



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, multidisciplinaire behandeling tinnitus en hyperacusis, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201301797
Zittingsdatum : 2 april 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D tegen E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Zorg Polis Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een multidisciplinaire behandeling van tinnitus en hyperacusis in de Schön Klinik te Bad Arolsen, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 en 6 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 11 september 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 24 september 2013 heeft verzoeker 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 maart 2013 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 december 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013158530) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 3 april 2014 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 11 april 2014 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft al enige jaren last van tinnitus en hyperacusis (overgevoeligheid voor geluid). Hij lijdt aan lichamelijke en depressieve klachten en is als gevolg hiervan voor een groot deel arbeidsongeschikt. Verzoeker kampt onder meer met slaapstoornissen, neerslachtigheid en concentratieproblemen. Ook is in toenemende mate sprake van een sociaal isolement.
- 4.2. In Nederland is hij uitbehandeld; daarom wil hij naar de Schön Klinik in Bad Arolsen. Deze kliniek heeft een grote expertise op het terrein van de behandeling van patiënten met tinnitus. De behandeling vindt klinisch plaats gedurende vijf tot zes weken. De multidisciplinaire behandeling bestaat uit onder meer individuele psychotherapie, op interactie gerichte psychotherapie voor groepen, groepstherapie voor tinnitus en speciale gehoorthherapie. Daarnaast worden door een KNO-arts onderzoeken uitgevoerd en worden de uitslagen hiervan besproken met de patiënt.
- 4.3. Voorafgaand aan de behandeling vindt een ééndaagse opname plaats bij de KNO-afdeling van de kliniek. Tijdens deze opname worden verschillende onderzoeken gedaan om vast te stellen welke klachten precies bij de patiënt spelen, zodat een individueel behandelplan kan worden opgesteld. Dit onderzoek heeft bij verzoeker reeds plaatsgevonden. De uitkomsten hiervan heeft verzoeker in de procedure overgelegd. Als diagnoses zijn gesteld: hyperacusis, tinnitus en episoden van matige depressie. Geadviseerd wordt onder meer een klinische behandeling van de hyperacusis inclusief gehoorthherapie. Gezien de overgevoeligheid voor geluid is een indicatie aanwezig om verzoeker op een éénpersoonskamer onder te brengen.
- 4.4. Verzoeker heeft op grond van artikel 18 van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van audiologische zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft hem niet medegedeeld waarom dit artikel niet van toepassing is.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij in Nederland is uitbehandeld, terwijl hem in Duitsland een kans wordt geboden. De door de ziektekostenverzekeraar genoemde zorgaanbieder - waar een onderzoek naar tinnitus plaatsvindt - is gevestigd in Hoensbroek. Hoensbroek is echter te ver rijden voor verzoeker, aangezien hij niet lang in de auto kan zitten. In de kliniek in Duitsland worden zeer goede resultaten geboekt, en men heeft aldaar de verwachting uitgesproken dat verzoeker geholpen kan worden.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De door verzoeker gevraagde behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is bevestigd door het CVZ. Daarom is geen sprake van verzekerde zorg. De kosten van deze behandeling komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Ten aanzien van het beroep van verzoeker op artikel 18 van de zorgverzekering geldt dat dit niet kan slagen. Ook in het kader van dit artikel moet namelijk zijn voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals is bepaald in artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de gevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ter aanvulling is aangevoerd dat in Nederland, onder andere in Hoensbroek, een onderzoek loopt. Wellicht zou verzoeker zich tot deze zorgaanbieder kunnen wenden. Dit onderzoek wordt verricht in een onderzoekssetting, en wordt bekostigd uit het eigen budget van de instelling.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

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

- 8.3. In artikel 24 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op specialistische GGZ, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen. (...)"

- 8.4. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op audiologische zorg, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij audiologische zorg, zorg in verband met:

- onderzoek naar de gehoorfunctie;*
- advisering over de aan te schaffen gehoorapparatuur;*
- voorlichting over het gebruik van de apparatuur;*
- psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie;*
- hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taalstoornissen voor kinderen.*

Wie mag de zorg verlenen

Multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)."

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op zorg in het buitenland, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:

- 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;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.*

(...)

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. (...)"

- 8.6. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg zoals omschreven in de zorgverzekering als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en 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.

- 8.7. De artikelen 1.2, 9, 14, 18 en 24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waaronder specialistische GGZ, 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.

- 8.9. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De in het geding zijnde behandeling zal plaatsvinden in Duitsland, een lidstaat van de EU. Verzoeker is van plan naar deze lidstaat te gaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop tijdig aan verzoeker medegedeeld, dat het geen verzekerde zorg betreft. Wat betreft de vraag of verzoeker terecht de gevraagde toestemming is onthouden, overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Voor de aanspraak op zorg geldt ten algemene dat inhoud en omvang worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is verwoord in artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Ter beantwoording ligt dan ook de vraag voor of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

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.

- 9.4. 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.

- 9.5. Het CVZ heeft in zijn advies van 17 februari 2014 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. Het CVZ concludeert dat een multidisciplinaire behandeling van tinnitus en hyperacusis, zoals deze in de Schön Klinik te Bad Arolsen wordt uitgevoerd, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt het advies over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.6. Aangezien de gevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, is verzoeker de gevraagde toestemming in het kader van artikel 20 van Vo nr. 883/2004 terecht onthouden. Voorts bestaat om deze reden op grond van de zorgverzekering evenmin aanspraak op vergoeding, derhalve ook niet op basis van het door verzoeker aangehaalde artikel 18.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 april 2014,

Voorzitter