

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, tegen C te D
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, knieprothese
Zaaknummer : 2009.01333
Zittingsdatum : 18 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 december 2008, waarbij haar is medegedeeld dat de kosten van een knieoperatie in Klinikum Oldenburg te Duitsland (hierna: de kliniek) worden vergoed tot maximaal het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme tarief voor de aangevraagde behandeling.

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 Basisverzekering Noord-Nederland (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “primäre gonarthrose beidseitig (rechts), vorhandensein von orthopädischen Gelenkimplantaten, Lockerung bzw. Dislokation der Patellaersatzkomponente (rechts)”. De behandelend zorgverlener heeft een afschrift van de brief met daarin de gestelde diagnose naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft het toesturen van deze brief aangemerkt als een aanvraag voor vergoeding van de kosten van deze ingreep. Bij brief van 1 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de kosten van een knieoperatie in de kliniek worden vergoed tot maximaal het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme tarief voor de aangevraagde behandeling.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 10 juni 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Verzoekster heeft de commissie tevens verzocht om het geschil, conform artikel 12 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, met spoed te behandelen. Bij brief van 16 juli 2009 heeft de commissie verzoekster medegedeeld

dat naar haar mening geen aanleiding bestaat tot het voeren een spoedprocedure.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 20 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 24 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29092235) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er geen reden is om aan te nemen dat de betreffende ingreep niet in Nederland (bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder) mogelijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 16 november 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 19 november 2009 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 24 november 2009 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, het volgende. Verzoekster is om meerdere redenen van mening dat de kosten van de knieoperatie die zij in de kliniek wil ondergaan volledig dienen te worden vergoed. Ten eerste is zij van mening dat in casu sprake is van nazorg van de operatie die zij in 2001 in dezelfde kliniek heeft ondergaan aan haar rechterknie. Destijds heeft zij een prothese in haar rechterbovenbeen gekregen, alsmede in haar rechteronderbeen, en een kunststof knieschijf. Thans ondervindt zij problemen van deze prothesen. Ten tweede heeft verzoekster de afdeling bemiddeling van de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd en ook verkregen alvorens zij voor een consult naar de kliniek is gegaan, aldus verzoekster. Ten derde is de gevraagde medische zorg in Nederland niet op dezelfde wijze voorhanden. Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt, volgens verzoekster, dat het noodzakelijk is dat zij in de desbetreffende kliniek in Duitsland wordt behandeld. Dit omdat zij ook de vorige operatie in deze kliniek heeft on-

dergaan en de techniek die hier wordt toegepast een geheel andere is dan die in Nederlandse ziekenhuizen wordt toegepast.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat zij in 2001 op initiatief van de ziektekostenverzekeraar in Duitsland geopereerd is. Nadat zij in 2008 opnieuw klachten kreeg aan haar rechterknie heeft zij contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar en medegedeeld hiervoor opnieuw behandeld te willen worden in dezelfde kliniek. Zij heeft hierbij vermeld dat het om dezelfde problemen ging als in 2001 en dat zij dit als nazorg van de eerdere behandeling beschouwd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij niet vermeld dat zij niet weer in deze kliniek behandeld kon worden, of dat een andere vergoedingsnorm van toepassing zou zijn indien zij wel in deze kliniek zou worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster verwachtingen gewekt dat sprake was van nazorg en dat de kosten van de behandeling in de kliniek volledig zouden worden vergoed.
- 4.3. Verzoekster wijst erop dat de zorg, zoals deze in de kliniek wordt verleend, niet op dezelfde wijze in Nederland kan worden verleend. Op grond van artikel 32.5 aanhef en onder b van de polisvoorwaarden worden ook in dat geval de kosten van de behandeling volledig vergoed. De behandelend arts heeft weliswaar verklaard dat de operatie door iedere chirurg, die vertrouwd is met prothese-implantaties, kan worden uitgevoerd, maar dit wil volgens verzoekster niet zeggen dat de ingreep in Nederland ook dezelfde is als die in Duitsland. In Duitsland is de nazorg na de operatie op een geheel andere wijze geregeld dan in Nederland. Zo blijkt uit de voorcalculatie van de kliniek dat sprake is van een vermoedelijke ziekenhuisopname van vijftien nachten; in Nederland wordt de patiënt reeds na vier dagen ontslagen uit het ziekenhuis.
- 4.4. De behandeling in Duitsland is goedkoper dan in Nederland. Mochten er echter complicaties optreden, dan moeten deze in Duitsland apart betaald worden. Deze kosten kunnen behoorlijk oplopen en verzoekster heeft niet de middelen die eventuele kosten te betalen.
- 4.5. Verzoekster benadrukt dat zij via de ziektekostenverzekeraar is doorverwezen naar mevrouw [naam] om een afspraak te maken bij de kliniek. Zij heeft dus niet zelf met de kliniek gebeld. Verzoekster merkt hierbij op dat haar niet duidelijk was dat mevrouw [naam] niet werkzaam was voor de ziektekostenverzekeraar; daar is zij pas later achter gekomen.
- 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, dat hij geen contract heeft afgesloten met de kliniek. Als een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener, worden de kosten van de zorg, voor zover verleend vóór 1 januari 2009, vergoed tot maximaal het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme tarief. Vanaf 1 januari 2009 geldt dat nog maximaal 80% van het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde marktconforme tarief wordt vergoed. Voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener bestaat slechts aanspraak op volledige vergoeding van de kosten, zonder maximum, indien sprake is van wachtlijstbemiddeling of indien de medisch noodzakelijke zorg in Nederland niet voorhanden is. Er is echter geen sprake van wachtlijstbemiddeling, omdat verzoekster niet op een wachtlijst van een gecontracteerde zorgaanbieder is

opgenomen. Daar komt bij dat toestemming in het kader van wachtlijstbemiddeling nooit telefonisch, maar uitsluitend schriftelijk wordt verleend. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de afdeling wachtlijstbemiddeling verzoekster telefonisch heeft geïnformeerd over de regels met betrekking tot vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in het buitenland. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster uit service-overwegingen het telefoonnummer van mevrouw [naam] gegeven, zodat zij zelf een afspraak kan maken en een offerte/behandelplan kan opvragen. Mevrouw [naam] is niet in dienst bij de ziektekostenverzekeraar, maar heeft een eigen adviesbureau met contacten in de kliniek, waardoor het voor haar mogelijk is te bemiddelen in snellere toegang voor patiënten.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het opvragen van een offerte/behandelplan een standaardprocedure is om te kunnen bepalen of de voorgestelde behandeling als verzekerde zorg is aan te merken en om de hoogte van de vergoeding te kunnen bepalen. Bij het vaststellen van het marktconform tarief in 2008 is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van een operatie zonder vervanging van de gewrichtsprothese. Uit de hernieuwde kostenraming van 20 april 2009 blijkt dat de kliniek nu uitgaat van vervanging van de knieprothese. De bijbehorende DBC is dan 0305110018030223. Dit betreft een DBC die vanaf 1 januari 2009 onder het B-segment valt, waarvoor de ziektekostenverzekeraar een gemiddeld tarief van € 11.445,46 heeft afgesproken met de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het maximale bedrag dat aan verzoekster kan worden vergoed is 80 percent hiervan en bedraagt derhalve € 9.156,37. Een bedrag van € 109,92 is reeds vergoed voor de eerste onderzoeken, zodat verzoekster in totaal nog recht heeft op een bedrag van maximaal € 9.046,45.
- 5.3. Daarnaast betreft het zorg die ook door een gecontracteerde zorgverlener in Nederland geleverd kan worden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aangevraagde behandeling niet als nazorg kan worden beschouwd. Er is evenmin telefonisch door de ziektekostenverzekeraar tegen verzoekster gezegd dat sprake is van nazorg.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat geen volledige vergoeding geldt aangevraagde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contract met de kliniek. Volgens de polisvoorwaarden van 2008 heeft verzoekster recht op 100 percent van het Nederlands tarief, namelijk een bedrag van maximaal € 11.445,46. In de polisvoorwaarden van 2009 is deze vergoeding beperkt tot 80 percent van dit bedrag.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat geen sprake is van nazorg, omdat zeven jaar is verstreken sinds de eerdere operatie, en er nu een andere indicatie is dan destijds. Mevrouw [naam] wordt niet door de ziektekostenverzekeraar betaald, zij is slechts een contactpersoon. Het betreft in dit geval geen wachtlijstbemiddeling, omdat de ziektekostenverzekeraar in dat geval zelf contact op zou nemen met de contactpersoon. De reden dat verzoekster is doorverwezen, was haar te helpen bij het maken van een afspraak in de kliniek. Pas na ontvangst van de offerte of het behandelplan kan beoordeeld worden of een operatie tot de verzekerde zorg behoort. Pas daarna kan de juiste DBC-code worden vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat nooit schriftelijk dan wel mondeling is toegezegd dat (volledige) vergoeding zou plaatsvinden.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster, ter zake van de onderhavige knieoperatie, aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan maximaal het marktconforme tarief voor deze behandeling, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 8 tot en met 32 van de zorgverzekering. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is opgenomen in artikel 11 van de zorgverzekering. Artikel 3.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“De verzekerde kan voor de zorg of diensten, genoemd in lid 1 of lid 2 sub b van dit artikel, ook gebruik maken van de diensten van zorgaanbieders met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten. [Naam ziektekostenverzekeraar] vergoedt in dat geval de gemaakte kosten, tot maximaal het marktconform tarief.
(...)”*

Artikel 3.6 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op vergoeding als zorg niet tijdig beschikbaar is:

“Indien de voor de verzekerde benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd door een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder heeft de verzekerde aanspraak op bemiddeling door [naam ziektekostenverzekeraar]. De aan deze zorg verbonden kosten worden in dat geval na overlegging van de nota en met inachtneming van de verzekeringsvoorwaarden, vergoed.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;

- indien en voorzover geen op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het marktconform tarief. Maatstaf voor het begrip ‘tijdig’ zijn de termijnen genoemd in de notitie Streefnormstelling wachttijden curatieve sector (Treeknormen). (...)”

Artikel 3.10 van de zorgverzekering bepaalt:

“Voor het recht op vergoeding van kosten van zorg buiten Nederland verleend, wordt verwezen naar artikel 32.”

terwijl genoemd artikel 32, voor zover thans van belang, als volgt luidt:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Als een verzekerde de zorg inroept van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde in artikel 3.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt volledige vergoeding van de kosten plaats voorzover:

- a. er sprake is van wachtlijstbemiddeling door [naam ziektekostenverzekeraar] of;*
- b. de zorg in Nederland niet voorhanden is en voorafgaande toestemming is verleend door [naam ziektekostenverzekeraar].”*

In artikel 1.40 wordt bij de begripsomschrijvingen de definitie van het marktconform tarief gegeven:

“Onder marktconform tarief wordt verstaan het gemiddelde tarief dat [naam ziektekostenverzekeraar] voor dezelfde zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder met dezelfde kwalificaties zou hebben betaald. Indien er sprake is van een landelijke markt wordt dit bedrag berekend op basis van het landelijk gemiddelde, is er sprake van een regionale markt dan wordt dit bedrag berekend op basis van het regionaal gemiddelde.”

- 7.3. De artikelen 3 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster met zijn brief van 1 december 2008 medegedeeld dat het marktconforme tarief van de betreffende ingreep € 10.000,- bedraagt. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code is 05.11.00.1803.0213 en heeft als omschrijving: ‘Reguliere zorg // Loslating/infectie/malpositie prothese knie / Operatief met klinische episode(n)’. Dit betreft op het moment van de aanvraag een DBC-prestatiecode uit het A-segment. Dit betekent dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van de DBC vaststelt; voor de

ze DBC is een prijs van € 10.049,85 vastgesteld. Het toepassen van deze DBC-prestatiecode is naar het oordeel van de commissie niet onredelijk.

- 7.7. Het onder 7.6 genoemde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en wordt geacht kostendekkend te zijn. Dat dit laatste in individuele situaties niet steeds het geval zal zijn, doet daaraan niet af. Het tarief is in de Nederlandse marktomstandigheden normaliter toereikend, waardoor de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest dan het toepasselijke tarief.
- 7.8. Verzoekster stelt dat sprake is van nazorg van de operatie die zij in 2001 heeft ondergaan. Verzoekster stelt voorts dat de afdeling bemiddeling van de ziektekostenverzekeraar haar visie hieromtrent deelt. De commissie overweegt dat met nazorg wordt bedoeld de controle op en zorg voor patiënten na een behandeling. De nazorg is derhalve gericht op het herstel van de patiënt na de ingreep. Indien de patiënt op korte termijn na de ingreep nogmaals moet worden behandeld, omdat de eerste ingreep niet het gewenste resultaat heeft, kan sprake zijn van een voortgezette behandeling. Indien de patiënt na geruime tijd klachten krijgt in het gebied waar de ingreep heeft plaatsgevonden, is echter sprake van een nieuwe indicatie. Nu de prothese in 2001 bij verzoekster is geplaatst en zij pas in 2008 klachten heeft gekregen van deze prothese, is de commissie van oordeel dat thans niet meer gesproken kan worden van nazorg of van een voortgezette behandeling.
- 7.9. Verzoekster stelt verder dat het noodzakelijk is dat zij de betreffende ingreep in de kliniek ondergaat, omdat zij ook de vorige operatie hier heeft ondergaan en de techniek die hier wordt toegepast een geheel andere is dan die in Nederlandse ziekenhuizen wordt toegepast. De commissie overweegt dat door de NZa een DBC is vastgesteld waar deze ingreep onder valt. De commissie meent daaruit te mogen afleiden dat de onderhalve zorg ook in Nederland kan worden verleend. Dat deze zorg wellicht niet op dezelfde wijze zou worden verleend, doet hier niet aan af, zeker nu verzoekster haar stelling op dit punt niet heeft onderbouwd. De commissie is overigens niet gebleken dat een reparatie van een in de kliniek geplaatste prothese niet mogelijk is in Nederland. Ook uit de verklaring van de arts van de kliniek blijkt naar het oordeel van de commissie, in tegenstelling tot hetgeen verzoekster stelt, niet dat de ingreep slechts in deze kliniek kan plaatsvinden.

Werking privaatrecht

- 7.10. Voor zover verzoekster stelt dat zij toestemming van de afdeling bemiddeling van de ziektekostenverzekeraar heeft gekregen voordat zij voor een consult naar de kliniek is gegaan, oordeelt de commissie als volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft voldoende gemotiveerd weersproken dat telefonisch toestemming zou zijn verleend in het kader van wachtlijstbemiddeling.
- 7.11. Ten algemene merkt de commissie hierbij nog op dat de zorgverzekeraar niet gebonden kan worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste

inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2009,

Voorzitter