



201502913
Zorginstituut Nederland

6 MAART 2016

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

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

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

0530.2016029730

Datum 15 maart 2016
Betreft Advies als bedoeld in artikel 114 Zorgverzekeringswet

Zaaknummer
2016028556

Onze referentie
2016029730

Uw referentie
G47 201502913

Uw brief van
3 maart 2016

Geachte voorzitter, commissie,

U hebt op 3 maart 2016 aan Zorginstituut Nederland advies gevraagd als bedoeld in artikel 114, derde lid Zorgverzekeringswet. Verzoeker en verweerder hebben een geschil over de aanspraak op chronische fysiotherapie. Bij uw adviesaanvraag hebt u ons ook een kopie van het dossier gestuurd, maar een verslag van de hoorzitting ontbreekt nog. Zorginstituut Nederland brengt daarom een voorlopig advies uit, dat nog aangepast kan worden als uit het verslag van de hoorzitting nieuwe feiten of omstandigheden naar voren komen.

Medische beoordeling

Na kennisneming van het geschil heeft Zorginstituut Nederland dit dossier voor een medische beoordeling voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft de stukken bestudeerd en deelt het volgende mee.

Achtergrond

Het geschil betreft de vraag of er op grond van bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (chronische lijst) aanspraak bestaat op fysiotherapie. De behandelend neuroloog van verzoeker geeft 28 november 2014 aan dat er sprake is van 'chronische lage rugpijn bij degeneratieve afwijkingen van de rug en daarnaast anamnestic neurogene claudicatio van de laterale recessus L5 links met op beeldvorming neuroforaminale stenose L4'. Op 6 mei 2015 heeft de neuroloog verzoeker verwezen voor "chronische fysiotherapie" op grond van de indicatie "tendomyogene rugklachten bij lumbale kanaalstenose, in verleden hernia- operatie gehad. Door verzoeker wordt aangegeven dat hij voldoet aan de indicatie voor fysiotherapie, te weten een aandoening van het skelet en/of spieren als gevolg van letsel na operatie, trauma of tumor. Volgens verweerder is er bij verzekerde geen sprake van een perifere zenuwaandoening met een door middel van een elektromyogram (EMG) aangetoonde motorische uitval.

Zorginhoudelijke voorwaarden

Op de chronische lijst wordt onderscheid gemaakt bij aandoeningen van het zenuwstelsel in ruggenmergaandoeningen, perifere zenuwaandoeningen indien sprake is van motorische uitval en het radiculair syndroom met motorische uitval. De verschillende indicaties worden hieronder nader gedefinieerd:

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
15 maart 2016

Onze referentie
2016029730

a. Ruggenmergaandoeningen

Ruggenmergaandoeningen worden gedefinieerd als myelopathieën. Veel verschillende pathologische processen kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn. Traumata (dwarslaesie) en compressie (intra en extramedullaire tumoren, vertebrogene myelumcompressie, abcessen, hematomen) zijn de belangrijkste oorzaken maar ook ontstekingsreacties (bv. acute gedissimineerde encefalomyelitis, multiple sclerose, radiotherapie), infectieuze ontstekingen, vasculaire stoornissen, deficiënties (Vitamine B12) en congenitale afwijkingen. De neurologische afwijkingen zijn afhankelijk van de plaats van het ziekteproces in het ruggenmerg.

b. Radiculair syndroom met motorische uitval

In de NHG standaard wordt het (lumbaal) radiculair syndroom (LRS) als volgt gediagnosticeerd: (aanvalsgewijze) volgens een dermatomaal patroon tot onder de knie uitstralende pijn in één been; in combinatie met: een positieve proef van Lasègue; of: neurologische prikkelings- of uitvalsverschijnselen, zich uitend in krachtsverlies, sensibele stoornissen en/of reflexveranderingen, herleidbaar tot één ruggenmergswortel. Indien naast de 'gewone' proef van Lasègue ook de gekruiste proef van Lasègue positief is, is het bestaan van een LRS zeer waarschijnlijk. Voor de conservatieve behandeling is het niet noodzakelijk onderscheid te maken tussen een LRS gelokaliseerd op niveau L4-L5 of L5-S1. Bij pijn die naar de genitaalstreek, de laterale zijde van het bovenbeen of naar de lies uitstraalt, is er mogelijk sprake van een *hooglumbaal radiculair syndroom* (niveau L1-L2 tot en met L3-L4).

c. Perifere zenuwaandoening met motorische uitval

Het perifere zenuwstelsel vormt de verbinding tussen het centrale zenuwstelsel en de huid, de spieren en de inwendige organen. Het perifere zenuwstelsel kan worden verdeeld in een somatische en een autonome component. Omdat het over motorische uitval gaat laten we de autonome component verder buiten beschouwing. Het somatische gedeelte omvat o.a. de motorische innervatie van de dwarsgestreepte (willekeurige) spieren (verantwoordelijk voor de motorische uitval). Perifere zenuwaandoening kan een mononeuropathie zijn (een zenuw is aangedaan) of polyneuropathie (wanneer aan beide zijden van het lichaam de functie van meerdere zenuwen min of meer symmetrisch tegelijkertijd zijn aangedaan), of een radiculopathie waarbij een of meerdere zenuwwortels zijn betrokken.

Net als bij ruggenmergaandoeningen kunnen vele pathologische processen aanleiding geven tot perifere zenuwaandoeningen al dan niet met motorische uitval.

- Acute polyneuropathieën kunnen ontstaan door o.a. ontstekingen (syndroom van Guillain-Barré) vasculaire stoornissen (vasculitiden vaak systemische vasculitiden als polyarthritis nodosa, reumatoïde artritis, primair syndroom van Sjögren, Lupus Erythematodes) en infectieuze aandoeningen (ziekte van Lyme).

- Chronische neuropathieën ontstaan geleidelijk (> dan 4 weken). Ook hiervoor zijn vele oorzaken bekend als erfelijke aandoeningen (ziekte van Charcot-Marie-Tooth HMSN I en II), immunologische stoornissen (paraproteïnemie (ziekte van Kahler, ziekte van Waldenström, benigne paraproteïnemie), vitaminedeficienties of intoxicaties (vitamine B12 deficiëntie, medicatie), metabole of endocriene ontregelingen (diabetes mellitus, nierinsufficiëntie, hypothyreoïdie).
- Plexusneuropathieën kunnen traumatisch zijn of veroorzaakt worden door tumoren (o.a. maligniteiten, lymfomen).
- De meest voorkomende oorzaken van mononeuropathieën zijn traumata waaronder compressie (bijvoorbeeld carpaal tunnelsyndroom, nervus ulnariscompressie). Soms zijn infectieziekten de oorzaak (lepra, varicella zoster virus, Borrelia burgdorfi).

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
15 maart 2016

Onze referentie
2016029730

Conclusie ten aanzien van de indicaties chronische lijst:

De conclusie die op basis van de bovenstaande beschrijvingen (a,b,c) getrokken kan worden is dat er sprake is van overlap tussen de verschillende indicaties (b en c) van de chronische lijst fysiotherapie.

Beoordeling

Uit de brief van de neuroloog (2014) blijkt dat verzoeker 67 jaar oud is (1949). De voorgeschiedenis van verzoeker laat zien dat er in 1990 sprake is geweest van chemonucleolyse L3–L4 en L4-L5 in 2001 en 2002 gevolgd door operaties niveau L4-L5 wegens laterale hernia nucleus pulposi (HNP). In 2004 is er opnieuw sprake van radiculopathie L5 links, in 2008 foraminale stenose C6-C7 links waarvoor conservatief beleid. In 2008 en 2009 opnieuw syedoradicaal beeld aan respectievelijk linkerbeen en rechterbeen waarvoor pijnbehandeling heeft plaatsgevonden, wortelblokkade L4 en facetdenervatie lumbaal links en een piriformis blok links. In 2013 en 2014 heeft verzoeker tweemaal een hartinfarct doorgemaakt.

Verzoeker heeft last van rugpijn in de lage onderrug. Dit moet ontlast worden door te gaan liggen. Daarnaast pijn uitstralend in linker been aan de voorzijde tot de grote teen, dit treedt op als hij een stukje gelopen heeft. Ter ontlasting moet hij gaan zitten. Fietsen gaat beter. Rugpijn staat op de voorgrond t.o.v. beenpijn. Aanvullend onderzoek MRI-LWK: postoperatieve status L4-L5 links met op dit niveaudico osteofytair aanpunting, annulaire fissuur en een mediane discusprotrusie. Hierbij foraminale en laterale facet hypertrofie links resulterende in neuroforaminale stenose met compressie van de uittredende wortel van L4 links. Voorts uitgebreide degeneratieve veranderingen.

Conclusie van de neuroloog

1. Chronisch lage rugpijn bij degeneratieve afwijkingen rug.
2. Anamnestic neurogene claudicatio van laterale recessus L5 links, met op beeldvorming neuroforaminale stenose L4 links.

De discussie in dit geschil betreft in deze de indicaties voor chronische fysiotherapie die vermeld zijn in de chronische lijst. Op basis van bovenstaande indeling is niet te onderbouwen dat er bij verzoeker sprake is van een ruggenmergaandoening (zie definitie onder a) conform de chronische lijst.

De problematiek van verzoeker is niet te duiden als een perifere zenuwaandoening met motorische uitval, er is immers in het dossier geen sprake van aangetoonde motorische uitval. De problematiek van verzoeker kan ook niet worden geduid als radiculair syndroom met motorische uitval. Voor deze indicatie zijn overigens maximaal 3 maanden fysiotherapie op basis van de chronische lijst mogelijk.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
15 maart 2016

Onze referentie
2016029730

Op grond van het voortgaande concludeert de medisch adviseur dat chronische lage rugpijn bij degeneratieve afwijkingen rug of neurogene claudicatio geen indicaties zijn conform de chronische lijst fysiotherapie. Op basis van de medische onderbouwing in het dossier is er bij verzoeker geen aanspraak op chronische fysiotherapie, aldus de medisch adviseur.

Juridische beoordeling

Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Op basis van de tussen partijen overeengekomen zorgverzekering en het advies van de medisch adviseur, concludeert Zorginstituut Nederland dat verzoeker niet in aanmerking komt voor vergoeding van chronische fysiotherapie. In het artikel over fysiotherapie is bepaald wanneer aanspraak bestaat op fysiotherapie. Dit komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Gelet op het advies van de medisch adviseur voldoet verzoeker niet aan de daar gestelde voorwaarden.

Ten slotte merkt Zorginstituut Nederland nog op dat de adviestaak van Zorginstituut Nederland beperkt is tot de vraag of een verzekerde aanspraak heeft op een verstrekking of een vergoeding op grond van de basisverzekering. Het advies van Zorginstituut Nederland kan dus geen betrekking hebben op een beslissing van een zorgverzekeraar op basis van de aanvullende verzekering.

Hoogachtend,