



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, consult, onderzoek en behandeling bij verdenking op Lyme Borreliose, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201700208

Zittingsdatum : 21 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
  - 3) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend \*\*\* 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.  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand \*\* 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 vergoeding van de kosten van een consult, een onderzoek en een behandeling in verband met de verdenking op Lyme Borreliose, ondergaan te Augsburg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 november 2015 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-mailbericht van 6 oktober 2016 en brief van 7 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 15 februari 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

- 3.4. Bij brief van 1 maart 2017 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 21 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 april 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 mei 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 mei 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 17 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017019504) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een langdurige behandeling met antibiotica bij patiënten met post-treatment Lyme disease syndroom niet effectief is en daarom niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk alsmede dat op basis van de beschikbare informatie onvoldoende is aangetoond dat verzoekster een indicatie heeft voor de andere ondergane behandelingen en de opname in de kliniek te Augsburg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 mei 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 29 mei 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
  - 4.1. Verzoekster heeft, na in de zomer van 2012 te zijn gebeten door een teek, ernstige gezondheidsklachten. Haar loopvermogen is zodanig aangetast dat lopen in 2012 gedurende een week en in november 2014 gedurende vier dagen niet mogelijk is geweest. Daarnaast ervaart zij in diverse lichaamsdelen hevige pijn en een branderig gevoel, is zij vaak ernstig vermoeid en heeft zij concentratieproblemen. De behandelend arts in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam heeft bij verzoekster onderzoek gedaan naar de reeds genoemde gezondheidsklachten. Hij heeft echter geen medische verklaring voor de klachten kunnen vinden, en verzoekster verteld dat zij met de klachten moest leren leven. Verzoekster heeft zich op 9 respectievelijk 20 november 2015 gewend tot de BCA-clinic in Augsburg, Duitsland (hierna: de kliniek) voor onderzoek. De behandelend arts aldaar heeft blijkens de brief van 11 december 2015 bij verzoekster de volgende diagnoses gesteld: *“Diagnoses: Multi-infectious syndrome, suspect to Borreliosis [Lyme disease], Yersinia infection, Coxsackievirus infection, EBV infection.”* Verzoekster heeft vervolgens een verwijzing van de huisarts gekregen voor verdere behandeling in de kliniek. De behandeling in de kliniek heeft plaatsgevonden van 23 november 2015 tot en met 11 december 2015. De ziektekostenverzekeraar is slechts bereid de kosten voor de antibiotica - en niet die verband houdende met de overig verleende zorg - te betalen.
  - 4.2. Over de behandeling die verzoekster in de kliniek heeft ondergaan, heeft de behandelend arts in Augsburg op 11 december 2015 het volgende vermeld: *“After the first week of therapy in Augsburg we made a laboratory test of blood serum parameters (liver and kidneys) and blood count, as well as an electrocardiogram (QTc time not longer than 440 milliseconds). (...) These tests should be repeated every 2 or 3 weeks (depending on the type of therapy, as explained on the therapy*

plan). (...) Beside the therapy and probiotic treatment she benefited from, infrared sauna sessions, magnetic field therapy, high tone therapy, light therapy and oxygen therapy. In addition, the patient received nutrition / diet consultations. 10th of december, 2015 - final consultation: The patient has tolerated the therapy well, congestion more likely then diarrhoea, the liver values were without findings but the ECG showed an extended QTc-time, therefore we transferred her to a cardiologist. The recommendation of the cardiologist was nevertheless another trial with Azithromycine but at the second trial the QTc-time was also extended so therefore we stopped the intake of Azithromycine, so then we switched to a TBB therapy scheme with Minocycline. (...) 11th of December 2015: A renewed therapy change as the patient does not tolerate APP. (...) To support the immune system and to avoid negative impact (side-effects) on the organ functions due to long-term antibiotic treatment, we recommended taking Probiotics during the therapy (e.g. DA1 Plus), Vitamin D, Co Enzyme Q10 to protect the mitochondrial system (e.g. Q-form), Resveratrol to repair any damages which can be caused by bacteria in the nervous system (e.g. OPC Plus) and a B-Vitamin-Complex (e.g. B-form). (...)"

- 4.3. Het onderzoek en de behandeling in verband met Lyme Borreliose in de kliniek voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In dit kader merkt verzoekster op dat haar eerder genoemde klachten door de behandeling sterk zijn afgenomen of volledig zijn verdwenen. Het voorgaande zou leidend moeten zijn bij het antwoord op de vraag of de verleende zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het onderzoek en de behandeling zijn voldoende deugdelijk en beproefd gebleken, aangezien deze hebben geleid tot een afname of het volledig verdwijnen van de gezondheidsklachten. Verzoekster is in de kliniek met een lymfocyten transformatie test onderzocht op de ziekte van Lyme. Ten aanzien van dit onderzoek heeft de behandelend arts in Amsterdam bij brief van 28 september 2016 het volgende opgemerkt: *"Bovenstaande patiënte heeft eerder een LTT-test laten verrichten voor Borreliosis in Duitsland. Deze bleek positief. Ik behandel haar momenteel. De LTT-test geeft inzicht in de actuele activiteit en ernst van de Borrelia infectie. De LTT-test (...) is gevalideerd, FDA goedgekeurd, en wordt bovendien in geaccrediteerde laboratoria verricht. (...)"* Ook is verzoekster langdurig met antibiotica behandeld. De in diverse landen geaccepteerde ILADS-richtlijn voorziet in een langdurige antibioticakuur bij de ziekte van Lyme ter bestrijding van aspecifieke klachten. Ook de op de ILADS-richtlijn gebaseerde Diagnosis and Treatment of Lyme borreliosis (Lyme disease) Guidelines van the German Borreliosis Society uit 2010 voorzien in een langdurige antibioticakuur bij de ziekte van Lyme ter bestrijding van aspecifieke klachten. Tevens wordt in Nederland aangenomen dat het behandelen van aspecifieke klachten in het kader van de ziekte van Lyme met antibiotica effectief is. De duur van een dergelijke behandeling en de hoeveelheid antibiotica zijn ter beoordeling van de behandelend arts. Daarnaast blijkt uit de brief van de behandelend arts van verzoeker in Amsterdam gedateerd 20 januari 2016 dat de huidige standaardbehandeling van de chronische vorm van de ziekte van Lyme niet effectief is. De uitgevoerde behandeling voldoet gelet op het voorgaande aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.4. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandeling in verband met Lyme Borreliose in Amsterdam gedeeltelijk wel vergoedt, is hij tevens gehouden de kosten van de behandeling in de kliniek te Augsburg te vergoeden. De behandeling in de Oosteinde Walborg Kliniek te Amsterdam is namelijk identiek aan die in de kliniek te Augsburg.
- 4.5. Verzoekster verwijst voorts naar een uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 26 mei 2016 (ECLI:NL:RBGEL:2016:3300), waarbij door de rechter is geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar was gehouden de kosten van een behandeling in Duitsland in verband met de ziekte van Lyme Neuroborreliose aan de betreffende verzekerde te vergoeden.
- 4.6. Indien de aanspraak volgens de commissie niet ten laste van de zorgverzekering kan worden ingewilligd, is de ziektekostenverzekeraar gehouden deze in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het onderzoek en de behandeling moeten in dat kader als alternatieve zorg worden aangemerkt.

4.7. De ziektekostenverzekeraar dient voorts te worden veroordeeld in de niet nader gespecificeerde kosten van het proces.

4.8. Verzoekster is van mening dat de commissie het advies van het Zorginstituut moet passeren, omdat dit advies gedateerd en dientengevolge onjuist is. Het standpunt waar het Zorginstituut naar verwijst, is inmiddels anderhalf jaar oud. Uit een uitnodiging die verzoekster ontving voor het symposium 'Focus op Lymeziekte' blijkt dat de afgelopen twee jaar flinke stappen zijn gemaakt in het klinisch onderzoek naar betere diagnostiek en behandeling van de ziekte van Lyme. Uit de reeds aangedragen onderzoeken, richtlijnen, verklaringen en de uitspraak van de rechtbank Gelderland blijkt dat de door verzoekster ondergane behandeling inmiddels wel degelijk effectief wordt bevonden en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bovendien is het in strijd met de redelijkheid en billijkheid een beslissing te baseren op een gedateerd standpunt.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 9 november 2015 heeft verzoekster zich tot de BCA-clinic te Augsburg gewend voor een consult. Nadien heeft verzoekster een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor vergoeding van diagnostiek en behandeling in voornoemde kliniek. Bij de aanvraag ontbrak een verwijfsbrief van de huisarts. De aanvraag is op 16 november 2015 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoekster heeft hierna de behandeling in Augsburg doorgezet en op 20 november 2015 wederom een consult gehad. Voorts is verzoekster van 23 november tot 11 december 2015 intramuraal behandeld en vond van december 2015 tot en met februari 2016 een behandeling met antibiotica plaats. Volgens het behandelplan bestond de intramurale behandeling onder meer uit: 'electro therapies', 'oxygentherapie', 'pain therapies', 'milieu therapie with change of diet' enzovoorts. Aangezien verzoekster de behandeling in de BCA-clinic na de voornoemde afwijzing door de ziektekostenverzekeraar heeft gecontinueerd, blijft Verordening (EG) nr. 883/2004 ingevolge jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) buiten toepassing. Verzoekster ontleent derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten voor de diagnosestelling en de behandeling in de BCA-clinic op grond van Verordening (EG) nr. 883/2004. Verzoekster ontleent een dergelijke aanspraak evenmin aan de voorwaarden van de zorgverzekering, omdat de diagnosestelling en de behandeling in verband met Lyme Borreliose in de kliniek niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar wijst verzoekster in dit verband op het advies van Zorginstituut Nederland van 26 oktober 2015, waarover de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 7 december 2016 het volgende vermeldt: "(...) *De vraag was of langdurige behandeling met antibiotica bij personen met aanhoudende niet-specifieke klachten, al dan niet met een aangetoonde Lyme Borreliose infectie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De beoordeling is onder andere uitgevoerd met behulp van de meest recente richtlijnen van het CBO (2013) en ILADS (2014). Langdurige behandeling met antibiotica bij Post Treatment Lyme Disease Syndrome (PTLDS), zoals die wordt uitgevoerd door het Borreliose Centrum in Augsburg (BCA), voldoet niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en is daarmee geen verzekerde zorg. (...)*" Het bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van 10 februari 2016 (zaaknummer 201402380), waarin wordt verwezen naar adviezen van Zorginstituut Nederland van 4 november 2015 en 12 januari 2016, bevestigt volgens de ziektekostenverzekeraar dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.2. Het onderzoek en de behandeling in Augsburg komen bovendien niet voor vergoeding in aanmerking, omdat de BCA-clinic geen zelfstandig behandelcentrum (verder: ZBC) of een instelling voor extramurale medisch-specialistische zorg is. De kliniek heeft immers geen toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen en er is geen sprake van een samenwerkingsverband van ten minste twee medisch specialisten. De behandelend arts van verzoekster in Augsburg is geregistreerd bij de 'Bayerische Landesärztekammer' als 'Praktischer Arzt'. Een 'Praktischer Arzt' is vergelijkbaar met een basisarts in Nederland. Gelet op het voorgaande is de BCA-clinic evenmin een instelling voor

extramuraal medisch-specialistische zorg. Medicijnen worden uitsluitend vergoed indien is voldaan aan het Achmea Reglement Farmaceutische zorg en deze zijn voorgeschreven door huisarts of medisch specialist. Hieraan is in het onderhavige geval niet voldaan.

5.3. De voedingssupplementen en de onderhavige therapieën vormen geen verzekerde prestatie vanuit de zorgverzekering. Ingevolge artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering komen bepaalde alternatieve geneeswijzen, therapieën, en geneesmiddelen voor vergoeding in aanmerking, indien de alternatief genezer of therapeut is aangesloten bij een beroepsvereniging die is opgenomen in het 'Vergoedingenoverzicht beroepsverenigingen alternatieve geneeswijzen en therapieën' van de ziektekostenverzekeraar. De behandelend arts van verzoekster in Augsburg is niet aangesloten bij een dergelijke beroepsvereniging en daarom heeft verzoekster gaan aanspraak op vergoeding van de onderhavige therapieën ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ten aanzien van de vergoeding van de behandelingen van verzoekster in de Oosteinde Walborg Kliniek te Amsterdam merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de behandelend arts aldaar is verbonden aan de beroepsvereniging Artsenvereniging voor Integrale Geneeskunde. Deze artsenvereniging is als beroepsvereniging opgenomen in het 'Vergoedingenoverzicht beroepsverenigingen alternatieve geneeswijzen en therapieën' van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar conform artikel 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering per consult van de behandelend arts in Amsterdam tot maximaal € 40,- aan verzoekster betaald.

5.4. Verzoekster beroept zich op een uitspraak van de Rechtbank Gelderland van 26 mei 2016. Deze uitspraak geldt echter alleen tussen de partijen in die specifieke procedure. De ziektekostenverzekeraar is om die reden niet hieraan gebonden.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere vormen van zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



*"Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:*

- 1 een ziekenhuis,*
- 2 een zelfstandig behandelcentrum of*
- 3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.*

*De zorg bestaat uit:*

- a medisch-specialistische zorg;*
- b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;*
- c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.*

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)*

*Voorwaarden voor aanspraak*

*1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, (...) of een andere medisch specialist.*

*(...)*

*3 De verwijzer (zie onder 1) geeft de reden van uw verblijf door aan onze medisch adviseur. U moet de verwijzer hiervoor machtigen.*

*(...)*

*5 Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met medisch specialistische zorg. (...)"*

- 8.4. Artikel 15.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt:

*"Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:*

*a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU sociale zekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;*

*b zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;*

*c vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' tot maximaal:*

- de lagere vergoeding als deze bij een aanspraak in Basis Zeker wordt genoemd;*
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.*

*De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent."*

- 8.5. Artikel 1.2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"Uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."*

- 8.6. De artikelen 1.2 en 15 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 29 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.  
Artikel 2.1, tweede lid, 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 adequate zorg en diensten.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*
- 8.10. Artikel 1 van de 'vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve zorg, en luidt:
- "De kosten van consulten of behandelingen van alternatief genezers of therapeuten die wij vergoeden zijn:*
- Alternatief Algemeen*
- a acupunctuur*
  - b APS therapie*
  - c ayurvedische geneeskunde*
  - d craniosacraal therapie*
  - e homeopathie*
  - f mesologie*
  - g natuurgeneeswijzen*
  - h neuraaltherapie*



- i orthomoleculaire geneeskunde*
- j reflexzonetherapie*
- k shiatsu therapie*

*Alternatieve geneeswijzen (bewegingsapparaat)*

- a chiropractie*
- b kinesiologie*
- c manuele geneeskunde/orthomanipulatie*
- d neuromusculaire therapie*
- e osteopathie*

*Alternatieve geestelijke hulpverlening (mentale gezondheid)*

- a gestalttherapie*
- b haptotherapie*
- c hypnotherapie*
- d integratieve psychotherapie*
- e lichaamgerichte psychotherapie*
- f vaktherapie*

*Antroposofische geneeskunde*

- a door een antroposofisch arts*
- b euritmitherapie*
- c kunstzinnige therapie*
- d psychische hulpverlening*

*Daarnaast vergoeden wij de kosten van homeopathische en antroposofische geneesmiddelen die een arts heeft voorgeschreven.*

*Voorwaarden voor vergoeding*

*1 Uw alternatief genezer of therapeut moet zijn aangesloten bij een beroepsvereniging die voldoet aan onze criteria. Het overzicht met beroepsverenigingen die voldoen aan onze criteria, maakt deel uit van deze polis. Wij vergoeden alleen consulten of behandelingen die vallen onder het specifieke gebied waarvoor de beroepsvereniging in het overzicht is opgenomen. U vindt het overzicht met beroepsverenigingen op onze website of u kunt dit overzicht bij ons opvragen.*

*2 Het consult moet plaatsvinden in het kader van een medische behandeling.*

*3 Het consult is op individuele basis; het is dus alleen voor u.*

*4 De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel geregistreerd staan in de G-standaard van de Z-index. De Z-index is een database waarin alle geneesmiddelen staan die verkrijgbaar zijn via de apotheek.*

*5 De homeopathische en antroposofische geneesmiddelen moeten zijn geleverd door een apotheekhoudende die wij gecontracteerd hebben. Wilt u weten met welke apotheekhoudenden wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op.*

*Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden*

*Wij vergoeden niet de kosten van:*

- a zorg als uw alternatief genezer of therapeut ook uw huisarts is;*
- b (laboratorium)onderzoek;*
- c manuele therapie die een fysiotherapeut geeft;*
- d behandelingen, onderzoeken en cursussen met een sociaal karakter of gericht op welbevinden en/of preventie;*
- e werk- of schoolgerelateerde coaching."*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk 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.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd op welk verzoek afwijzend is beslist vanwege het ontbreken van een verwijzing. Op grond van artikel 29 van de zorgverzekering is voor medisch specialistische zorg een voorafgaande verwijzing vereist. Nu deze ontbreekt, blijft Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is allereerst de vraag of het uitgevoerde onderzoek naar en de uitgevoerde behandeling van Lyme Borreliose door de kliniek 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 en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.

Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.

9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als

derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot het uitgevoerde onderzoek naar en de behandeling van Lyme Borreliose in de BCA-clinic te Augsburg is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 17 mei 2017 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 vormt onder de zorgverzekering. Ook concludeert het Zorginstituut dat op basis van de beschikbare informatie door verzoekster onvoldoende is aangetoond dat zij een indicatie heeft voor de opname en de andere behandelingen, te weten 'electro therapies', 'oxygentherapie', 'pain therapies' en 'milieu therapie with change of diet', in de kliniek te Augsburg. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoekster is aangedragen, kan niet leiden tot een ander oordeel.

#### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Voor de beoordeling of aanspraak bestaat op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dient onderscheid te worden gemaakt tussen de laboratoriumonderzoeken en de infrarood saunasessies, magneetveldtherapie, hoge tonetherapie, lichttherapie alsmede zuurstoftherapie. Met betrekking tot de laboratoriumonderzoeken geldt dat de hiermee gemoeide kosten op grond van artikel 1 van de 'vergoedingen aanvullende verzekeringen' van de aanvullende ziektekostenverzekering uitdrukkelijk zijn uitgesloten van vergoeding. Voor zover het de onderdelen van de behandeling betreft, geldt dat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen, onder de voorwaarde dat de behandelaar is aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De BCA-clinic is niet aangesloten bij een door de ziektekostenverzekeraar erkende beroepsvereniging. De commissie is van oordeel dat de onderhavige behandeling geen alternatieve zorg betreft als bedoeld in artikel 1 van de 'vergoedingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### Uitspraak Rechtbank Gelderland


- 9.7. Verzoekster heeft zich beroepen op een uitspraak van de Rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2016:3300). Met betrekking hiertoe stelt de commissie vast dat in deze uitspraak wordt overwogen: *"Zolang niet deugdelijk is vastgesteld dat de langdurige antibiotica behandeling niet voldoet en nader onderzoek daarnaar niet heeft plaatsgevonden, een afweging van de kenbare belangen van de partijen in het gegeven geval met zich (brengt) dat bij wege van voorlopige voorziening [naam zorgverzekeraar] wordt veroordeeld tot vergoeding van de kosten die gepaard gaan met de behandeling door dr. [naam arts]."* De commissie stelt vast dat de uitspraak een voorlopige voorziening betreft en dat aan de uitspraak naar de aard van een zodanige voorziening niet een uitputtende beoordeling ten grondslag ligt. Naar het oordeel van de commissie geeft voormelde uitspraak dan ook onvoldoende aanleiding af te wijken van het advies van het Zorginstituut dat de gepleegde zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus geen verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering betreft.

#### Proceskostenvergoeding


- 9.8. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte proceskosten. Omdat het verzoek wordt afgewezen, bestaat geen grond voor toewijzing van de gevorderde proceskosten.

 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 5 juli 2017,

 A.I.M. van Mierlo