 2017 is bij verzoeker een microdissectomie uitgevoerd. Vervolgens heeft verzoeker een behandeling ondergaan in een revalidatiecentrum om het spierkorset te versterken, om zo de rugklachten te beperken. Daarnaast heeft nogmaals een infiltratie plaatsgevonden bij verzoeker. Deze behandelingen hadden evenwel niet het gewenste resultaat. De rugklachten en de pijn in benen en billen zijn toegenomen.

In februari 2018 is opnieuw een MRI gemaakt. Er bleek opnieuw een uitstulping te zijn ontstaan. De behandelend arts had wel verwacht dat dit zou gebeuren, maar niet zo snel. De arts heeft daarom verklaard dat er echt iets moet gebeuren om eventuele schade aan de zenuwstructuren te voorkomen. Daarom is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een lumbale fusie. Ook deze aanvraag is afgewezen.

- 4.3. In het kader van de heroverweging heeft de behandelend arts meerdere aanvullende stukken aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

*In zijn brief van 2 juli 2018 schrijft de behandelend arts het volgende: "De instabiliteit heeft voornamelijk betrekking niet op het bestaan van een degeneratieve anterolisthesis maar op een verminderde kwaliteit van de discus die gecombineerd is met een centrale discusherniatie. Een dergelijke pathologie wordt beter bekeken als een deficiëntie van de globale discus van danwel alleen vanuit het standpunt van de uitstulping. Vandaar dat de vraag gesteld werd in het verleden om een lumbale flexibele artrodese uit te voeren en thans de vraag voorligt voor een lumbale fusie."*

De behandelend arts heeft de aanvullende vragen van de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 juli 2018 beantwoord. Deze reactie luidt: *"Initieel was zijn problematiek een centrale discusherniatie met een degeneratieve discopathie waaruit hij een gemengd laaglumbaal lijden en uitstralende pijnproblematiek ervaart in de onderste ledematen. Centrale hernia's kunnen niet beschouwd worden als klassieke hernia's maar zijn eerder op zichzelf een teken van instabiliteit en zijn daarom ook vaak niet behandelbaar door alleen een microdissectomie uit te voeren. Zoals u weet werd in het verleden al een toelating gevraagd om een fusie uit te voeren maar deze werd toen geweigerd. Derhalve werd een microdissectomie omwille van toenemende pijn in de benen uitgevoerd met het resultaat zoals verwacht. De pijnklachten zijn slechts in onvolledige mate verminderd. In het verleden had patiënt intensief lokale infiltraties en ook postoperatief werd een foramineel blok uitgevoerd. Allen zonder resultaat. Daarnaast gebruikt hij pijnstilling en antiflogistica, allen zonder resultaat."*

*Wat betrekking tot de schade is er geen dringende neurogene schade maar kan de chroniciteit van het probleem wel aanleiding geven tot een blijvende pijn en schade in de zenuwstructuren. In die optiek werd nu herhaald de vraag gesteld voor een lumbale fusie te mogen uitvoeren."*

- 4.4. Verzoeker heeft op 11 december 2018 aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar geadviseerd zich voor een second opinion te wenden tot het ziekenhuis te Tilburg. Hij heeft dit advies opgevolgd. Na meerdere consulten en onderzoeken heeft de arts in Tilburg hem geadviseerd terug te gaan naar de behandelend arts in België en de behandeling aldaar voort te zetten, omdat de Tilburgse arts absoluut niet twijfelt aan de diagnose. Dit wordt bevestigd door de brief van de Tilburgse arts van 21 november 2018. Verzoeker is in oktober 2018 opnieuw door zijn rug gegaan. Hij is hiervoor naar het ziekenhuis te Knokke, België, gegaan en kon hier meteen worden behandeld. Na diverse onderzoeken, waaronder een MRI-scan en een EMG-onderzoek, en het bestuderen van het opgevraagde dossier van verzoeker, heeft de arts geconcludeerd dat verzoeker op korte termijn moet worden geopereerd. De operatie, een posterieure fusie na recalibrage, staat gepland op 29 januari 2019. De arts te Knokke heeft in zijn brief van 3 december 2018 het volgende geconcludeerd: *"- Status na posterieure laminectomie op L4/L5. Discartrose met kortstralige discushernia met inliggende anulusscheur rechts met impressie op de durazak en contact met de oorsprong van de wortel van L5 rechts, doch zonder objectiveerbaar radiculair conflict. Geen postoperatieve fibrose. - Verder discartrose op L5/S1, zonder discushernia discoradiculair het."* Voorts is in deze brief het volgende vermeld: *"toch pregabaline starten? hernemen TFEI wordt uiteindelijk niet besloten gezien voorgeschiedenis posterieure fusie na recalibrage L4-L5 en L5-S1? bij voorkeur met overgangselement 'topping off' "* Verzoeker heeft tevens een ongedateerde verklaring van de huisarts overgelegd. De huisarts verzoekt de verzekeraar, gelet op de leeftijd van verzoeker, de impact en de duur van zijn klachten, met klem over te gaan tot vergoeding van een artrodese. De huisarts wijst erop dat inmiddels voldoende artsen het erover eens zijn dat deze ingreep bij verzoeker moet plaatsvinden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in 2013 een revalidatietraject heeft gevolgd in Goes in verband met lumbale rugpijn. Verder heeft hij ook rugtherapie gehad voor de versteviging van het rugkorset, fysiotherapie, ergotherapie voor het aanleren van een goede houding, en infiltraties. Dit had evenwel geen positief resultaat. Ook de uitgevoerde microdissectomie had geen blijvend resultaat. Daarnaast heeft verzoeker ook in 2018 een rugscholing/revalidatietraject gevolgd bij het revalidatiecentrum in Goes. Verzoeker heeft benadrukt dat de neurochirurg in Tilburg, naar wie hij was verwezen door de ziektekostenverzekeraar, de in België voorgestelde behandeling onderschrijft. Verzoeker is inmiddels verzekerd bij een andere zorgverzekeraar, maar het gaat nu om de destijds aangevraagde behandeling.
- 4.6. Verzoeker heeft op 17 januari 2019 aan de commissie de informatie van de revalidatiearts van 22 december 2017 en 1 mei 2018 ter zake van het revalidatietraject gezonden.
- 4.7. Verzoeker heeft de commissie op 28 februari 2019 telefonisch medegedeeld dat hij de operatie inmiddels heeft ondergaan. De nieuwe zorgverzekeraar vergoedt de kosten. Eigenlijk vindt hij dat de ziektekostenverzekeraar de kosten zou moeten vergoeden, omdat de aanvraag is ingediend in 2018. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar na de hoorzitting eerst gezegd te gaan vergoeden, maar is hij er vervolgens achter gekomen dat verzoeker niet meer bij hem is verzekerd. Dit was echter al veel eerder bekend, en verzoeker heeft dit tijdens de hoorzitting nog herhaald. Verzoeker zou daarom eigenlijk de procedure willen voortzetten, maar hij heeft hier op dit moment geen behoefte aan/energie voor. Hij wil het daarom hierbij laten. Hij vraagt de commissie om een en ander vast te leggen in een bindend advies.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van artikel 1.2 van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In geval van instabiliteit van de wervelkolom bestaat een indicatie voor een spondylodese. Hiervan is bij verzoeker geen sprake. Daarom heeft hij geen aanspraak op de aangevraagde behandeling.
- 5.2. Om te bepalen of wellicht sprake was van een uitzonderingssituatie, heeft de medisch adviseur de behandelend arts nog een aantal vragen voorgelegd. De behandelend arts heeft bij brief van 2 juli 2018 verklaard dat de instabiliteit betrekking heeft op een verminderde kwaliteit van de discus die is gecombineerd met een centrale discushernatie. De ziektekostenverzekeraar heeft daarna de volgende nadere vragen gesteld aan de behandelend arts:
- "1. U spreekt van instabiliteit, a) Waar bestaat deze instabiliteit uit, b) wat is de ernst (eventuele gradering) daarvan, c) hoe heeft u deze vastgesteld?*
- 2. a) Is er sprake van (dreiging van) neurogene schade? b) Is er sprake van ernstige beenpijn volgens een dermatoom, b) is deze neurogeen van aard, c) is er uitval?*
- 3. Indien er sprake is van dreigende neurogene schade, kunt u een direct verband leggen tussen de neurogene klachten en hetgeen u ziet op beeldvormend onderzoek?*
- 4. Wij kunnen ondanks de door u aangeleverde informatie niet volgen waarom het vastzetten van de wervels hier de pijnklachten zal verminderen, a) via welk anatomisch mechanisme denkt u dat een spondylodese de pijnklachten zal verminderen? b) op grond van welke literatuur komt u tot die conclusie (graag verwijzingen meegegeven van de meest sterke studies bij deze indicatie op dit punt) c) hoe schat u zelf het niveau (GRADE, EBRO) in van dit bewijs?*
- 5. Behandeling tot nu toe. a) Welke medicatie gebruikt verzekerde, b) voor hoe lang en c) in welke dosering?*
- 6. Wat is volgens u de verklaring dat de pijnklachten aanhielden na de microdissectomie?"*
- De behandelend arts heeft hierop op 26 juli 2018 schriftelijk gereageerd. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens de aanvraag en de aanvullende informatie beoordeeld en getoetst aan de relevante richtlijnen, te weten de 'Richtlijn geïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie', de 'Richtlijn ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie' en de 'Richtlijn lumbosacraal radiculair syndroom'. De medisch adviseur concludeert dat geen sprake is van (dreiging van) neurogene schade. De behandelend arts geeft weliswaar aan dat de chroniciteit van het probleem aanleiding kan geven tot blijvende pijn en schade in de zenuwstructuren, maar ook dit wordt niet teruggevonden in de richtlijnen of onderbouwd met literatuur.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is niet gebleken dat toezeggingen zijn gedaan. Hij ziet geen aanleiding tot het toekennen van een vergoeding op basis van coulance.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het dossier geen stukken zitten over het voortraject. Daarom is niet zeker dat de medisch adviseur deze heeft betrokken in zijn advies. De ziektekostenverzekeraar heeft de brief van de arts uit Tilburg niet ontvangen.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het Zorginstituut in zijn advies heeft toegelicht dat een operatie niet zinvol is bij deze indicatie.
- Ter zitting wordt afgesproken dat een kopie van de brief van de neurochirurg uit Tilburg aan de ziektekostenverzekeraar wordt nagestuurd, en dat hij deze en het door verzoeker genoemde voortraject zal bespreken met zijn medisch adviseur.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 januari 2019 aan de commissie medegedeeld dat hij de aangevraagde operatie alsnog gaat vergoeden op grond van de verzekeringsvoorwaarden, als zijnde verzekerde zorg geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij brief van 4 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij een vergoeding zou hebben toegekend op basis van de DOT131999261 van € 7.490.39 en tevens een

S2-formulier zou hebben afgegeven. Echter, gebleken is dat verzoeker sinds 1 januari 2019 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 verzoeker aanspraak heeft op de aangevraagde lumbale fusie, uit te voeren te Edegem, België, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van hetgeen ter zitting is gesteld en de daarna overgelegde informatie, heeft besloten dat verzoeker alsnog aanspraak heeft op de aangevraagde operatie. De ziektekostenverzekeraar gaat echter niet over tot vergoeding, omdat verzoeker vanaf 1 januari 2019 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd en de operatie niet voor die datum is uitgevoerd. Verzoeker heeft de commissie op 28 februari 2019 telefonisch medegedeeld dat hij de procedure niet wil voortzetten, maar dat hij een en ander wel wil laten vastleggen in een bindend advies.

Gezien het bovenstaande behoeft het verzoek geen inhoudelijke behandeling.

8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft geconcludeerd dat verzoeker alsnog aanspraak heeft op de aangevraagde operatie, dient hij het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

9. Het bindend advies

9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is omschreven vast.

9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 6 maart 2019,

G.R.J. de Groot