



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende verzekeringen N.V. te Deventer  
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, rugoperatie niveau L2, indicatie, doelmatigheid  
Zaaknummer : 201500749  
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
- 2) Eno Aanvullende verzekeringen N.V. te Deventer, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Salland ZorgDirect Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus 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 TandTop is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een te Münster, Duitsland, uit te voeren rugoperatie op niveau L2 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 2 en 7 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 9 maart 2015 en mailbericht van 4 april 2015 heeft verzoekster 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 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 28 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 7 augustus en 20 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015095590) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd nader onderzoek te (laten) verrichten naar de vraag of bij verzoekster sprake is van beknelling van de zenuwwortel L2 in die mate dat verwijderen van de gemigreerde cage en re-spondylodese medisch noodzakelijk is met inachtneming van de risico's. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 13 oktober 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Van hetgeen ter zitting is besproken is een verslag gemaakt. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen één week op dit verslag te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 8 en 11 november 2015 op de gemaakte aantekeningen gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Bij brief van 11 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de na het uitbrengen van het voorlopig advies ontvangen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 30 november 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 1 december 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 6 december 2015 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

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

- 4.1. De behandelend medisch specialist heeft verklaard dat de stabiliserende operatie op niveau L2/L3 met inbrengen van een lateraal gelegen intervertebrale cage gevuld met spongiosa op 24 april 2012, na een aanvankelijke verbetering, toch weer tot klachten heeft geleid. Deze klachten zijn ontstaan door een migratie van de ingebrachte cage naar lateraal, mede veroorzaakt door een niet onaanzienlijke osteoporose. Hierdoor wordt de uittredende wortel L2 rechts geïrriteerd, met als gevolg pijnklachten met uitstraling naar de linkerheup en het linkerbeen. Alvorens een neuromodulator kan worden ingebracht - waarvan het eventuele succes twijfelachtig is - dient de migrerende cage te worden verwijderd, waarbij voor een andere vorm van spondylodese wordt gekozen.
- Verwijdering van de cage kan plaatsvinden onder microscopische controle en met inzet van micro en mini diamantfreesen, onder gelijktijdige gedoseerde distractie met behulp van een Caspari spreider. De noodzakelijke fusie van het bewegingssegment kan worden bereikt door implantatie van twee meer mediaan gelegen cages of een centraal gelegen TLIF cage. Het defect, ontstaan door het verwijderen van de cage, kan worden opgevuld met bekkenkam spongiosa. Voor deze ingreep kan worden uitgegaan van DOT zorgproductcode 131999185 met de declaratiecode 17B480, en een bijbehorend tarief van € 13.710,70.

- 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat bij de uit te voeren ingreep het risico van zenuwletsel. Verzoekster meent evenwel dat blijven doorlopen met een zenuwbeknelling juist zal leiden tot beschadiging, uitval en verlamming. Daarbij houdt elke operatie een risico in. Zij wijst op haar medische geschiedenis, zoals deze blijkt uit de door haar overgelegde stukken, en stelt veel vertrouwen te hebben in de behandelend medisch specialist, drs. Abbink. Vanwege de pijnklachten gebruikt verzoekster medicatie, waaronder morfine.
- 4.3. Verzoekster tekent aan dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar de aanvraag afwijst, maar niet komt met een alternatief ter bestrijding van de aanwezige (pijn)klachten.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn advies stelt dat het erop lijkt dat de zenuw vrij ligt, maar dit is niet zeker. De zenuw is dus niet bekneld, maar wordt geïrriteerd door de cage. Vanwege de aanwezigheid van de cage en de voortdurende irritatie willen de artsen geen neuromodulator plaatsen waardoor zij enorm veel pijn heeft en haar leven ondraaglijk 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat volgens de behandelend orthopedisch chirurg in Nederland en de behandelend neurochirurg bij verzoekster geen sprake is van beknelling van de zenuwwortel. Dit wordt ondersteund door de behandelend neuroloog. De conclusie van de pijnbehandelaar in diens brief van 13 mei 2015, namelijk dat sprake is van blijvende irritatie van wortel L2, is hiermee in tegenspraak. Anderzijds betreft het een gecompliceerde operatie met een reële kans op neurologisch letsel, aangezien de cage is vergroeid met de wervel. Nu gesteld is dat de zenuw lijkt vrij te liggen, is voorts de vraag of de ingreep het gewenste effect zal hebben. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat een indicatie ontbreekt en dat de operatie tevens niet doelmatig is. Omdat geen aanspraak bestaat op basis van de zorgverzekering, is geen toestemming voor de ingreep gegeven op grond van Vo. nr. 883/2004.
- 5.2. Verder werpt de ziektekostenverzekeraar de vraag op of de Duitse arts bekwaam kan worden geacht. Betrokkene is in Nederland opgeleid en is in 1988 toegelaten als Arzt für Orthopädie, niet als Facharzt. Sinds 2011 is hij niet meer ingeschreven in het (Nederlandse) specialistenregister. Of de arts in de vijf jaren voorafgaande aan de uitschrijving activiteiten heeft ontplooid die noodzakelijk zijn voor de continuering van de inschrijving in het specialistenregister is niet duidelijk, maar lijkt niet waarschijnlijk. Omdat in Duitsland geen systeem van herregistratie wordt gevoerd, werkt de arts aldaar op basis van een toelating uit 1988. In Nederland is hij niet meer bevoegd zich als orthopedisch chirurg te afficheren en (voorbehouden) werkzaamheden als zodanig uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat gezien het vervallen van de registratie in Nederland betrokkene niet meer als bekwaam kan worden gekwalificeerd. Vanwege de complexiteit en het hoge risico verbonden aan de ingreep, vreest de ziektekostenverzekeraar met vervolgcosten te zullen worden geconfronteerd.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat wel degelijk een alternatief is geboden. Verzoekster is geadviseerd zich voor een second opinion te wenden tot een orthopedisch chirurg, verbonden aan het Rijnstateziekenhuis te Arnhem.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar nogmaals benadrukt dat verzoekster op het gecombineerde spreekuur van de neurochirurg en de orthopedisch chirurg is geweest en dat toen is gebleken dat geen sprake is van een beknelling van de zenuw. Als de cage wordt verwijderd, is dit een omvangrijke operatie met een grote kans op neurologisch letsel. Een second opinion kan duidelijkheid verschaffen over wat de beste behandeling voor verzoekster is.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 24 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering en 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld op onder de subkop 'Dekking per zorgvorm'. Op bladzijde 21 van de zorgverzekering is de aanspraak op medisch specialistische zorg geregeld. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"Medisch specialistische zorg*

*Wat is de dekking?*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden. (...)"*

8.3. Op bladzijde 18 van de zorgverzekering is het volgende geregeld:

*"U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van de zorg als u op die zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.(...)"*

8.4. In artikel 11 van de 'Verzekeringsdekking algemeen' van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg die buiten Nederland wordt verleend. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"11. Wat is de dekking in het buitenland?*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van de zorg in het buitenland als:*

- aan alle voor die zorg geldende voorwaarden is voldaan, voordat u die zorg krijgt. Voor het recht op vergoeding van kosten van de zorg in het buitenland gelden dezelfde voorwaarden als voor het recht op vergoeding van kosten van die zorg in Nederland. Bijvoorbeeld het beschikken over een verwijzing of een voorschrift of voorafgaande, schriftelijke toestemming van ons. In de verzekeringsvoorwaarden zijn de voorwaarden per zorgvorm vermeld; en*
- u van ons schriftelijke toestemming heeft, voordat u de zorg krijgt in geval van zorg met een opname van minimaal één nacht. (...)"*

Artikel 12 van de 'Verzekeringsdekking algemeen' regelt de hoogte van de vergoeding.

8.5. De artikelen 11 en 12 van de 'Verzekeringsdekking algemeen' en het bepaalde op bladzijde 18 en 21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'Specifieke bepalingen van de

zorgverzekering' gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. 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.

8.8. Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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. Verzoekster wenst naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, 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.

9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling aan de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor de gewenste ingreep en dat de zorg niet doelmatig is, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.

9.3. Gesteld is dat door migratie van een, tijdens een eerder door drs. Abbink uitgevoerde operatie, ingebrachte cage ter hoogte van de uitredende wortel L2 pijnklachten worden veroorzaakt. De commissie begrijpt uit het advies van het Zorginstituut van 9 september 2015 dat voor de aangevraagde behandeling een (verzekerings)indicatie aanwezig is bij een beknelling van de zenuwwortel. In de onderhavige kwestie verschillen partijen niet van mening over het feit dat geen sprake is van beknelling van de zenuwwortel zodat verder onderzoek hiernaar achterwege kan



blijven. Uit de overgelegde stukken blijkt dat een verschil van inzicht bestaat tussen de Nederlandse behandelaars en de Duitse arts, drs. Abbink, over het antwoord op de vraag of sprake is van irritatie van de zenuw, alsmede de wijze van behandeling.

Drs. Abbink heeft op 8 december 2014 een behandelplan opgesteld voor het operatief verwijderen van de migrerende cage en een re-spondylodese van L2/L3 met cages. Door verzoekster is aangevoerd dat deze operatie de enige mogelijkheid is om de klachten te verhelpen. Bovendien is het door de blijvend geïrriteerde wortel L2 niet mogelijk neuromodulatie toe te passen. Deze visie vindt steun bij het behandelteam van het UCCZ Dekkerswald, zo blijkt uit de brief van 13 mei 2015. Verzoekster concludeert om die reden dat bij haar een (verzekerings)indicatie voor de gevraagde operatie bestaat. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat de door drs. Abbink voorgestelde operatie zeer risicovol is met grote kans op neurologisch letsel. Bovendien vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af of het verwijderen van de cage het gewenste effect zal hebben aangezien "de zenuw vrij lijkt te liggen" en de cage dus niet de oorzaak lijkt te zijn van de irritatie van de zenuw. De operatie is daarmee niet doelmatig.

9.4. De commissie merkt op dat de stelling van verzoekster, dat vanwege irritatie van de uittredende wortel L2 een verzekeringsindicatie aanwezig is voor de ingreep, door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende is bestreden. Dat de behandeling risicovol is en dat er grote kans bestaat op neurologisch letsel, is bij drs. Abbink en bij verzoekster voldoende bekend en mag worden verondersteld te zijn betrokken bij het opstellen van het behandelplan. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar hier een keuze in te maken; die verantwoordelijkheid ligt bij de behandelaar. Dat de ingreep niet doelmatig is omdat de zenuw vrij lijkt te liggen en er dus geen sprake kan zijn van irritatie van de zenuw, vermag de commissie niet in te zien. Verzoekster heeft immers reële pijnklachten - waarvoor zij met medicatie, waaronder morfine wordt behandeld - en door haar is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet althans onvoldoende weersproken dat de aangevraagde behandeling nog het enige alternatief is.

9.5. Uit het voorgaande volgt dat, nu de ziektekostenverzekeraar niet heeft aangevoerd dat een zelfde of hiermee vergelijkbare behandeling tijdig in Nederland of daarbuiten bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar is, aan verzoekster toestemming op grond van artikel 20 van Vo. 883/2004 ten onrechte is onthouden. Op basis van de zogenoemde Patiëntenrichtlijn - die weliswaar geen rechtstreekse werking heeft, maar is geïmplementeerd in de nationale wetgeving - is het in deze situatie aan de ziektekostenverzekeraar verzoekster voor te lichten over de mogelijkheden, dat wil zeggen vergoeding volgens het Duitse stelsel op grond van eerder genoemde verordening dan wel vergoeding volgens het Nederlandse stelsel op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar zal hierbij dienen te betrekken of de Duitse zorgaanbieder in dat land zorg mag leveren waarvan de kosten ten laste komen van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering - waarbij onder andere de Duitse regelgeving inzake opleiding en bekwaamheid van de zorgaanbieder een rol speelt - en of de onderhavige behandeling in Duitsland tot de verzekerde zorg krachtens die verzekering behoort. Tenzij verzoekster zich expliciet beroept op toepassing van de Patiëntenrichtlijn zal de ziektekostenverzekeraar - indien althans de keuze bestaat - de voor verzoekster gunstigste vergoedingsregeling dienen toe te passen.

### Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 16 december 2015,



P.J.J. Vonk

