



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, Lyme Borreliose en co-infecties, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201402380

Zittingsdatum : 18 november 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 basis van het Keuze Zorg Plan (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 Excellent 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 T Excellent is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 consulten, onderzoeken en behandelingen in verband met (verdenking op) Lyme Borreliose en co-infecties, ondergaan te Augsburg, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 januari 2013 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 brief van 22 juli 2014 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 brief van 27 januari 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 1 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 april 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015043785) 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 langdurige behandeling van PTLDS met antibiotica geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Verder geldt dat voedingssupplementen en de behandelingen met photonthherapie en apparatieve isokinetische muskelfunctionstherapie geen verzekerde prestaties zijn onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 november 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere stukken aan te leveren, hetgeen zij bij brieven van 30 november 2015 en 1 december 2015 heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 17 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Deze brief is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.11. Bij brief van 18 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 12 januari 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het hoorzittingsverslag en de aanvullende informatie van BCA geen aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. Een afschrift van dit advies is op 15 januari 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: "*Nach der Anamneseerhebung, klinischen und labortechnischen Untersuchungen stellten wir im April 2012 die Diagnose auf ein Multi-Infektionssyndrom mit chronischer Verlaufsform. (...) Im April 2012 begannen wir deshalb erstmalig in unserer Klinik mit einer Behandlung mit Antibiotika (Langzeitbehandlung). Schon auf den ersten Therapiezyklus verbesserte sich der Gesamtzustand der Patientin. Bis heute wurden deshalb immer wieder Langzeitprotokolle mit Antibiotika verordnet. Zusätzlich erhielt die Patientin regelmäßig unterstützenden und immunmodulierende Therapie. (...) Neben der ursächlichen antibiotischen Behandlung wären folgende unterstützende Maßnahmen empfehlenswert:*
- *Regelmäßige Physiotherapie*
 - *Kognitives Training*
 - *Psychotherapie (Verhaltenstherapie wegen der Angststörung) (...).*"

- 4.2. Verzoekster is in Nederland bij verschillende artsen geweest, die bij haar geen diagnose konden stellen dan wel een behandeling konden verlenen waarbij verzoekster was gebaat. Haar gezondheid ging zo erg achteruit dat zij zich meer en meer ging afzonderen, omdat haar energie totaal opraaakte. Zij kon niet meer op haar lichaam vertrouwen, en door de misdiagnoses ging zij twijfelen aan zichzelf. Zodoende kwam zij terecht bij een psychiater, die ook weinig voor haar kon betekenen. In overleg met de huisarts heeft verzoekster informatie ingewonnen over het Borreliose expertisecentrum in Augsburg (Duitsland).
- 4.3. Na een intake-gesprek en verschillende uitgebreide bloedonderzoeken aldaar bleek dat verzoekster was besmet met de ziekte van Lyme. Daarnaast was zij besmet met vijf co-bacteriën. Verder werden het Epstein Barr virus en het Cytomegalo virus in haar bloed aangetroffen. Dankzij deze diagnosestelling kon een behandelplan worden opgesteld.
- 4.4. De door verzoekster ondergaande behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Borreliose Centrum te Augsburg (hierna: BCA) is een EU-gecertificeerd gezondheidscentrum. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzende standpunt op de CBO-richtlijn van juli 2013. Deze richtlijn is tot stand gekomen op basis van de "evidence based medicine-methode". Het gaat hierbij helaas om verouderde wetenschap en praktijk. De medische wetenschap staat geen jaren stil, en zeker niet als het gaat om één van de ernstigste volksziektes van dit moment. De behandeling door het BCA wordt gegeven op het allerhoogste niveau.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat bij verzoekster geen sprake zou zijn van recente ontstekingen. Waar de ziektekostenverzekeraar dit standpunt op baseert, wordt niet vermeld. Daarbij komt dat het er niet om gaat of de ontstekingen al dan niet recent zijn, maar dat behandeling ervan plaatsvindt. Ook de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat sprake zou zijn van alternatieve behandelingen en therapieën doet ten onrechte afbreuk aan de door het BCA verkregen EU-certificering.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een heel medisch traject heeft doorlopen in Nederland. Omdat het zo verschrikkelijk slecht ging, heeft zij contact gezocht met de arts in Augsburg. Als zij dat niet had gedaan, was zij er nu niet meer geweest. Al het spaargeld van de moeder van verzoekster is opgegaan aan behandelingen. Het gaat niet alleen om de ziekte van Lyme, maar ook om co-infecties. De behandeling heeft bij verzoekster geholpen, net als bij vele anderen. In Duitsland en Scandinavië pakt men de behandeling heel anders aan dan in Nederland, waar alleen wordt uitgegaan van een CBO-richtlijn. Deze richtlijn ziet echter op een recente tekenbeet. Dan gaat men over tot toediening van antibiotica. Bij verzoekster was de beet al veel langer geleden.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De onderhavige behandeling kan alleen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen indien sprake is van een zelfstandig behandelcentrum of van extramurale medisch-specialistische zorg. De behandelend arts is geregistreerd bij de Bayerischen Landesärztekammer als "Praktischer Arzt". Dit betreft geen medisch specialist of huisarts, maar een basisarts. Het BCA heeft geen toelating als zelfstandig behandelcentrum, en evenmin kan de behandeling door een basisarts worden gekwalificeerd als extramurale zorg die is verleend door een medisch specialist. De onderhavige zorg is daarmee geen verzekerde zorg.
- 5.2. In juli 2013 is de hernieuwde CBO-richtlijn voor de ziekte van Lyme definitief vastgesteld. Deze nieuwe richtlijn is tot stand gekomen op basis van dezelfde methode die wordt gebruikt ter vaststelling van het wettelijk criterium "stand van de wetenschap en praktijk". De diagnosestelling en behandeling van de ziekte van Lyme, zoals verleend door het BCA, is geen zorg conform de

stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering.

- 5.3. Het BCA baseert zich bij de diagnosestelling en behandeling op de ILADS-richtlijnen. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar wijkt deze behandelwijze dermate af van de nieuwe CBO-richtlijn dat de verschillen niet in één jaar kunnen worden overbrugd. Onderzoek in de wetenschappelijke literatuur via PubMed levert geen nieuwe gezichtspunten op.
- 5.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat het niet correct is alleen te toetsen aan de richtlijn voor de ziekte van Lyme, aangezien het bij haar gaat om multibacteriologische besmettingen. De ziektekostenverzekeraar deelt deze mening niet. Door de behandelend arts is uitgebreid laboratoriumonderzoek gedaan naar de Lyme bacterie en diverse zogenoemde co-infecties die kunnen optreden bij de ziekte van Lyme. De co-infecties zijn met behulp van antistofbepalingen in het bloed "bewezen". Dit betekent dat geen sprake is van een recente ontsteking, maar dat ooit een contact met deze bacteriën heeft plaatsgevonden. Daarnaast combineert de arts de behandeling met intraveneuze antibiotica met alternatieve behandelingen en therapieën.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoekster zonder toestemming van de ziektekostenverzekeraar naar Augsburg is gegaan. De verwijzing van de huisarts was niet gericht naar deze arts en dateert bovendien van 2012. Hij was gevoegd bij een verzoek om vergoeding. Het gaat derhalve niet om een voorafgaande, gerichte verwijzing. De arts die verzoekster behandelt, is geen arts in de zin van de polisvoorwaarden. Door verzoekster is aangevoerd dat het ging om een kwestie van leven of dood. Dit volgt echter niet uit de stukken. Voor de vraag of de zorg gebruikelijk is, wordt getoetst aan de internationale richtlijnen. De kwaliteit van het beschikbare bewijs is laag tot zeer laag. Alleen de documentatie uit Kopenhagen betreft een RCT-studie. Hieruit volgt echter dat de behandeling bewezen niet effectief is. In Duitsland zou het wel kunnen gaan om verzekerde zorg, maar daar kent men een heel ander systeem van verzekeren.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 (2012-2013) respectievelijk 18 (2014) van de 'algemene voorwaarden' 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 4 (2012-2013) respectievelijk 24 (2014) van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

*- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)"*

- 8.4. Artikel 19 (2012-2013) respectievelijk 15 (2014) van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze recht op vergoeding van:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;

- zorg van een niet door ons gecontracteerde zorg verlener conform de aanspraken van het Keuze Zorg Plan tot maximaal:

- wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;

- het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

- wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"

- 8.5. Artikel 2.4 (2012-2014) van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt:

"De vergoeding van de kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang 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."

- 8.6. De artikelen 2.4 (2012-2014) en 19 (2012-2013) respectievelijk 15 (2014) van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 4 (2012-2013) respectievelijk 24 (2014) van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 (2012-2014) van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 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.

- 8.8. 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.

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan 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 niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de diagnosestelling en daaropvolgende behandeling, zoals bij verzoekster uitgevoerd door het BCA, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.4. 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.

9.5. 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.

- 
- 
- 
- 
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de diagnosestelling en de daaropvolgende behandeling van verzoekster is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 4 november 2015 verwoord. De conclusie van het advies is dat de langdurige behandeling van PTLDS met antibiotica niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Voorts wordt geconcludeerd dat voedingssupplementen en de behandelingen met photontherapie en apparatieve isokinetische muskelfunctionstherapie geen verzekerde prestaties zijn, en wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Het Zorginstituut heeft deze conclusie in het definitief advies van 12 januari 2016 gehandhaafd. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat de kosten van de onderhavige behandeling niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.



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, 10 februari 2016,



A.I.M. van Mierlo

