



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

202001504

Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)
T.a.v. mevrouw
Postbus 291
3700 AG ZEIST

Zorginstituut Nederland
Zorg I

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

2021019593

Datum 20 mei 2021
Betreft Definitief advies als bedoeld in artikel 114 van de
Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2020049212

Onze referentie
2021019593

Uw referentie
202001504

Uw brieven van
13 oktober 2020 en
17 mei 2021

Geachte mevrouw

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft op 24 maart 2021 een definitief advies uitgebracht in het geschil tussen verzoekster en verweerder. Partijen hebben de mogelijkheid gekregen om te reageren op dit advies. De vertegenwoordiger van verzoekster merkt in haar reactie op dat in het definitieve advies de 'Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde Volwassenen', versie 1 december 2016, niet wordt besproken. U vraagt het Zorginstituut om toe te lichten of het betreffende document door het Zorginstituut betrokken is bij de beoordeling van het geschil.

Het genoemde rapport 'Modules Medisch Specialistische Revalidatiegeneeskunde Volwassenen' (2016) is geen richtlijn, maar heeft betrekking op de ontwikkeling van een methodiek waarmee de bekostiging van medisch specialistische revalidatie behandelingen verbeterd zou kunnen worden. Dit rapport is daarom niet relevant voor de beoordeling van het geschil.

De beroepsgroep heeft in 2013 een Behandelkader Traumatisch Hersenletsel gepubliceerd, dat wel als richtlijn kan worden gezien.¹ Dit behandelkader is wel betrokken bij de beoordeling van het geschil. Ook is de nota indicatiestelling

¹ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Behandelkader Traumatisch Hersenletsel, maart 2013. Te raadplegen via:
https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Kwaliteit/Behandelkaders/behandelkader_traumatisch_hersenletsel_2013.pdf

medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 bij de beoordeling betrokken, omdat deze als richtlijn geldt voor de indicatiegroepen waarvoor revalidatieartsen zorg kunnen aanbieden.²

Hoogachtend,

Zorginstituut Nederland
Zorg I

Datum
20 mei 2021

Onze referentie
2021019593

² Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Indicatiestelling medisch specialistische revalidatie, april 2016.
Te raadplegen via:
https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indicatiestelling_def_april_2016_m_vra.pdf



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 13 oktober 2020 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij post commotioneel syndroom (PCS), waarbij geen hersenletsel is aangetoond.

Bij uw adviesaanvraag hebt u ook een kopie van het dossier gestuurd. Op 14 december 2020 heeft het Zorginstituut het voorlopig advies aan uw commissie verstuurd. Vervolgens heeft uw commissie op 27 januari 2021 het hoorzittingsverslag d.d. 20 januari 2021 en aanvullende stukken aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek om een definitief advies.

In artikel 16 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zvw is bepaald.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoekster op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Het voorlopig advies d.d. 14 december 2020 wordt hieronder voor de volledigheid herhaald.

Voorlopig advies

Situatie van verzoekster

Op 9 maart 2019 heeft verzoekster tijdens het verzorgen van een paard een klap van het paardenhoofd tegen haar hoofd gehad. Zij ondervond nauwelijks directe gevolgen, maar na enkele dagen ontwikkelde zij hoofdpijn en cognitieve klachten die haar functioneren ernstig belemmerden en wendde zij zich tot de huisarts. Nadat de klachten ongeveer zes weken aanhielden, verwees de huisarts haar naar een neuroloog. Op 3 mei 2019 rapporteerde de neuroloog dat verzoekster veel hoofdpijn had frontaal, moeite om op woorden te komen, duizelig was en moeite had met concentreren. Op dat moment kon zij een uur per dag werken met daarna veel hoofdpijnklachten. Een CT-scan liet geen afwijkingen zien (m.n. geen contusiehaarden). De neuroloog stelde de diagnose postcommotionele klachten en adviseerde verzoekster contact op te nemen met een bepaalde revalidatie-instelling. Op 28 mei 2019 volgde nog de verwijsbrief.

Op 30 mei 2019 rapporteerde de revalidatiearts dat sprake is van invaliderende cognitieve klachten, hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid, verminderde emotieregulatie en prikkelbaarheid. Autorijden, werk (voor de klas staan, vergaderen, PC werk, lange gesprekken) is niet mogelijk, noch ADL. Daarnaast is sprake van verstoorde sociale en sport activiteiten en gezinsleven en WPN-niveau



3. Aangezien eerdere specialistische zorg en eerstelijnszorg niet geleid hebben tot verbetering van sociaalmaatschappelijke participatie, is een interdisciplinair medisch-specialistisch revalidatietraject geïndiceerd. Hiervoor is een machtigingsverzoek ingediend. Op dat moment had de eerstelijnszorg alleen bestaan uit een contact met de POH-GGZ.

In een aanvraag van 25 oktober 2019 heeft de revalidatiearts aanvullend verklaard, na consultatie op 9 oktober 2019, dat inmiddels buiten twee consulten POH-GGZ de volgende eerstelijnszorg heeft plaatsgevonden: psychosomatische fysiotherapie (14x), fysiotherapie (3x), psycholoog (6x) en ergotherapie (7x). In het dossier zijn geen gegevens voorhanden van eventuele verwijzing naar deze zorgverleners, noch van hun bevindingen en resultaten van hun behandeling.

De zorgaanbieder heeft meerdere keren een aanvraag gedaan voor verzoekster. Verweerder heeft de aanvragen telkens afgewezen. Verweerder heeft hierbij verschillende afwijsgonden gebruikt. In de laatste brief d.d. 11 november 2020 geeft verweerder aan dat verzoekster niet redelijkerwijs op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen, dat er geen sprake is van doelmatige zorg en dat er geen wetenschappelijke onderbouwing voor de aangevraagde behandeling is.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten (waaronder revalidatieartsen) die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.¹ Het criterium bepaalt of een specifieke behandeling behoort tot het verzekerde pakket. Nadat is vastgesteld dat een behandeling als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie.²

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden

De interdisciplinaire behandeling onder supervisie en met inbreng van de revalidatiearts is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. De afbakening van ziektes, aandoeningen of stoornissen waarvoor IMSR geïndiceerd is, is onderwerp van discussie.

Stand van de wetenschap en praktijk

Verweerder heeft in de afwijzing d.d. 5 maart 2020 aangegeven dat de voorgestelde behandeling bij de diagnose van verzoekster niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder heeft dit niet verder onderbouwd. Ook in de brief aan de SKGZ d.d. 11 november 2020 geeft verweerder als een aanvullend argument voor afwijzing aan dat uit de (beperkte) wetenschappelijke literatuur over PCS-revalidatie geen duidelijke meerwaarde van IMSR naar voren komt. Het is onduidelijk op welke literatuur dit standpunt betrekking heeft.

¹ Art. 2.1 lid 2 Bzv

² Art. 2.1 lid 3 Bzv



Het is primair aan verweerder om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt, verweerder dient eerst zelf te na te gaan of de gevraagde behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen.

Indicatie

Ook als blijkt dat de klinische effectiviteit van IMSR bij PCS voldoende onderbouwd is, bestaat er discussie over de vraag of PCS een indicatie kan zijn voor IMSR.

Hersenletsel wordt gerekend tot de gangbare indicaties voor IMSR. In het standpunt van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' (2015) worden de doelgroepen voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie benoemd. Relevant voor het geschil is de doelgroep: 'somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitiviteit bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn.'³

Aangezien in het standpunt van het Zorginstituut niet scherper is omschreven wat wordt verstaan onder 'somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel' is op dit moment niet vast te stellen dat PCS daar niet onder valt, hoewel er geen objectiveerbare afwijkingen zijn.

In de nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 is beschreven wanneer er sprake is van een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.⁴ In bijlage II van de nota vallen hoofdpijn- en cognitieve klachten onder de diagnose- hoofdgroep 'Hersenen', waaronder 7 specifieke (categorieën van) aandoeningen zijn beschreven. De diagnose 'contusio cerebri' maakt hiervan deel uit, maar de diagnose 'commotio cerebri' of PCS niet. Een deel van de symptomen die gerekend kunnen worden tot het PCS komen ook voor bij een situatie van of na contusio cerebri, wat mede aanleiding is voor de discussie rond PCS als indicatie voor IMSR. Bij contusio cerebri zijn deze klachten doorgaans ernstiger, zijn er ook andere klachten en zijn bij beeldvormende onderzoek meestal afwijkingen zichtbaar, die met deze klachten verband houden.

In het behandelkader Traumatisch hersenletsel van de VRA zijn twee inclusiecriteria benoemd voor IMSR-behandeling van volwassen patiënten:

1. diagnose traumatisch hersenletsel, ontstaan ten gevolge van een oorzaak buiten het lichaam, met als gevolg fysieke, visuele, communicatieve, cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige stoornissen leidend tot beperkingen op activiteiten- en participatieniveau; hierbij zijn de problemen van dien aard dat (interdisciplinaire) revalidatiegeneeskundige behandeling is aangewezen;

³ Zorginstituut Nederland, Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, 22-06-2015. Te raadplegen via:
<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2015/06/22/medisch-specialistische-revalidatie-zorg-zoals-revalidatieartsen-plegen-te-bieden>

⁴ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Indiciestelling medisch specialistische revalidatie, april 2016. Te raadplegen via:
https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indiciestelling_def_april_2016_in_vra.pdf



2. diagnose gesteld door een neuroloog, zichtbaar middels beeldvorming en/of met overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie (CBO richtlijn opvang patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel 2010).⁵

Aangezien in het eerste inclusiecriteria voor de doelgroepen van het behandelkader gebruik is gemaakt van omschrijving 'en/of' valt niet uit te sluiten dat er bij uitsluitend cognitieve stoornissen een indicatie voor IMSR kan zijn. Volgens het tweede criterium moet echter wel sprake zijn van afwijkingen bij beeldvormende diagnostiek en/of overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie. Op basis van de gegevens in het dossier is gebleken dat er geen sprake is van afwijkingen bij het verrichte CT-onderzoek en kan niet worden vastgesteld dat sprake is van de genoemde klinische symptomen.

Conclusie

Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen. Over het PCS als indicatie voor IMSR bestaat veel discussie. Op grond van het standpunt over IMSR van het Zorginstituut uit 2015 is de indicatie PCS niet geheel uit te sluiten. Bij de aandoeningen onder de hoofddiagnosegroep 'Hersenen' van de nota indicatiestelling van de VRA uit 2016 is echter de met PCS samenhangende diagnose 'commotio cerebri' niet opgenomen. Ook is op basis van de gegevens in het dossier niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van de klinische symptomen die benoemd zijn bij de inclusiecriteria voor de doelgroepen voor IMSR-behandeling bij traumatisch hersenletsel.

Het voorlopig advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier verweerder te vragen zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen.

Definitief advies

Aanvullende informatie

Verweerder heeft zijn standpunt dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie (IMSR) bij post commotioneel syndroom (PCS) niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk nader onderbouwd. Verweerder verwijst hierbij naar wetenschappelijke artikelen en naar een aantal nationale en internationale richtlijnen over de behandeling van PCS, waarin IMSR niet wordt aanbevolen.

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Om te kunnen beoordelen of IMSR bij de indicatie PCS verzekerde zorg is, moet de vraag beantwoord worden of IMSR bij deze indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verweerder geeft aan dat IMSR bij PCS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en baseert zich op een aantal artikelen en een aantal nationale en internationale richtlijnen waarin IMSR bij PCS niet wordt genoemd als behandeloptie. Volgens verweerder zijn er een beperkt aantal studies en ook nog van onvoldoende niveau die de meerwaarde van de inzet van IMSR bij PCS in voldoende mate ondersteunen.

⁵ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Behandelkader Traumatisch Hersenletsel, maart 2013. Te raadplegen via: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders>



Het Zorginstituut heeft op 22 februari 2021 een aanvullend literatuuronderzoek uitgevoerd in Medline (Pubmed).⁶ Er is naast PCS ook gezocht naar studies over Mild Traumatic Brain Injury (MTBI), om geen relevante trials te missen. De search leverde 51 originele artikelen op en drie literatuurreviews. Uit deze lijst met artikelen en de drie reviews kwamen zes onderzoeken naar voren, waarin gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is verricht naar de indicatie-interventie-combinatie PCS of MTBI en multi- of interdisciplinaire behandeling bij volwassen patiënten, die niet tot een heel specifieke doelgroep behoorden (zoals militairen).

Vier studies hebben betrekking op het effect van multi- of interdisciplinaire behandeling op postcontusionele klachten bij MTBI, waarbij de behandeling aanvang binnen twee maanden na het hoofdtrauma is gestart.⁷ In deze studies zijn geen significante effecten gevonden op de onderzochte uitkomsten. Hieruit kan dus niet afgeleid worden dat multi- of interdisciplinaire behandeling voor mogelijke subgroepen van patiënten met PCS effectief zou kunnen zijn.

Twee studies richten zich specifiek op de effecten van multi- of interdisciplinaire behandeling bij patiënten met PCS.⁸ Beide studies zijn eind 2019 gepubliceerd, dus waren op moment van de afwijzing van de aanvraag tot vergoeding nog niet beschikbaar. Eén van deze studies richt zich op patiënten van 15-30 jaar en is daarom niet goed van toepassing op dit geschil. Er is dus slechts één studie beschikbaar, die zich specifiek richt op PCS en goed past bij het geschil. De studie levert onderbouwing van lage kwaliteit, onder meer omdat een klein patiëntenaantal is onderzocht. Het vastgestelde effect is daarmee onzeker. De studie concludeert dat er een significant, maar klein verschil is op de primaire uitkomstmaat, de klachtscore. Vanwege de beperkte omvang van het effect kan deze uitkomst niet klinisch relevant genoemd worden, hiervoor is een Effectsize van 0,50 of hoger nodig. De onderzochte uitkomstmaten die betrekking hebben op het fysiek en sociaal functioneren behoren tot de cruciale uitkomsten voor het vaststellen van stand van wetenschap en praktijk. Ook op deze uitkomstmaten is een significant effect met een beperkte (niet klinisch relevante) omvang

⁶ Daarbij werden de volgende zoektermen gebruikt: (((postconussi* OR post-concussi*) AND (syndrome* OR symptom*)) OR "Post-Concussion Syndrome"[MESH] OR "Mild Traumatic Brain Injury"[tiab]) AND (interdisciplin*[tiab] OR multidisciplin*[tiab] OR collaborative[tiab] OR "Combined Modality Therapy"[Mesh]); PICOT geoperationaliseerd in P=patiënten met PCS of MTBI, in eerste maanden na hoofdtrauma of na langere tijd bij persistentere klachten; I=multi- of interdisciplinaire behandeling vergelijkbaar met IMSR; C=standard care, geen interventie of andere interventie; O=cruciale outcome is verbetering activiteiten/functioneren, verbetering participatie of kwaliteit van leven; secundaire outcome is afname van klachten of vermoeidheid.

⁷ Elgmark Andersson E, Emanuelson I, Björklund R, et al. Mild traumatic brain injuries: the impact of early intervention on late sequelae. A randomized controlled trial. *Acta Neurochir (Wien)* 2007; 149: 151-9; discussion 60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17252176>
Andersson EE, Bedics BK and Falkmer T. Mild traumatic brain injuries: a 10-year follow-up. *J Rehabil Med* 2011; 43: 323-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21271211>
Ghaffar O, McCullagh S, Ouchterlony D, et al. Randomized treatment trial in mild traumatic brain injury. *J Psychosom Res* 2006; 61: 153-60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16880017>
Paniak C, Toller-Lobe G, Durand A, et al. A randomized trial of two treatments for mild traumatic brain injury. *Brain Inj* 1998; 12: 1011-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9876861>
Vikane E, Hellström T, Roe C, et al. Multidisciplinary outpatient treatment in patients with mild traumatic brain injury: A randomised controlled intervention study. *Brain Inj* 2017; 31: 475-84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28296510>

⁸ Rytter HM, Westenbaek K, Henriksen H, et al. Specialized interdisciplinary rehabilitation reduces persistent post-concussive symptoms: a randomized clinical trial. *Brain Inj* 2019; 33: 266-81. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30500267>

Thastum MM, Rask CU, Naess-Schmidt ET, et al. Novel interdisciplinary intervention, GAIN, vs. enhanced usual care to reduce high levels of post-concussion symptoms in adolescents and young adults 2-6 months post-injury: A randomised trial. *EClinicalMedicine* 2019; 17: 100214. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31891145>



vastgesteld. Op andere aspecten van kwaliteit van leven zijn geen verschillen tussen interventie- en controlegroep vastgesteld. Dus ook hier is de met onzekerheid omgeven conclusie dat er een significant, maar niet klinisch relevant effect is op fysiek en sociaal functioneren.

Omdat zowel op de primaire uitkomstmaat van de studie als op de voor dit review cruciale uitkomstmaten weliswaar significante, maar niet klinisch relevante effecten zijn vastgesteld, is de conclusie dat de indicatie-interventiecombinatie PCS-IMSR niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. De bestudeerde RCT's die breder multi- of interdisciplinaire behandeling bij MTBI hebben bestudeerd ondersteunen deze conclusie, omdat hieruit geen aanwijzingen voor effectiviteit naar voren komen.

Conclusie

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie bij PCS waarbij geen hersenletsel is aangetoond voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering.

Het definitief advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

Interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij post commotioneel syndroom (PCS) waarbij geen hersenletsel is aangetoond komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.



Advies Zorginstituut Nederland in een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft op 13 oktober 2020 aan Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster en verweerder hebben een geschil over de vergoeding van interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie (IMSR) bij post commotioneel syndroom (PCS), waarbij geen hersenletsel is aangetoond.

Bij de adviesaanvraag heeft de SKGZ een kopie van het dossier gestuurd. Het Zorginstituut brengt een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting en/of aanvullende stukken nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

In artikel 16 van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering is de aanspraak op medisch-specialistische zorg omschreven. Dit komt overeen met de Zvw.

Vooraf merkt het Zorginstituut nog op dat zijn adviestaak beperkt is tot de vraag of verzoekster aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Dit betekent dat het Zorginstituut twee vragen beantwoordt. Namelijk, of de zorg in geschil onderdeel is van het basispakket en vervolgens of verzoekster op deze zorg is aangewezen. Dit laatste is een medische beoordeling. Het Zorginstituut baseert het advies op de beschikbare informatie in het toegezonden dossier.

Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op een beslissing van verweerder op basis van de aanvullende verzekering of coulance.

Situatie van verzoekster

Op 9 maart 2019 heeft verzoekster tijdens het verzorgen van een paard een klap van het paardenhoofd tegen haar hoofd gehad. Zij ondervond nauwelijks directe gevolgen, maar na enkele dagen ontwikkelde zij hoofdpijn en cognitieve klachten die haar functioneren ernstig belemmerden en wendde zij zich tot de huisarts. Nadat de klachten ongeveer zes weken aanhielden, verwees de huisarts haar naar een neuroloog. Op 3 mei 2019 rapporteerde de neuroloog dat verzoekster veel hoofdpijn had frontaal, moeite om op woorden te komen, duizelig was en moeite had met concentreren. Op dat moment kon zij een uur per dag werken met daarna veel hoofdpijnlachtnen. Een CT-scan liet geen afwijkingen zien (m.n. geen contusiehaarden). De neuroloog stelde de diagnose postcommotionele klachten en adviseerde verzoekster contact op te nemen met een bepaalde revalidatie-instelling. Op 28 mei 2019 volgde nog de verwijfsbrief.

Op 30 mei 2019 rapporteerde de revalidatiearts dat sprake is van invaliderende cognitieve klachten, hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid, verminderde emotieregulatie en prikkelbaarheid. Autorijden, werk (voor de klas staan, vergaderen, PC werk, lange gesprekken) is niet mogelijk, noch ADL. Daarnaast is sprake van verstoorde sociale en sport activiteiten en gezinsleven en WPN-niveau 3. Aangezien eerdere specialistische zorg en eerstelijnszorg niet geleid hebben tot verbetering van sociaalmaatschappelijke participatie, is een interdisciplinair medisch-specialistisch revalidatietraject geïndiceerd. Hiervoor is een machtigingsverzoek ingediend. Op dat moment had de eerstelijnszorg alleen bestaan uit een contact met de POH-GGZ.



In een aanvraag van 25 oktober 2019 heeft de revalidatiearts aanvullend verklaard, na consultatie op 9 oktober 2019, dat inmiddels buiten twee consulten POH-GGZ is de volgende eerstelijnszorg heeft plaatsgevonden: psychosomatische fysiotherapie (14x), fysiotherapie (3x), psycholoog (6x) en ergotherapie (7x). In het dossier zijn geen gegevens voorhanden van eventuele verwijzing naar deze zorgverleners, noch van hun bevindingen en resultaten van hun behandeling.

De zorgaanbieder heeft meerdere keren een aanvraag gedaan voor verzoekster. Verweerder heeft de aanvragen telkens afgewezen. Verweerder heeft hierbij verschillende afwijsgonden gebruikt. In de laatste brief d.d. 11 november 2020 geeft verweerder aan dat verzoekster niet redelijkerwijs op interdisciplinaire medisch-specialistische revalidatie is aangewezen, dat er geen sprake is van doelmatige zorg en dat er geen wetenschappelijke onderbouwing voor de aangevraagde behandeling is.

Juridisch kader

Op grond van artikel 2.4, lid 1, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) omvat geneeskundige zorg, zorg zoals onder meer medisch specialisten (waaronder revalidatieartsen) die plegen te bieden. Verder geldt dat de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'.¹ Het criterium bepaalt of een specifieke behandeling behoort tot het verzekerde pakket. Nadat is vastgesteld dat een behandeling als een verzekerde prestatie is aan te merken, dient te worden vastgesteld of een individuele verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de prestatie.²

Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden

De interdisciplinaire behandeling onder supervisie en met inbreng van de revalidatiearts is zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden. De afbakening van ziektes, aandoeningen of stoornissen waarvoor IMSR geïndiceerd is, is onderwerp van discussie.

Stand van de wetenschap en praktijk

Verweerder heeft in de afwijzing d.d. 5 maart 2020 aangegeven dat de voorgestelde behandeling bij de diagnose van verzoekster niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder heeft dit niet verder onderbouwd. Ook in de brief aan de SKGZ d.d. 11 november 2020 geeft verweerder als een aanvullend argument voor afwijzing aan dat uit de (beperkte) wetenschappelijke literatuur over PCS-revalidatie geen duidelijke meerwaarde van IMSR naar voren komt. Het is onduidelijk op welke literatuur dit standpunt betrekking heeft.

Het is primair aan verweerder om te beslissen of een bepaalde interventie onder de dekking van de polis valt, verweerder dient eerst zelf te na te gaan of de gevraagde behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen.

¹ Art. 2.1 lid 2 Bzv

² Art. 2.1 lid 3 Bzv



Indicatie

Ook als blijkt dat de klinische effectiviteit van IMSR bij PCS voldoende onderbouwd is, bestaat er discussie over de vraag of PCS een indicatie kan zijn voor IMSR.

Hersenletsel wordt gerekend tot de gangbare indicaties voor IMSR. In het standpunt van het Zorginstituut 'Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden' (2015) worden de doelgroepen voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie benoemd. Relevant voor het geschil is de doelgroep: 'somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitiviteit bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn.'³

Aangezien in het standpunt van het Zorginstituut niet scherper is omschreven wat wordt verstaan onder 'somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel' is op dit moment niet vast te stellen dat PCS daar niet onder valt, hoewel er geen objectiveerbare afwijkingen zijn.

In de nota indicatiestelling medisch specialistische revalidatie van de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) uit 2016 is beschreven wanneer er sprake is van een indicatie voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.⁴ In bijlage II van de nota vallen hoofdpijn- en cognitieve klachten onder de diagnose-hoofdgroep 'Hersenen', waaronder 7 specifieke (categorieën van) aandoeningen zijn beschreven. De diagnose 'contusio cerebri' maakt hiervan deel uit, maar de diagnose 'commotio cerebri' of PCS niet. Een deel van de symptomen die gerekend kunnen worden tot het PCS komen ook voor bij een situatie van of na contusio cerebri, wat mede aanleiding is voor de discussie rond PCS als indicatie voor IMSR. Bij contusio cerebri zijn deze klachten doorgaans ernstiger, zijn er ook andere klachten en zijn bij beeldvormende onderzoek meestal afwijkingen zichtbaar, die met deze klachten verband houden.

In het behandelkader Traumatisch hersenletsel van de VRA zijn twee inclusiecriteria benoemd voor IMSR-behandeling van volwassen patiënten:

1. diagnose traumatisch hersenletsel, ontstaan ten gevolge van een oorzaak buiten het lichaam, met als gevolg fysieke, visuele, communicatieve, cognitieve, emotionele en/of gedragsmatige stoornissen leidend tot beperkingen op activiteiten- en participatieniveau; hierbij zijn de problemen van dien aard dat (interdisciplinaire) revalidatiegeneeskundige behandeling is aangewezen;
2. diagnose gesteld door een neuroloog, zichtbaar middels beeldvorming en/of met overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie (CBO richtlijn opvang patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel 2010).⁵

³ Zorginstituut Nederland, Medisch-specialistische revalidatie: zorg zoals revalidatieartsen plegen te bieden, 22-06-2015. Te raadplegen via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2015/06/22/medisch-specialistische-revalidatie-zorg-zoals-revalidatieartsen-plegen-te-bieden>

⁴ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Indiciestelling medisch specialistische revalidatie, april 2016. Te raadplegen via: https://revalidatiegeneeskunde.nl/sites/default/files/attachments/Beleid/nota_indiciestelling_def_april_2016_rm_vra.pdf

⁵ Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen, Behandelkader Traumatisch Hersenletsel, maart 2013. Te raadplegen via: <https://revalidatiegeneeskunde.nl/behandelkaders>



Aangezien in het eerste inclusiecriteria voor de doelgroepen van het behandelkader gebruik is gemaakt van omschrijving 'en/of' valt niet uit te sluiten dat er bij uitsluitend cognitieve stoornissen een indicatie voor IMSR kan zijn. Volgens het tweede criterium moet echter wel sprake zijn van afwijkingen bij beeldvormende diagnostiek en/of overtuigende aanwezigheid van (voorbijgaande) verwardheid, bewustzijnsverlies en/of anterograde posttraumatische amnesie. Op basis van de gegevens in het dossier is gebleken dat er geen sprake is van afwijkingen bij het verrichte CT-onderzoek en kan niet worden vastgesteld dat sprake is van de genoemde klinische symptomen.

Conclusie

Verweerder dient zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen. Over het PCS als indicatie voor IMSR bestaat veel discussie. Op grond van het standpunt over IMSR van het Zorginstituut uit 2015 is de indicatie PCS niet geheel uit te sluiten. Bij de aandoeningen onder de hoofddiagnosegroep 'Hersenen' van de nota indicatiestelling van de VRA uit 2016 is echter de met PCS samenhangende diagnose 'commotio cerebri' niet opgenomen. Ook is op basis van de gegevens in het dossier niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van de klinische symptomen die benoemd zijn bij de inclusiecriteria voor de doelgroepen voor IMSR-behandeling bij traumatisch hersenletsel.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier verweerder te vragen zijn uitspraak over de 'stand van de wetenschap en praktijk' nader te onderbouwen.