

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, gecombineerde behandeling van  
Lyme-borreliose, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 2012.00163  
Zittingsdatum : 21 november 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 WVEU)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling in verband met Lyme-borreliose, uitgevoerd te Augsburg (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij enkele ongedateerde uitkeringsberichten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de kosten gedeeltelijk worden vergoed.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat geen hogere vergoeding mogelijk is voor de gemaakte kosten.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 8 juni 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 juli 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 augustus 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012091585) 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 diagnostiek en behandeling die verzoekster in Augsburg ontving niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 november 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 november 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 6 december 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren, doch hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Mijn patiënte is sinds jaren bekend met de ziekte van Lyme. Ze is hiervoor ook behandeld met Cef[t]riaxon iv in het (...) Slotervaartziekenhuis. Ondanks deze behandeling heeft zij nog steeds veel klachten die haar beperken. Andere behandelingen worden in Nederland voor zover ik weet niet toegepast. Dit is wel het geval in Augsburg in Duitsland waar uitgebreide diagnostiek plaatsvindt, waarna obv de uitkomsten behandelingen worden voorgesteld. Men werkt in Augsburg volgens internationale richtlijnen van de I[L]ADS. De artsen in het Borreliose centrum in Augsburg zijn aangesloten bij het Deutsche Borreliose Gesellschaft. In Nederland is geen gelijksoortig centrum. Daarom ondersteun ik het verzoek van mijn patiënte om verder onderzoek en behandeling te laten uitvoeren in het Borreliose Centrum in Augsburg.”*
- 4.2. In 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar een gedeelte van de behandeling in Augsburg vergoed. De overige declaraties zijn afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster meermalen onjuist geïnformeerd over de vergoeding, en bij brief

van 15 november 2010 de toezegging gedaan dat de kosten van de behandeling in Augsburg voor vergoeding in aanmerking komen. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar onvoldoende gemotiveerd waarom de kosten niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kunnen worden gebracht.

- 4.3. Door de steeds wijzigende standpunten heeft de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen gewekt dat – indien aan een bepaalde voorwaarde was voldaan – de nota's voor volledige vergoeding in aanmerking zouden komen. Zodra verzoekster echter aantoonde dat zij aan de betreffende voorwaarde voldeed, kwam de ziektekostenverzekeraar met een nieuwe afwijzingsgrond.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling verweer gevoerd op het CVZ-advies. Door haar is aangevoerd dat de gevolgde behandeling wél conform de stand van de wetenschap en praktijk is.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aan verzoekster is een deel van de kosten vergoed van de behandelingen die zijn uitgevoerd in het Borreliose Centrum te Augsburg. Deze vergoeding is achteraf gezien niet terecht verleend, omdat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een en ander volgt uit een standpunt van het CVZ van 22 augustus 2011.
- 5.2. De vergoeding van de kosten van alternatieve geneeswijzen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is toegespitst op de Nederlandse markt. Als de therapeut is vermeld in de 'zorggids' van de ziektekostenverzekeraar, komen de kosten voor vergoeding in aanmerking. De therapeuten zijn dan aangesloten bij een beroepsgroep waarmee de ziektekostenverzekeraar een overeenkomst heeft. Een alternatieve therapeut in het buitenland zal geen lid zijn van een Nederlandse beroepsgroep.
- 5.3. 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 5 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 alsnog volledig 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 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 geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”*

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

*- 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;*

*- zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*

*- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)”*

8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als 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.”*

8.6. Artikel 1.4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2010, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.”*

- 8.7. De artikelen 1.2, 1.4, 9 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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.
- 8.10. Artikel 1.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als 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.”*

- 8.11. Artikel 1 van de ‘Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2’ van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*“onder alternatieve zorg wordt verstaan, consulten en/of behandelingen  
Door:*

- 1. een therapeut of arts die lid is van één van de volgende verenigingen: (...)*
- 2. een arts, die zich specifiek heeft toegelegd op:*
  - acupunctuur;*
  - behandeling op antroposofische grondslag;*
  - homeopathie;*
  - behandeling volgens de Moermanmethode;*
  - behandeling volgens de natuurgeneeswijze. (...)*
- 3. geneesmiddelen die voldoen aan alle van de volgende afzonderlijke punten:*
  - die op grond van de Geneesmiddelenwet als homeopathische en/of antroposofische geneesmiddelen worden gekenmerkt;*

- die zijn voorgeschreven door een arts die lid is van één van de verenigingen genoemd onder omschrijving, punt 1, door een arts zoals bedoeld onder omschrijving, punt 2, door een huisarts, medisch specialist, kaakchirurg of verloskundige;
- die ter hand gesteld zijn door een apotheker of apotheehoudend huisarts.

*Vergoeding:*

*de kosten van de hiervoor genoemde zorg samen tot ten hoogste per kalenderjaar:*

- het honorarium € 500,00;
- de geneesmiddelen € 300,00.”

- 8.12. Artikel 4 van de ‘Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2’ van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving:*

*de in het betreffende EU-/EER-land of verdragsland van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, zoals bijvoorbeeld remgelden in België en Selbstbeteiligung of Praxisgebühr in Duitsland. De vergoeding van die zorg moet plaatsvinden op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of het socialezekerheidsverdrag.*

*Vergoeding:*

*ten hoogste € 1.000,00 per kalenderjaar.”*

- 8.13. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Aangezien verzoekster voorafgaand aan de behandelingen in Duitsland toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo 883/2004. Ook in dat kader is aan de orde of op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de verleende zorg.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de behandeling van Lyme-borreliose, zoals te Augsburg bij verzoekster uitgevoerd, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.3. 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 28 augustus 2012 verwoord. De conclusie van het advies is dat de gecombineerde behandeling van Lyme-borreliose, zoals uitgevoerd bij verzoekster, geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.6. Omdat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, blijft artikel 20 Vo 883/2004 buiten toepassing.



### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. Vast staat dat de behandelend arts van verzoekster niet is aangesloten bij één van de in artikel 1 van de 'Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2' van de aanvullende ziektekostenverzekering genoemde beroepsverenigingen. Ook is niet voldaan aan de andere eisen die dit artikel stelt, zodat geen sprake is van alternatieve zorg die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden gebracht.
- 9.8. Artikel 4 van de 'Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2' van de aanvullende ziektekostenverzekering ziet uitsluitend op de vergoeding van de, op grond van de wettelijke regeling van een ander land, eventueel van toepassing zijnde wettelijke bijdragen voor niet-spoedeisende zorg. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, blijft Vo 883/2004 buiten toepassing, en is een wettelijke bijdrage op grond van het Duitse stelsel in de situatie van verzoekster niet aan de orde. Vergoeding hiervan kan daarom niet worden geclaimd.

### **Gewekt vertrouwen**

- 9.9. Door de ziektekostenverzekeraar zijn in 2010 enkele declaraties ter zake van de behandelingen in Duitsland vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat deze vergoedingen berusten op een vergissing. De enkele omstandigheid dat deze betalingen zijn geschied, kan naar het oordeel van de commissie niet ertoe leiden dat verzoekster op grond hiervan erop mocht vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar alle kosten verbonden aan de behandeling in Duitsland zou vergoeden. Door verzoekster zijn geen omstandigheden gesteld die tot een ander oordeel leiden.

### **Conclusie**

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2013,

Voorzitter