

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, liposuctie bij  
lipoedeem benen  
Zaaknummer : 2011.02531  
Zittingsdatum : 30 mei 2012

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

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

---

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (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 Basisaanvullende regeling en Regeling extra vergoedingen afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op liposuctie van de benen, uit te voeren te Düsseldorf (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 oktober 2011 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 14 februari 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 april 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 2 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012051858) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat tumescente liposculpture van de benen geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 mei 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 31 mei 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 juni 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. De arts in Düsseldorf heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard:  
*“[Verzoekster] lijdt al jaren aan lipoedeem (Allen/Hines 1940), dat zich symmetrisch aan armen en benen manifesteert. De vervormingen zijn alimentair niet te beïnvloeden en met een dieet niet te corrigeren. Door deze aandoening heeft [verzoekster] in het dagelijks leven een duidelijke beperking. De oorzaak van het pijnlijke lipoedeem is immers de dynamische insufficiëntie van de lymfatische drainage aan de extremiteiten bij verhoogd lymfogeen ultrafiltraat op grond van de uitstekende, maar buitensporige doorbloeding van het vet van de ledematen. Deze toestand van onbalans tussen afvoer en toevoer leidt tot een chronisch falen van het lymfogene transportvermogen en tot fibrosering van de cutis met vorming van een lipolymfoedeem en een liposclerose als teken van een chronische, therapie-resistente eindtoestand na circa 15 tot 20 jaar (...) Als te kiezen therapie om chroniciteit te verhinderen geldt bij [verzoekster] liposuctie (...), die poliklinisch kan worden uitgevoerd. (...).”*
- 4.2. Verzoekster was als kind heel mager en is na haar twaalfde jaar gaan uitdijen. In het begin betrof het vooral de bovenbenen. Vervolgens werden ook haar armen en buik dikker. De huisarts adviseerde verzoekster af te vallen. Verzoekster heeft verschillende diëten gevolgd, en haar is door de diëtiste verteld dat zij zich aan alle regels hield. Dit leidde tot een beperkte gewichtsafname, doch de klachten bleven bestaan.

- 4.3. Verzoekster is bekend met een tekort aan progesteron, waarvoor zij in Nederland onder behandeling is bij een gynaecoloog.
- 4.4. De arts in Düsseldorf past een behandelmethode toe die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde advies van de commissie heeft betrekking op een behandeling in Nederland. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de behandeling in Duitsland te vergoeden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het hier gaat om een nieuwe methode, en niet per se om liposuctie. Er zijn drie operaties nodig om te voorkomen dat het oedeem terugkomt. De behandelend arts heeft dit gegarandeerd. Verzoekster moest actie ondernemen omdat zij werkloos dreigde te raken. Verzoekster heeft intussen operaties aan armen en benen ondergaan. De klachten in haar armen zijn verdwenen en ook bij haar benen is sprake van een verbetering. In juni moet zij terugkomen voor controle.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat liposuctie bij de indicatie van verzoekster niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie. Een en ander volgt uit een recent bindend advies van de commissie, waaraan een advies van het CVZ van 15 maart 2011 ten grondslag ligt. Hierin is het CVZ niet teruggekomen op zijn eerdere standpunt aangaande liposuctie.
  - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een aanvraag is gedaan voor liposuctie in verband met lipoedeem. Deze behandeling is niet gebruikelijk, en daarom geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Liposuctie is wel zinvol indien het gaat om een contourverbetering, maar de onderhavige behandeling is puur cosmetisch.
  - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
  - 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving:*

*uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:*

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting; (...)*”

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-sociale-zekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden. (...)*”

8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”*

8.6. De artikelen 1.2, 9 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

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 of diensten.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling 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 verzoekster voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient primair te worden getoetst aan artikel 20 van Vo 883/2004. Indien blijkt dat verzoekster geen aanspraak heeft op grond van Vo 883/2004, dient op grond van artikel 56 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. In beide gevallen is relevant of de onderhavige zorg op grond van de zorgverzekering een verzekerde prestatie vormt en of verzoekster hiervoor een indicatie heeft.

9.2. Mede gelet op de door partijen ingenomen standpunten, is de vraag of liposuctie, op de wijze zoals uitgevoerd in Düsseldorf en bij de indicatie van verzoekster, 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: bewijsvoe-

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

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekpopulatie, 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 liposuctie bij de indicatie van verzoekster is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 2 mei 2012 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

- 9.6. Nu is gebleken dat de onderhavige zorg niet is te beschouwen als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, leidt toepassing van Vo 883/2004 noch toepassing van artikel 56 VWEU tot vergoeding van de hiermee gemoeide kosten.

#### **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 toegewezen.

## **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, 13 juni 2012,

Voorzitter