

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, tegen C te D en E te F  
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, hoogte vergoeding, spoedeisend-  
heid, operatie niertumor, CT-scans  
Zaaknummer : 2012.02740  
Zittingsdatum : 9 oktober 2013

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

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

---

1. Partijen

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

tegen

1) C te D, en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af 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 Beter Af Plus Polis 3 sterren 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).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 3 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie in verband met een niertumor die hij heeft ondergaan in Gronau, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voor deze ingreep, inclusief de voor- en nabehandeling, maximaal € 5.856,-- wordt vergoed.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Bij brief van 3 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat hij bij nader inzien een nieuwe DBC heeft vastgesteld voor de nieroperatie, te weten met code 06.1102.0010.0313 en een bijbehorend tarief van € 6.692,--.

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 verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de onderhavige ingreep volledig, althans tot een hoger be-

drag dan € 6.692,- te vergoeden, 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 augustus 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 september 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 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 22 augustus 2013 (zaaknummer 2013089894) 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 door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-code juist is, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 9 oktober 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

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

- 4.1. Begin 2011 werd bij verzoeker prostaatcancer vastgesteld. Bij het betreffende onderzoek zijn de nieren van verzoeker niet onderzocht. Verzoeker heeft zich vervolgens georiënteerd op zijn behandelmogelijkheden en heeft op grond daarvan gekozen voor een prostatectomie met behulp van de Da Vinci Robot in het ziekenhuis te Gronau. De bemiddeling voor deze behandeling is verzorgd door Top Medical Care. Uit het onderzoek dat in Gronau werd uitgevoerd, bleek dat verzoeker bovendien een tumor in zijn linkernier had, die op zeer korte termijn diende te worden geopereerd. De operatie aan de nier had volgens de behandelend arts absoluut voorrang op de prostaatoperatie. Ook de nieroperatie zou met de Da Vinci Robot worden uitgevoerd. Het ziekenhuis heeft hiertoe nog dezelfde dag een behandelovereenkomst opgesteld, die door verzoeker is ondertekend. Verzoeker werd voor deze ingreep op de spoedlijst geplaatst. Daarnaast werd de prostaatoperatie gepland, rekening houdend met de herstelperiode van de nieroperatie. Top Medical Care heeft verzoeker medegedeeld dat het ziekenhuis voor laatstgenoemde ingreep niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft dit voor kennisgeving aangenomen. Hem was op dat moment niet duidelijk dat hij in verband hiermee een lagere vergoeding zou krijgen voor deze ingreep. Top Medical Care zou namelijk de administratieve afwikkeling met de ziektekostenverzekeraar verzorgen.

- 4.2. Op 28 februari 2011 heeft Top Medical Care de ziektekostenverzekeraar namens verzoeker per fax verzocht een machtiging te verlenen voor de geplande nieroperatie en hem op de hoogte te stellen van de hoogte van de vergoeding. Aangezien verzoeker geen reactie van de ziektekostenverzekeraar had ontvangen, heeft hij op de dag van de opname – 14 maart 2011 – telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de aanvraag niet ontvangen. Verzoeker heeft evenwel geen enkele reden om aan de – geslaagde – verzending van voornoemd faxbericht te twifelen. Hij heeft een en ander nagevraagd bij Top Medical Care. Deze instantie heeft verklaard dat het bericht - dat de verzending akkoord is - niet wordt bewaard. Als de verzending van het faxbericht niet is gelukt, wordt het nogmaals verzonden. In ieder geval is het gebruikte faxnummer correct. Nu de verzending van het faxbericht niet ter discussie staat, gaat verzoeker ervan uit dat het door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Daarnaast had de ziektekostenverzekeraar, toen hij naar aanleiding van het telefoongesprek met verzoeker op 14 maart 2011 constateerde dat het betreffende faxbericht blijkbaar niet was ontvangen, contact moeten opnemen met verzoeker om de in de ogen van de ziektekostenverzekeraar zo belangrijke aanvraag alsnog te realiseren. Doordat verzoeker niets meer van de ziektekostenverzekeraar hoorde, ging hij ervan uit dat hij aan zijn verplichtingen had voldaan en dat alles in orde was.
- 4.3. Op 15 maart 2011 heeft de nieroperatie plaatsgevonden. Hierbij is de linkernier volledig verwijderd vanwege de doorgroei van de tumor. De ernst van de aandoening en de urgentie van de behandeling worden bevestigd door het pathologisch rapport waarin staat dat sprake was van een niercelcarcinoom T3a. Op 10 mei 2011 is de prostaat verwijderd.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat de nieroperatie op zeer korte termijn moest worden uitgevoerd. Er was sprake van een levensbedreigende situatie waarbij uitstel van de medische behandeling kon leiden tot blijvende schade. Daarom valt deze nieroperatie onder het begrip spoedeisende zorg in de zin van de zorgverzekering en dienen de kosten hiervan volledig te worden vergoed.
- 4.5. Het ziekenhuis in Gronau is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd voor de prostaatbehandeling met de Da Vinci robot. Anders dan in het Nederlandse ziekenhuis werd in het ziekenhuis te Gronau de niertumor wel ontdekt. Verzoeker werd onverwacht geconfronteerd met deze zeer ernstige en ingrijpende situatie. De behandeling van de nier vond dus plaats naar aanleiding van, en in samenhang met de behandeling van de prostaat, waarvoor dit ziekenhuis door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. In redelijkheid kon niet van verzoeker worden verwacht dat hij eerst naar Nederland zou teruggaan om daar te gaan 'shoppen' om in een voor deze ingreep gecontracteerd ziekenhuis behandeld te worden.
- 4.6. Als verzoeker het advies van zijn Nederlandse arts ten aanzien van de prostaatbehandeling had opgevolgd, te weten waakzaam afwachten, had hem dit fataal kunnen worden.
- 4.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar is in februari of maart 2011 geen aanvraag voor de nieroperatie ontvangen. Top Medical Care heeft evenwel op 2 maart 2011 een en ander aan verzoeker bevestigd. In dit bericht is tevens te lezen dat Top Medical Care niet verantwoordelijk is voor de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar uitkeert.

Top Medical Care heeft verzoeker niet gewezen op de financiële consequenties, omdat de hoogte van de vergoeding afhankelijk is van de afgesloten zorgverzekering. Door het ziekenhuis is evenmin informatie verstrekt over eventuele financiële consequenties. Top Medical Care heeft verzoeker enkel in het kader van de prostaatoperatie erop gewezen dat hij voor deze behandeling door de Oberarzt zelf een bedrag van € 2.400,-- moest betalen.

- 4.8. In de polisvoorwaarden is weliswaar te lezen dat bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgverlener een lagere vergoeding wordt toegekend, maar hoe hoog de vergoeding in concreto uitvalt is op geen enkele wijze uit de polis af te leiden. De mogelijkheid van telefonisch contact doet hieraan niet af.
- 4.9. Volgens de ziektekostenverzekeraar valt de nieroperatie onder het B-segment, hetgeen betekent dat de prijs hiervoor tot stand komt door onderhandelingen tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker vraagt zich af hoe hoog de vergoeding bij een gecontracteerd ziekenhuis is, en hoeveel lager de vergoeding bij een niet-gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland is, en wat de maatstaf is voor deze verlaging.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar heeft een informatie- en zorgplicht en had verzoeker tijdig op de hoogte moeten stellen van het te vergoeden bedrag voor de nieroperatie. De inhoudelijke reactie van de ziektekostenverzekeraar werd pas verstuurd op 23 mei 2011.
- 4.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de twee CT-scans, die zijn gemaakt in het kader van de behandeling, niet vergoed. Deze kosten zouden echter alsnog volledig moeten worden vergoed. De eerste scan omdat deze in het kader van de spoedbehandeling is uitgevoerd. Voor de tweede scan heeft verzoeker tijdig een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, te weten op 6 oktober 2011. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop pas op 3 november 2011 gereageerd, terwijl de scan reeds op 25 oktober 2011 is uitgevoerd.
- 4.12. Verzoeker acht de beperking van de vergoeding zodanig dat sprake is van een ongerechtvaardigde beperking in het vrij verrichten van diensten als bedoeld in de artikelen 59 en 60 van het EG-verdrag. Verzoeker claimt daarom in ieder geval de vergoeding die een Duitse patiënt voor een soortgelijke behandeling zou hebben ontvangen voor zover deze hoger is dan de thans toegekende vergoeding.
- 4.13. Verzoeker bestrijdt dat hem in Nederland tijdig een identieke behandeling kon worden geboden. Destijds was er in Nederland namelijk geen ziekenhuis dat beschikte over een Da Vinci robot en daarmee zoveel ervaring had als het ziekenhuis in Gronau.
- 4.14. Voorts doet verzoeker een beroep op coulance, omdat de ziektekostenverzekeraar in gebreke is gebleven ten aanzien van het tijdig kenbaar maken van de vergoedingen die gelden voor de nieroperatie en de tweede CT-scan. Daarnaast is sprake van bijzondere en onvoorziene omstandigheden, waarmee op grond van redelijkheid en billijkheid moet worden omgegaan. Daarom zou een volledige, dan wel hogere, vergoeding op zijn plaats zijn.
- 4.15. Volgens de ziektekostenverzekeraar is Top Medical Care niet door hem gecontracteerd. Echter, Top Medical Care werkt voor het ziekenhuis in Gronau en heeft ook

een afdeling in hetzelfde gebouw als het ziekenhuis. Daarom is Top Medical Care (indirect) een contractpartner van de ziektekostenverzekeraar en zou het niet toegevoerd zijn van de aanvraag tot machtiging om die reden zijn toe te rekenen aan de ziektekostenverzekeraar.

- 4.16. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het restitutiepercentage van 80 percent voor niet-gecontracteerde zorg niet is vermeld in de polisvoorwaarden. Bovendien blijkt uit de Memorie van toelichting bij een wijziging van de Wmg dat de vergoeding van 80 percent een in de praktijk breed gedragen norm is, maar dat dit anders kan zijn bij een complexe operatie. Daarnaast heeft verzoeker zich gewend tot de – voor de prostaatoperatie - gecontracteerde zorgverlener in Gronau. De zorgverlener heeft vervolgens de in Nederland gemiste niertumor ontdekt. Aangezien de behandeling van de niertumor dringender was dan die aan de prostaat, is eerst de niertumor verwijderd. Vervolgens is de prostaat tumor verwijderd, waarbij de hersteltijd van de eerste ingreep daarop was afgestemd. De ingrepen zijn daarom niet los van elkaar te zien en daarom aan te merken als zorg van een in het buitenland gecontracteerde zorgverlener zoals omschreven in artikel 19 onder het tweede gedachtestreepje van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte artikel 20 van Vo 883/2004 buiten toepassing verklaard. Nadat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd alsnog te vergoeden op grond van 100 percent van het marktconforme tarief, verklaart verzoeker dat het geschil hiermee is opgelost.

- 4.17. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Verzoeker heeft op 15 maart 2011 in Gronau een nieroperatie ondergaan. Het ziekenhuis in Gronau is door de ziektekostenverzekeraar niet gecontracteerd voor deze ingreep. Verzoeker heeft een naturaverzekering, hetgeen betekent dat hij in beginsel is aangewezen op zorg verleend door gecontracteerde zorgaanbieders. Conform hetgeen is bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering heeft hij daarom aanspraak op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Ter vaststelling hiervan is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-code 06.1102.0010.0313.
- 5.2. In de brief van 10 januari 2013 schrijft de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman Zorgverzekeringen dat hiervoor met de gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld een tarief van € 8.365,- is overeengekomen. Indien deze zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, wordt op voornoemd tarief een korting van 20 percent toegepast en bedraagt de vergoeding € 6.692,-. Deze vergoeding geldt voor het gehele behandeltraject, dus vanaf het eerste consult tot en met de nacontroles.
- 5.3. Bij verzoeker was het destijds noodzakelijk om met enige voorrang in te grijpen. Het betreft evenwel geen spoedeisende zorg, in die zin dat sprake was van een acute noodsituatie welke levensbedreigend was of die de gezondheidssituatie dusdanig verslechterde dat bij later ingrijpen een volledig herstel niet meer mogelijk was. In een dergelijke situatie dient een operatie onmiddellijk plaats te vinden. De niertumor is op 24 februari 2011 vastgesteld en de ingreep werd ingepland op 23 maart 2011. De

daadwerkelijke operatie heeft op 15 maart 2011 plaatsgevonden. Er was dus geen sprake van spoedeisende zorg in de zin van de zorgverzekering. Het is daarom niet mogelijk de kosten van zijn ingreep op grond hiervan volledig te vergoeden.

- 5.4. Aan verzoeker is geen zorgbemiddeling aangeboden, aangezien hij eerst op 14 maart 2011 aan het eind van de middag telefonisch contact heeft opgenomen vanuit Duitsland. De ingreep stond reeds gepland voor de volgende dag. Dit is eveneens de reden dat aan verzoeker geen S2-formulier is verstrekt. De ziektekostenverzekeraar is immers niet een redelijke termijn gegund om nader onderzoek te doen naar de situatie van verzoeker.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker van 28 februari 2011 niet ontvangen. Pas op 18 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar van Top Medical Care ten behoeve van verzoeker een aanvraag ontvangen voor de nieroperatie. Hierbij valt op is dat Top Medical Care bij deze aanvraag niet verwijst naar of melding maakt van een eerder verstuurd machtigingsaanvraag. De kopie van het faxbericht van 28 februari 2011 dat door Top Medical Care op 6 juni 2012 aan verzoeker is gezonden, wijkt – zowel wat tekst als wat lay-out betreft – af van het faxbericht dat op 18 mei 2011 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Op de kopie staan, in tegenstelling tot de fax van 18 mei 2011, geen verzendgegevens. Ook is voor de kopie geen gebruik gemaakt van het briefpapier van Top Medical Care, waarop het logo en de adresgegevens staan. Het is dan ook niet aannemelijk gemaakt dat voornoemde kopie daadwerkelijk is verstuurd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker naar aanleiding van de aanvraag van 18 mei 2011 bij brief van 23 mei 2011 medegedeeld dat het tarief voor een operatie in verband met een niertumor vrij onderhandelbaar is. Indien de ingreep plaatsvindt in een niet-gecontracteerd ziekenhuis wordt hierop een korting toegepast. In het geval van verzoeker betekent dit dat maximaal € 5.856,-- wordt vergoed voor het gehele behandeltraject. Bij brief van 3 november 2011 is de maximale vergoeding evenwel bijgesteld naar € 6.692,--.
- 5.7. De voor verzoeker noodzakelijke nieroperatie was tijdig beschikbaar bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Achteraf is niet meer vast te stellen bij welk ziekenhuis dit had kunnen plaatsvinden. Als de benodigde zorg tijdig beschikbaar is bij een in Nederland gecontracteerde zorgaanbieder verstrekt de ziektekostenverzekeraar geen S2-formulier. Er is daarom geen aanleiding de kosten van de onderhavige ingreep te vergoeden op basis van het tarief voor de Duitse sociale ziektekostenverzekering.
- 5.8. Top Medical Care was ervan op de hoogte dat met het ziekenhuis in Gronau uitsluitend contractafspraken zijn gemaakt voor prostaatoperaties. Tevens was het Top Medical Care bekend dat voor andere operaties de kosten niet volledig zouden worden vergoed. Als Top Medical Care verzoeker niet volledig heeft geïnformeerd, is dit geen tekortkoming van de ziektekostenverzekeraar, aangezien Top Medical Care niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar heeft met het ziekenhuis in Gronau een overeenkomst gesloten ten aanzien van prostaatoperaties. Met gecontracteerde zorgaanbieders worden duidelijke afspraken gemaakt over de informatievoorziening aan verzekerden betreffende de medische zorg en de financiële afhandeling. De ziektekostenverzekeraar gaat er daarom vanuit dat het ziekenhuis verzoeker alle benodigde informatie

heeft verstrekt. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie blijkt dat verzoeker een bewuste keuze heeft gemaakt voor de behandeling in Gronau en dat hij, ondanks het risico van een eigen bijdrage, met de behandeling akkoord is gegaan.

- 5.10. De ziektekostenverzekeraar is zeer terughoudend met het toekennen van coulancevergoedingen. Alleen in zeer bijzondere situaties wordt een dergelijke vergoeding toegekend, bijvoorbeeld omdat de verzekerde door hem onjuist is geïnformeerd waardoor verkeerde verwachtingen zijn gewekt. Dit is bij verzoeker echter niet aan de orde.
- 5.11. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker een punt heeft betreffende de restitutie bepaling. De vergoeding van 80 percent is niet in de polisvoorwaarden geregeld. Vermoedelijk kon de betreffende lijst wel worden gedownload, maar dit strookt niet met artikel 19 van de zorgverzekering. Daarom zal de ziektekostenverzekeraar alsnog 100 percent van het marktconforme tarief vergoeden. Nadat verzoeker heeft toegezegd hiermee akkoord te gaan, zegt de ziektekostenverzekeraar toe ook het voor deze procedure betaalde entreegeld aan verzoeker te zullen vergoeden.
- 5.12. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 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 onderhavige kosten alsnog volledig te vergoeden dan wel een hogere vergoeding toe te kennen dan reeds is toegekend, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 8.1. De commissie stelt vast dat partijen ter zitting zijn overeengekomen dat de kosten van de onderhavige ingreep alsnog worden vergoed op basis van 100 percent van het marktconforme tarief. Dit betekent dat de totale vergoeding € 8.365,-- bedraagt. Aangezien aan verzoeker reeds een bedrag van € 6.692,-- is vergoed, heeft hij aanspraak op een aanvullende vergoeding van € 1.673,--. Ook zal de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker vergoeden.



Het bindend advies

8.2. De commissie stelt vast dat het verzoek geen verdere behandeling behoeft.

Zeist, 30 oktober 2013,

Voorzitter