

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen
D te E, vertegenwoordigd door F te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, Restless Genital Syndrome, endo-
scopische nervus pudendus decompressie
Zaaknummer : 2012.01959
Zittingsdatum : 7 november 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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

1. Partijen

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

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Variant Natura (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 [naam ziektekostenverzekeraar] VIP Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandartsverzekering 100% max € 750,00 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een endoscopische nervus pudendus decompressie, uitgevoerd te België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 juni 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 26 juni 2012 en 4 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 18 juli 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).

- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 september 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 september 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 september 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 20 september 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 11 oktober 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012108244) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat decompressie van de nervus pudendus ter behandeling van het restless genital syndrome niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Derhalve is geen sprake van verzekerde zorg. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 17 oktober 2012 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 26 oktober 2012 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 november 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 8 november 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 14 november 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 huisarts heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: “(...) *sensationele klachten/ pre-orgasme klachten/ pijn vagina (...)*”.
- 4.2. De behandelend neuropsychiater heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: “(...) *Sedert januari 2010 heeft zij pijn en opwindende pre-orgasme-achtige sensaties in de vagina (steekachtig), gepaard gaande met frequent urineren met weinig productie, en een balgevoel in haar vagina. Deze klachten nemen met name toe bij zitten, maar ook bij het staan heeft zij deze klachten. Tevens trilt zij aan de binnenkant van haar benen. Sinds november 2010 heeft zij het gevoel met de benen te moeten wiebelen. Deze klachten zijn continu over de dag aanwezig; nu al sinds vele maanden. Door een continue verergering van deze klachten, is zij bij vlagen somber, geëmotioneerd en voelt zij zich vaak radeloos. Bekkenbodemp therapie die zij heeft,*

heeft geen effect op haar klachten. (...) De klachten van [verzoekster] zijn kenmerkend voor een small fiber sensoric neuropathy van de nervus dorsalis clitoridis, een eindtak van de nervus pudendus. Deze klachten (ongewenste pre-orgasme sensaties, gepaard gaande met klachten van een overactieve blaas en restless legs) heb ik enige jaren geleden samengevat onder de term Restless Genital Syndrome (ReGS) (...)”.

- 4.3. De behandelend gynaecoloog heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *“[Verzoekster] presents very probably a bilateral pudendal neuropathy (more severe on the left side). (...) I think it should be possible to help her with a pudendal nerve decompression under endoscopic control. (...)*”.
- 4.4. Op 3 oktober 2012 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.5. De ziekte heeft grote invloed op het leven van verzoekster. De ondraaglijke pijn belemmert haar functioneren. Verzoekster heeft onder meer medicatie en Transcutane Electro Neuro Stimulatie (TENS) geprobeerd, maar niets heeft haar klachten doen verdwijnen dan wel verminderen. Uiteindelijk is de diagnose ReGS gesteld. Verzoekster is door haar behandelend neuropsychiater doorverwezen naar gynaecoloog dr. Beco in België, aangezien hij een specialist is op het gebied van ReGS. Deze stelde voor een endoscopische nervus pudendus decompressie uit te voeren.
- 4.6. In Nederland is geen adequate behandeling mogelijk. Verzoekster benadrukt dat de behandeling medisch geïndiceerd is, alsmede dat de kosten van de behandeling ruimschoots opwegen tegen de kosten die er (zullen) zijn indien zij de behandeling niet ondergaat.
- 4.7. Verzoekster merkt verder nog op dat haar een geval bekend is waarbij onderhavige behandeling coulanchehalve door een verzekeraar is vergoed. Het is kwalijk dat verzekeraars klaarblijkelijk vergelijkbare gevallen anders beoordelen. Er is sprake van willekeur en rechtsongelijkheid.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij het bewijs is dat de behandeling heeft geholpen, Het resultaat is goed, want haar klachten zijn met 60% afgenomen. Vóór de behandeling was verzoekster 24 uur per dag incontinent en werd haar clitoris continu geprikkeld. Zij zag het leven niet meer zitten. In Nederland was zij uitbehandeld. Thans heeft zij weer kwaliteit van leven. Verzoekster brengt in dat zij haar ziektebeeld graag met de ziektekostenverzekeraar had besproken, maar haar suggestie daartoe werd afgewezen. Voorts stelt verzoekster dat zij via internet bij de behandelend arts terecht is gekomen. Deze heeft haar doorverwezen naar de arts in België. Van tevoren stond niet vast hoeveel de behandeling zou kosten. Dit is het systeem in België. De ingediende begroting is in grote lijnen correct. Verzoekster stelt met betrekking tot het CVZ-advies dat zij deze graag breder zou trekken. Het gaat om de pudendal nerve. ReGS is maar één vorm, daarnaast zijn er andere zaken zoals incontinentie. Er dient aandacht te zijn voor de “zachte ijkpunten”. Tot slot voert verzoekster aan dat zij erkenning van de ziekte wenst.
- 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. In de Zorgverzekeringswet zijn regels voor vergoeding vastgelegd, zoals deze door de Minister van Volksgezondheid zijn bepaald. Deze wettelijke regels zijn vertaald naar de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Er bestaat recht op vergoeding (van de kosten) van zorg als een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op die zorg is aangewezen. De zorg dient bovendien doelmatig en doeltreffend te zijn. 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 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. Een en ander is omschreven in artikel 2.1 van de zorgverzekering.
 - 5.2. Uit de voorhanden zijnde informatie is geconcludeerd dat de nervus pudendus de-compressie onder endoscopische controle bij de indicatie small fiber sensoric neuropathy van de nervus dorsalis clithoridus, een eindtak van de nervus pudendus, recent omschreven als ReGS, niet wordt aangemerkt als zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Er zijn onvoldoende medisch-wetenschappelijke gegevens bekend waaruit blijkt dat de ingreep succesvol kan zijn. De onderhavige behandeling is te beschouwen als experimenteel en is geen verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering. Het feit dat verzoekster een (medische) indicatie heeft voor de behandeling maakt dit niet anders.
 - 5.3. Het is vreemd dat de ingreep gedeclareerd wordt door een privékliniek en niet door een regulier ziekenhuis. Uit het dossier is op te maken dat de operatie heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis in Luik, maar de facturatie gebeurt voor zover bekend door de kliniek van dr. Beco. Deze kliniek is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. De kostenopgave is ook niet gespecificeerd. Er zal echter niet verder in worden gegaan op deze declaratiewijze, aangezien de behandeling sowieso niet akkoord wordt bevonden.
 - 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt eveneens geen dekking voor vergoeding van de behandeling.
 - 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
 - 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- ## 6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is op grond van artikel 10 van de zorgverzekering 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.

6.2. In artikel 8 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Verzoekster heeft de kwestie bij e-mailbericht van 18 juli 2012 aan de commissie voorgelegd, zodat is bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.
Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.(...)

Door

Medisch specialist. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op onze website of telefonisch opvragen; kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. Verwijzing naar een oogarts, kinderarts of orthopeed mag ook plaatsvinden door een jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. Deze lijst staat op onze website of kunt u telefonisch opvragen. Kijk voorin deze voorwaarden welk telefoonnummer u kunt bellen. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden."

- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“9.1 U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland
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-socialezekerheidsverordening 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 deze verzekeringsvoorwaarden.*

(...)

9.3 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. (...)

9.4 verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorg-artikel (zie ook artikel 1.9).”

- 8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat recht bestaat op zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is 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.
- 8.5. De artikelen 1.2, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. 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. Omdat de behandeling in een andere Europese lidstaat heeft plaatsgevonden – in casu België – dient primair te worden getoetst aan Vo 883/2004 en/of artikel 56 van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Door verzoekster is voorafgaande toestemming gevraagd, zodat dient te worden getoetst aan Vo 883/2004. Ook in dat kader is van belang vast te stellen of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door verzoekster gevraagde behandeling, te weten een endoscopische nervus pudendus decompressie bij de indicatie ReGS, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot endoscopische nervus pudendus decompressie bij ReGS is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 11 oktober 2012 verwoord. De conclusie van het advies is dat decompressie van de nervus pudendus ter behandeling van het restless genital syndrome niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Derhalve is geen sprake van verzekerde zorg. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Coulance

Het toekennen van een coulancevergoeding behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar. De commissie is niet bevoegd in dat beleid te treden, tenzij de ziektekostenverzekeraar van verzoekster van die bevoegdheid gebruik maakt op een wijze dat sprake is van willekeur. Door verzoekster is gesteld dat sprake is van willekeur in vergelijkbare gevallen met andere verzekeraars. Onderhavige kwestie betreft echter de uitsluitend verhouding tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar en niet andere verzekeraars. Dat sprake is van willekeur in vorenbedoelde zin is derhalve niet aannemelijk geworden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 november 2012,

Voorzitter