

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C en E te D
Zaak	: Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; pure tumescente liposuctie
Zaaknummer	: 2008.01626
Zittingsdatum	: 5 november 2008

Zaak: 2008.01626, geneeskundige zorg; plastische chirurgie; pure tumescente liposuctie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C en E. te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 maart 2008 een pure tumescente liposuctie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens werden door haar twee aanvullende verzekeringen gesloten, te weten een tandartsverzekering – welke in dit verband verder onbesproken blijft – en een Vrije Keuze Optifitverzekering (hierna: de aanvullende verzekering). Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend dermatoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “progressief congenitaal lipoedeem”. Verzoekster heeft, naar aanleiding van de gestelde diagnose, bij brief van 12 maart 2008 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “Pure Tumescente liposuctie volgens Klein” ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 23 april, 21 mei en 10 juni 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 8 juli 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: het verzoek) in te willigen.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 18 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat pure tumecente liposuctie van de bovenbenen bij lipodedeem geen behandeling is conform de wetenschap en de praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 20 oktober 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 november 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 12 november 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij al langer last heeft van haar benen. Zij kampt met pijnklachten en zwellingen in de benen en voeten. Hierdoor kan zij niet lang achtereen staan, hetgeen haar belemmert in haar werk als mede-eigenaar van een modezaak. Verzoekster heeft al diverse behandelingen ondergaan, zoals het injecteren en “strippen” van spataderen, alsmede lymfedrainage in combinatie met het dragen van steunkousen, en acupunctuur. De daarmee gemoeide kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar steeds vergoed. Door een dermatoloog werd de indicatie lipoedeem gesteld, waarna hij verzoekster voor tumescente liposuctie doorverwees naar een ervaren zorgverlener.
- 4.2. Verzoekster benadrukt de medische noodzaak van deze behandeling, en bestrijdt dat haar wens deze te ondergaan is gebaseerd op cosmetische motieven. Ten onrechte wordt door de ziektekostenverzekeraar geen rekening gehouden met de psychosociale kant van de zaak.
- 4.3. Volgens verzoekster is de informatie van het CVZ gedateerd, nu in het betreffende memo publicaties worden aangehaald uit de jaren 2004 en 2006.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt enkel dat de aangevraagde behandeling niet regulier is, zonder hiervoor een alternatief te bieden. Een en ander heeft als consequentie

langjarige, onnodige kosten voor de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar doordat bij uitblijven van de behandeling, schade zal ontstaan aan rug, knieën, enkels en voeten.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd:
Allereerst heeft [naam ziektekostenverzekeraar] in zijn voorwaarden staan dat er vrije keuze is van zorgverleners in Nederland. De tumescente liposuctie heeft ondanks het feit dat de behandeling nog niet volledig is afgerond wel al positief resultaat. Zij voelt zich door haar zorgverzekeraar beperkt in haar keuzevrijheid.
Ten tweede is haar AOV verzekeraar wel van mening dat dit een noodzakelijke ingreep betreft.
Ten derde voelt zij zich niet serieus genomen door haar zorgverzekeraar. Zij is immers niet opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur en haar medische dossiers zijn niet opgevraagd bij haar behandelaars.
Ten vierde snapt zij het advies van het CVZ niet nu de uitgevoerde search tumescente liposuctie als enige therapie bij lipoedeem aanwijst.
Tot slot geeft verzoekster aan dat een andere zorgverzekeraar wel vergoeding geeft voor deze behandeling.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat geen sprake is van een gebruikelijke behandeling. In zijn besluitvorming heeft hij een advies van het CVZ, gedateerd 26 februari 2007, betrokken, waarin wordt geconcludeerd dat er onvoldoende gegevens zijn over de effectiviteit van tumescente liposuctie bij lipoedeem. Bij deze indicatie voldoet tumescente liposuctie niet aan de stand van de wetenschap.
- 5.2. Waar het de aanvullende verzekering betreft, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar deel A van de Algemene Bepalingen (pagina 12), alwaar is opgenomen dat de hulp die wordt verleend slechts voor vergoeding in aanmerking komt als deze *in de beroepsgroep als gebruikelijk dient te worden aanvaard*. Tevens is de medische noodzaak gedefinieerd, en wel als:

“De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging waarbij dit door de wetenschap binnen de Europese Unie voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en deze zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch van aard is.”

De ziektekostenverzekeraar geeft aan dat hoewel de gevraagde behandeling niet slechts cosmetisch is, deze niet “voldoende deugdelijk en beproefd” is.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uitnodiging op het spreekuur in casu niet aan de orde was aangezien er duidelijke foto's ter beschikking waren. Ook de informatie over de te ondergane behandeling was voorhanden en dus zou het zien door de medisch adviseur niets toevoegen. Het gestelde dat andere zorgverzekeraar wél deze behandeling vergoeden, zou verklaard kunnen worden doordat dit wellicht plaats vindt op grond van de aanvullende verzekering.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering:

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 4 lid 1 van de zorgverzekering ('Omvang van de dekking') bepaalt onder andere dat de omvang van de medisch-specialistische zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. In lid 2 onder c is opgenomen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

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

- 7.2. De zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de 'Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.3. Artikel 11, lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In artikel 2.1 lid 2 Bzv is vervolgens bepaald dat de inhoud en omvang van de zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv regelt dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Centraal staat de vraag of pure tumescente liopsuctie bij lipoedeem, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, heeft te gelden als een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering.

- 7.6. 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 is gebaseerd 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 onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.7. 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.
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot pure tumescente liposuctie bij lipoedeem is door het CVZ in zijn advies van 26 februari 2007 uitgevoerd. De daarbij door het CVZ getrokken conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de aangevraagde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is en daarom niet behoort tot de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 4 lid 1 van de zorgverzekering. Het verzoek dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering:

- 7.10. De relevante bepalingen ten aanzien van de aanvullende verzekering luiden als volgt:

Behandelaar

Een zorgverlener die ingeschreven staat in het register van een erkende beroepsorganisatie die relevant is voor de betreffende beroepsgroep. Een opgave van de door de verzekeraar erkende beroepsorganisaties is bij hem verkrijgbaar. De hulp die wordt verleend, dient in de beroepsgroep als gebruikelijk te worden aanvaard en dient te worden berekend volgens de officiële dan wel in de beroepsgroep algemeen gebruikelijke tarieven. Voor zover een beroepsorganisatie normtarieven hanteert, zijn deze leidend.

Medische noodzaak

De noodzaak van onderzoek, behandeling of verpleging waarbij dit door de wetenschap binnen de Europese Unie voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en deze zorg noodzakelijk, doelmatig en niet uitsluitend cosmetisch van aard is.

- 7.11. Zoals onder 7.9 is geconcludeerd, is de pure tumescente liposuctie bij lipoedeem niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk. De behandeling is daarmee niets als 'gebruikelijk' in de zin van de voorwaarden van de aanvullende verzekering aan te merken te merken. De commissie tekent hierbij verder nog aan dat, voor de beoordeling of een behandeling conform de wetenschap en de praktijk is, zowel nationaal als internationaal wordt gekeken. Nu de wereldwijd beschikbare evindence onvoldoende is, ontbreekt een medische noodzaak als gedefinieerd in de voorwaarden van de aanvullende verzekering. Het begrip 'medische noodzaak' wordt daar immers gekoppeld aan het beperkte grondgebied van de Europese Unie. Een behandeling die op basis van de wereldwijd beschikbare onderzoeksresultaten niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is, is dit evenmin op grond van uitsluitend de binnen de Europese Unie gevonden onderzoeken.
- 7.12. Ook op grond van de aanvullende verzekering komt de gevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking en dient het verzoek te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 november 2008,

Voorzitter