

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E en F, beide te D
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, heupoperatie, stand van de wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2012.03138
Zittingsdatum : 15 januari 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

1) E en

2) F, beide te D,

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 basis van de Zorgkeuzepolis (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 Supertop afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 een heupoperatie uit te voeren in Londen, Groot-Brittannië (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 maart 2012 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 brieven van 19 april, 20 juni en 16 juli 2012 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 18 april 2013 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 ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 22 juli 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 december 2013 (zaaknummer 2013087323) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de gevraagde ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 december 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 januari 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 januari 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 januari 2014 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. Verzoekster had sinds maart 2011 pijnklachten in haar heup en lies. De orthopeed van het Jeroen Bosch ziekenhuis heeft bij haar de diagnose femoro acetabular impingement (hierna: FAI) aan de rechterheup gesteld. Deze diagnose is door de St. Maartenskliniek bevestigd.
- 4.2. Verzoekster is voor de arthroscopische ingreep verwezen naar het Twee Steden ziekenhuis, omdat in het Jeroen Bosch ziekenhuis hiervoor niet de benodigde expertise aanwezig was. Verzoekster heeft diverse malen gebeld naar het Twee Steden ziekenhuis, maar het is haar niet gelukt hier een afspraak te maken.
- 4.3. Zij heeft daarom verder gezocht naar een arts die is gespecialiseerd in een arthroscopische ingreep bij de indicatie FAI. Aldus is verzoekster uitgekomen bij The London Hip Arthroscopy Centre. Verzoekster heeft op 16 maart 2012 per e-mail bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de ingreep.
- 4.4. Op 19 maart 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de onderhavige ingreep afgewezen, omdat deze niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De

ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op het CVZ-standpunt van 25 februari 2010. Echter, volgens een uitspraak van het Gerechtshof Amsterdam van 5 maart 2012 (LJN BV7524,200.079.908) is het CVZ-standpunt niet beslissend in geschillen tussen een verzekerde en een ziektekostenverzekeraar. Daarnaast was het betreffende CVZ-standpunt op het moment van de aanvraag ruim twee jaar oud. Dit standpunt is door het CVZ sindsdien niet geactualiseerd. Verzoekster is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar het CVZ om actualisatie van diens standpunt had moeten vragen, alvorens een beslissing te nemen op de onderhavige aanvraag.

- 4.6. In voornoemd CVZ-standpunt wordt gesteld dat de AETNA (Amerikaanse verzekeraar) de open en/of scopische behandeling in verband met het hip impingement syndroom niet vergoedt en deze behandeling als experimenteel beschouwt. Echter, dit standpunt is achterhaald en niet meer valide. Uit een recente publicatie van AETNA (last reviewed op 31 december 2011) blijkt dat deze ingreep bij een aantal indicaties medisch noodzakelijk is. Verzoekster voldoet aan alle gestelde criteria: de diagnose is op de juiste wijze gesteld, de conservatieve behandeling heeft geen resultaat gehad, verzoekster is tussen de 18 en 50 jaar oud, en er is geen sprake van osteoarthritis osteogenesis imperfecta, hypermobility of the joints of een op de foto's zichtbare vernauwing.
- 4.7. Ook andere, door verzoekster met naam genoemde, publicaties waarop het onderhavige CVZ-standpunt is gebaseerd, zijn inmiddels achterhaald. Daarnaast zijn er recente wetenschappelijke publicaties waaruit blijkt dat de arthroscopische ingreep bij de indicatie FAI voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster, hoewel zij daar expliciet om heeft verzocht, geen recente internationale wetenschappelijke literatuur ter onderbouwing van zijn standpunt gezonden. Daarom staat niet vast dat de ziektekostenverzekeraar ook recente internationale wetenschappelijke literatuur heeft gebruikt bij zijn oordeelvorming.
- 4.9. Uit het arrest van het Europese Hof van Justitie van 12 juli 2001 in de zaak C-151/99 en de toelichting op artikel 2.4 Bzv vloeit voort dat de zorg moet voldoen aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster is van mening dat de onderhavige ingreep hieraan voldoet, omdat internationaal gezien de behandeling van FAI medisch noodzakelijk wordt geacht.
- 4.10. Naast de stand van de wetenschap en praktijk komen, volgens artikel A.3.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, ook voor vergoeding in aanmerking de zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen, en zorg waarop de verzekerde gelet op de indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. In Nederland wordt de arthroscopische ingreep ter behandeling van FAI uitgevoerd. Deze ingreep is dus al de dagelijkse praktijk. Aangezien de indicatie FAI bij verzoekster is gesteld en de conservatieve behandeling bij haar alleen een verslechtering heeft opgeleverd, was zij redelijkerwijs aangewezen op de ingreep. Verzoekster is na de operatie binnen afzienbare tijd zodanig hersteld dat zij kan re-integreren in het arbeidsproces. De doelmatigheid van de behandeling is daarmee aangetoond.
- 4.11. De doelstelling van de zorgverzekering is het leveren van een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg, wetende dat sprake is van snelle medisch-

technologische ontwikkelingen en uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelingsmethoden. De levering hiervan is onder meer van belang voor de werkgever van verzoekster, opdat het ziekteverzuimpercentage laag blijft. Mede om die reden biedt de werkgever een collectieve ziektekostenverzekering aan.

- 4.12. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in het CVZ-advies wordt vermeld dat het moeilijk is om een controlegroep te vinden voor het onderzoek naar de onderhavige ingreep. Zij vindt het vreemd dat de eis van vergelijkende onderzoeken wordt gesteld als blijkt dat dit niet mogelijk is. In het buitenland is echter een aantal vereisten opgesteld waaraan moet zijn voldaan om de ingreep te kunnen ondergaan. Verzoekster voldeed aan deze vereisten. In Tilburg stond zij op de wachtlijst voor deze ingreep. Omdat dit echter te lang duurde, is zij naar Londen gegaan. Verzoekster merkt op dat voor deze ingreep in Nederland patiëntenfolders beschikbaar zijn. Dit is zeer verwarrend voor patiënten als deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk blijkt te zijn. Voor verzoekster was het noodzakelijk de ingreep te ondergaan. Zij had geen andere mogelijkheid. De ingreep heeft verzoekster enorm geholpen. Zij kan nu bijvoorbeeld weer traplopen, wat zij voor de ingreep niet meer kon.
- Verzoekster merkt op dat zij het hele traject bij de ziektekostenverzekeraar als onprettig heeft ervaren.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De chirurgische behandeling van FAI voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is door het CVZ vastgesteld in het rapport van 25 februari 2010.
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft een nieuwe dossierstudie uitgevoerd en geconcludeerd dat sindsdien geen nieuwe publicaties zijn uitgebracht op grond waarvan het in voornoemd rapport ingenomen standpunt moet worden bijgesteld.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het fijn is dat verzoekster baat heeft bij de ingreep, maar dat de toetsing van de stand van de wetenschap en praktijk anders wordt uitgevoerd. Dat voor verzoekster geen andere behandelingsmogelijkheid voorhanden was, betekent evenmin dat de ingreep moet worden vergoed.
- De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het niet zijn bedoeling is om iemand niet juist te bejegenen of om zaken niet duidelijk uit te leggen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 kosten van de onderhavige ingreep alsnog te vergoeden, 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 B.2 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
Medisch specialistische zorg beschreven in het gehele artikel B.4. omvat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)”*

8.3. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld en dit luidt, voor zover hier van belang:

*“(…)
Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland.
(...)”*

8.4. Artikel A.3.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.5. De artikelen B.2 en B.4 van de zorgverzekering en A.3.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

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

Artikel 2.1, lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.7. 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.

8.8. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat - Groot-Brittannië - 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. Zij is daarbij gehouden de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn te gunnen voor de verwerking van dit verzoek. Verzoekster heeft op vrijdagmiddag 16 maart 2012 per e-mail de aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar en op maandag 19 maart 2012 heeft de operatie plaatsgevonden. Gezien de medische situatie van verzoekster is een termijn van minder dan één werkdag niet te beschouwen als een redelijke termijn zodat de situatie vergelijkbaar is met die waarin voorafgaand aan de behandeling in het geheel geen toestemming is gevraagd. De verordening vindt derhalve geen toepassing en er dient te worden getoetst aan artikel B.2 van de zorgverzekering.

9.2. De eerste vraag die in dat verband dient te worden beantwoord, is of de door verzoekster ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch

zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde 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, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. 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.

- 9.4. Het CVZ heeft in zijn advies van 20 december 2013 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De door verzoekster overgelegde artikelen zijn in het onderzoek betrokken. De conclusie van het onderzoek van het CVZ, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat een arthroscopische operatie bij de indicatie FAI, zoals bij verzoekster is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering.

- 9.5. Wat betreft de stelling van verzoekster dat het CVZ-standpunt niet beslissend is in geschillen tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar, geldt dat deze ten algemene juist is. Het is aan de ziektekostenverzekeraar zelf onderzoek te doen naar de actuele stand van zaken en niet enkel te verwijzen naar het standpunt van het CVZ. Dit neemt niet weg dat de wetgever in artikel 114 lid 3 Zvw voor de commissie de verplichting heeft opgenomen om in geschillen die betrekking hebben op de zorg of de overige diensten advies te vragen aan het CVZ. Van dit advies kan slechts gemootiveerd worden afgeweken en hetgeen in dit verband door verzoekster is aangevoerd kan een zodanige afwijking niet rechtvaardigen.

- 9.6. Met betrekking tot de verwijzing van verzoekster naar artikel A.3.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, geldt dat slechts bij het ontbreken van de maatstaf 'conform de stand van de wetenschap en praktijk' aan de orde komt of sprake is van een zorg of dienst die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoord en adequaat. Die situatie is hier niet aan de orde. Het criterium 'plegen te bieden' uit artikel 2.4 lid 1 Bzv staat hier los van. Dat de verzekerde gelet op de indicatie naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen is een beoordeling in het individuele geval. Dit ziet niet op de – meer algemene - vraag of bepaalde zorg of een bepaalde dienst een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt. Die vraag werd hiervoor reeds ontkennend beantwoord.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2014,

Voorzitter