

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. B.L.A. van Drunen en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500882

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

Onderlinge waarborgmaatschappij Stad Holland Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 14 mei 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. In een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 6 augustus 2025 heeft verzoeker aan de medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen, hetgeen hem bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Op 3 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 13 november 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 17 november 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025027031) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Hierin adviseert het Zorginstituut de commissie nader onderzoek te laten uitvoeren. Dit omdat zowel verzoeker als de zorgverzekeraar zijn standpunt heeft onderbouwd met verwijzingen naar publicaties. Aangezien voor het Zorginstituut niet duidelijk is om welke publicaties het gaat wordt verzocht partijen duidelijkheid te laten verschaffen over de vindplaatsen hiervan.
- 1.4. Een kopie van het voorlopig advies van het Zorginstituut is op 11 december 2025 aan partijen gezonden. De commissie heeft verzoeker en de zorgverzekeraar in de begeleidende brief gevraagd de ontbrekende informatie, zoals benoemd in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 10 december 2025, op te sturen. De zorgverzekeraar en verzoeker hebben op 8 respectievelijk 9 januari 2026 de commissie aanvullende informatie gezonden. Afschriften van de ontvangen reacties zijn aan de respectieve wederpartij gestuurd.
- 1.5. De reacties van verzoeker en de zorgverzekeraar van 8 respectievelijk 9 januari 2026 zijn op 12 januari 2026 in kopie aan het Zorginstituut gezonden met de vraag een nader voorlopig advies uit te brengen, ditmaal met inachtneming van de nadere informatie die door partijen is overgelegd. Bij brief van 11 februari 2026 heeft het Zorginstituut een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 12 februari 2026 aan partijen gezonden.

- 1.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 7 januari 2026 en 23 januari 2026 meegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 1.7. Partijen zijn bij brief van 3 maart 2026 uitgenodigd voor de hoorzitting van 25 maart 2026. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker zonder kennisgeving niet verschenen. De zorgverzekeraar is op 25 maart 2026 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 27 maart 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 11 februari 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 31 maart 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het nader voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht de kosten van een in Hasselt (België) uit te voeren plaatsing van een Inspiris Resilia-klep volgens de Totally Endoscopic Aortic Valve Replacement (TEAVR)-methode te vergoeden. Bij brief van 14 februari 2024 heeft de zorgverzekeraar afwijzend op de ingediende aanvraag beslist. Op 27 februari 2024 is bij de zorgverzekeraar een nieuwe (vergelijkbare) aanvraag ingediend. Op 9 april 2024 heeft verzoeker de behandeling in het Jessa Ziekenhuis in Hasselt laten uitvoeren. Bij brief van 5 maart 2024 heeft de zorgverzekeraar eveneens afwijzend beslist op de nieuwe (vergelijkbare) aanvraag.
- 2.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 april 2024 en 7 juni 2024 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.4. Bij brief van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht, waarna partijen nadere informatie hebben aangeleverd.
- 2.5. Bij brief van 11 februari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de kosten van de in Hasselt uitgevoerde plaatsing van een Inspiris Resilia-klep door middel van de TEAVR-methode volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoeker voert ter onderbouwing aan dat in december 2022 bij hem aortaklepstenose werd geconstateerd. Bij deze aandoening is de aortaklep meestal vernauwd of vergroeid, maar bij verzoeker bestond de aortaklep slechts uit 2 in plaats van 3 klepblaadjes. Bij een controle in januari 2024 stelde de behandelend cardioloog dat operatieve vervanging van de aortaklep dringend noodzakelijk was. De reguliere behandeling in Nederland bestaat uit een openhartoperatie met plaatsing van een mechanische klep. Bij deze behandeling hoort levenslang gebruik van bloedverdunners. Verzoeker is eigenaar van een fitnessclub, actief in zelfverdediging en werkzaam als acteur. Deze werkzaamheden maken dat de traditionele operatie, althans de gevolgen (openen van het borstbeen en het levenslang gebruik van bloedverdunners) daarvan problematisch. Om die reden is verzoeker op zoek gegaan naar

alternatieven en hij ontdekte de biologische Inspiris Resilia-klep en de TEAVR-methode. Deze klep vereist geen bloedverdunners en wordt door middel van een minimaal invasieve techniek geplaatst.

- 3.3. Verzoeker is via via uitgekomen bij een hartchirurg in het ziekenhuis van Hasselt in België. Deze arts past de TEAVR-methode al 10 jaar toe op patiënten met aortaklepstenose. Op 9 april 2024 is verzoeker door deze hartchirurg met toepassing van de TEAVR-methode geopereerd, zonder sternotomie. Voorafgaand aan de ingreep heeft verzoeker de zorgverzekeraar al verzocht de kosten hiervan te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft dit verzoek aanvankelijk tot drie keer toe afgewezen met als argument dat een transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI) niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Pas later werd door de zorgverzekeraar toegegeven dat hij ten onrechte was uitgegaan van een ingreep volgens de TAVI-methode.
- 3.4. Daarna heeft de zorgverzekeraar het standpunt ingenomen dat plaatsing van een aortaklep volgens de TEAVR-methode eveneens niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ook dit argument is onjuist, al is het alleen maar omdat de hartchirurg in Hasselt al vanaf 2016 gebruik maakt van de TEAVR-methode. De patiënten zijn ook zeer tevreden met de uitkomst van deze behandeling. Dit laatste is niet vreemd omdat bij de TEAVR-methode gebruik wordt gemaakt van een minimaal invasieve techniek en dit, zo begrijpt verzoeker de door hem aangehaalde medische literatuur, alleen maar voordelen heeft. Zo is de pijn minder, de ziekenhuisopname korter, en kost het herstel minder tijd. Naast de voordelen van de TEAVR-methode ten opzichte van de in Nederland geïndiceerde ingreep, blijkt uit verschillende wetenschappelijke publicaties dat de TEAVR-methode klinisch vergelijkbare of betere resultaten oplevert dan de traditionele sternotomie.
- 3.5. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft verzoeker op 9 januari 2026 enkele links gestuurd naar artikelen. Deze artikelen zijn gepubliceerd in erkende internationale cardiothoracale tijdschriften. De studies tonen aan dat TEAVR een gedocumenteerde en klinisch onderzochte techniek is met acceptabele sterfte- en complicatiepercentages, wat wijst op een volwassen klinische toepassing die verder gaat dan alleen een experimentele behandeling. Daarnaast is TEAVR beschreven in meerdere peer-reviewed publicaties, waaronder een retrospectieve cohortstudie met 266 opeenvolgende patiënten, gepubliceerd in het *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. De behandeling werd gedurende meerdere jaren structureel toegepast in een gespecialiseerd hartcentrum. Daarmee voldoet deze aan de criteria van wetenschappelijke onderbouwing, klinische toepassing, en niet-experimenteel karakter. In het ziekenhuis in Hasselt - waar verzoeker TEAVR heeft laten uitvoeren - hebben ze jarenlange ervaring en maakt de behandeling inmiddels deel uit van de reguliere hartchirurgische zorg. Een studie met patiënten uit het ziekenhuis in Hasselt laat zien dat TEAVR vergelijkbare klinische uitkomsten heeft als een ministernotomie, met vergelijkbare overlevingspercentages na één jaar. Dit illustreert dat de techniek niet alleen technisch mogelijk is, maar ook reflecteert op klinische resultaten in een gecontroleerde studiepopulatie.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat stenose van de aortaklep in Nederland wordt behandeld door middel van het uitvoeren van een sternotomie. Om voor verzoeker moverende redenen heeft hij ervoor gekozen in Hasselt zijn aortaklep te laten vervangen volgens de TEAVR-methode. De zorgverzekeraar heeft beoordeeld of vervanging van de aortaklep volgens deze methode voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Uit de gevonden literatuur blijkt onvoldoende dat vervanging volgens de TEAVR-methode voldoet aan dit criterium. De door verzoeker overgelegde publicaties geven geen aanleiding dit standpunt te wijzigen. De eerste publicatie (A totally endoscopic approach for aortic valve surgery) is een beschrijvende studie en de tweede publicatie (Aortic Valve Replacement) betreft een retrospectieve analyse waarbij geen

significante verschillen werden gezien tussen de TEAVR-methode en de gebruikelijke sternotomie. Daarnaast zijn andere (Amerikaanse) artikelen geraadpleegd. Tezamen met de eerdergenoemde artikelen is er geen wetenschappelijk bewijs gevonden dat de TEAVR-methode zorg is die voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.

- 4.2. In reactie op het voorlopig advies van het Zorginstituut stelt de zorgverzekeraar dat hij eerst via PubMed heeft gezocht met de zoekterm ‘totally endoscopic aortic valve replacement’. Hieruit zijn meerdere artikelen naar voren gekomen, waaronder de artikelen waarnaar verzoeker ook heeft verwezen. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker is door de zorgverzekeraar nogmaals een search uitgevoerd in PubMed waarbij is gezocht met de zoekterm: "endoscopic"[ti] AND "aortic"[ti] AND "valve"[ti]. Dit betreft een brede search waarbij verwacht kan worden dat alle relevante artikelen over TEAVR worden gevonden. Wanneer deze zoekterm wordt gebruikt komen er 86 artikelen naar boven. Daar zitten veel niet-relevante studies tussen, maar met name geen enkele vergelijkende studie tussen de aangevraagde TEAVR en de gouden standaard. Daarnaast zijn de enkele studies die over TEAVR gaan veelal reviews, kleine studies, case-reports of studies over andere indicaties (combinatie met andere kleppen) of vergelijkend met een alternatieve techniek (mini-sternotomie)). Gelet op deze uitkomsten is de zorgverzekeraar tot de conclusie gekomen dat TEAVR niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’.
- 4.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat in de aanvraag van 1 februari 2024 wordt gesproken over relatief kleine incisies van 5 millimeter en 2 centimeter. Daarnaast bleek uit de website van het JESSA-ziekenhuis dat zij gespecialiseerd zijn in minimaal invasieve aortaklepvervangingen, waaronder TAVI en "mini-AVR" (minimaal invasieve aortaklepveranging via een kleine snede). Gelet op deze informatie is de zorgverzekeraar er lange tijd vanuit gegaan dat bij verzoeker een TAVI of mini-AVR zou worden uitgevoerd. Aangezien een TAVI evenmin voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, is meerdere keren aan verzoeker het bericht gestuurd dat de aanvraag om die reden is afgewezen. Toen de zorgverzekeraar meer informatie ontving over de daadwerkelijke ingreep, bleek dat er een TEAVR zou worden uitgevoerd. Het verschil tussen beide methoden is dat er bij de TAVI-methode wordt geopereerd via de lies en dat vervolgens een kunstklep wordt geplaatst over de oude aortaklep heen. Bij de TEAVR wordt geopereerd via het borstbeen en wordt, anders dan bij TAVI, de oude klep verwijderd en in de plaats daarvan een nieuwe klep geplaatst. Zoals ook blijkt uit het nader voorlopig advies van het Zorginstituut vereist de TEAVR een grote mate van deskundigheid. Dit omdat het operatierisico groot is. Gelet op de risico's vormt de klassieke openhartoperatie de gouden standaard en voldoet de TEAVR niet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 10 december 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Uit het dossier blijkt dat verzoeker meerdere publicaties over TEAVR heeft aangeleverd. Het dossier bevat twee publicaties. Daarnaast heeft verzoeker in zijn ongedateerde klachtenformulier aan de SKGZ op pagina zes en zeven van het dossier drie links naar publicaties vermeld. De links zijn niet volledig uitgeschreven, waardoor het niet duidelijk is om welke publicaties het gaat.

In de brief van verweerder, gedateerd op 7 juni 2025, staat vermeld dat verweerder naast de door verzoeker overlegde documentatie andere Amerikaanse artikelen heeft geraadpleegd over de effecten van de TEAVR. In de brief is niet opgenomen om welke Amerikaanse publicaties het gaat.

Conclusie

Uit het dossier blijkt dat door zowel verzoeker als verweerder wetenschappelijke literatuur is gevonden over TEAVR. Voor een volledige beoordeling of een TEAVR bij een aortaklepstenose voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, verzoekt het Zorginstituut deze informatie toe te voegen aan het dossier.

Nader onderzoek

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande.”

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 11 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Aortaklepstenose

De aortaklep (valva aortae) bevindt zich aan de basis van de aorta, waar het zuurstofrijke bloed het hart verlaat. De aortaklep zorgt ervoor dat het bloed niet terug kan stromen naar de linkerhartkamer (ventrikel). Bij de meeste mensen bestaat de aortaklep uit drie halvemaanvormige zakjes (slippen). Daarnaast bestaat er ook een pathologische variant met twee slippen (bicuspide aortaklep).

Een aortaklepstenose is een vernauwing van de aortaklep die leidt tot een verminderde circulatie en uiteindelijk een afname van de hartfunctie. Een aortaklepstenose is een langzaam progressieve aandoening, waarbij patiënten gedurende langere tijd geen symptomen kunnen hebben.

In de loop van de tijd neemt de aortaklepstenose toe met als gevolg verdikking van de hartspeer van de linker ventrikel (linker ventrikelhypertrofie) en cardiale symptomen zoals minder lichamelijk inspanningen kunnen uitvoeren (verminderde inspanningstolerantie), flauwvallen (syncope) en pijn op de borst (angina pectoris). Vanaf het ontstaan van deze symptomen neemt het risico op overlijden sterk toe. Een aortaklepstenose is de meest voorkomende aortaklepafwijking in westerse landen en ontstaat meestal op oudere leeftijd (ouder dan zeventig jaar). Bij pathologische varianten van de aortaklep, zoals de bicuspide aortaklep, ontwikkelen patiënten meestal op jongere leeftijd een aortaklepstenose.

Behandeling symptomatische ernstige aortaklepstenose

De standaardbehandeling van een symptomatische ernstige aortaklepstenose is een chirurgische aortaklepvervangings (SAVR) bij patiënten jonger dan 75 jaar. De operatie vindt plaats onder algehele narcose en met behulp van een hart-longmachine (cardiopulmonale bypass). Toegang tot het hart wordt verkregen door middel van een sternotomie. Tijdens de SAVR vervangt de cardiothoracaal chirurg de aangedane aortaklep door een mechanische prothese of een bioprothese.

Totale endoscopische aortaklepvervangings

Een TEAVR is een minder invasieve chirurgische aortaklepvervangings. Hierbij wordt de borstkas niet geopend via een sternotomie en vindt de operatie volledig endoscopisch plaats via kleinere openingen in de intercostaal ruimtes (ruimtes tussen de ribben). De cardiopulmonale bypass wordt niet direct op het hart en de grote vaten aangesloten, maar via de lies. In 2014 is voor het eerst gepubliceerd over deze ingreep door Vola et al. Minimaal invasieve chirurgische technieken zoals de TEAVR veroorzaken minder chirurgisch trauma en leiden potentieel tot minder postoperatieve pijn en een sneller herstel met een kortere opnameduur. Deze operaties gaan echter ook gepaard met een langere operatieduur en kennen technische uitdagingen, zoals beperkt direct zicht, een kleinere toegang en de perifere canulatie van de cardiopulmonale

bypass. In de Europese en de Amerikaanse richtlijnen over hartklepaandoeningen wordt TEAVR (nog) niet aanbevolen voor de behandeling van een ernstige symptomatische aortaklepstenose.

Literatuuronderzoek

Het Zorginstituut heeft op 1 december 2025 literatuuronderzoek verricht. De vraagstelling van het literatuuronderzoek was of TEAVR effectief is, in vergelijking met SAVR, bij patiënten met een ernstige symptomatische aortaklepprothese. Hiervoor zijn vergelijkende studies nodig die de uitkomsten van TEAVR met die van de SAVR hebben vergeleken.

Bij het verrichte systematisch literatuuronderzoek is gezocht in Embase via Embase.org (1971-heden), Medline via Ovid (1946-heden) en Cochrane Central via Wiley (1992-heden). Hierbij werd gezocht naar systematische reviews, gerandomiseerde studies en vergelijkende observationele studies waarin ten minste twintig patiënten werden geïncludeerd. De literatuursearch leverde 289 artikelen op. Na screening op titel en abstract werden 39 artikelen fulltext gelezen. De search bevatte geen gerandomiseerde studies. Er werden enkel twee vergelijkende retrospectieve observationele studies gevonden die de uitkomsten van TEAVR vs. SAVR hebben onderzocht bij respectievelijk 60 en 223 patiënten met aortakleplijden (aortaklepstenose of -insufficiëntie). Eén van de studies heeft verzoeker ook aangedragen. In de studies werden patiënten korter beademd of traden minder respiratoire complicaties op na TEAVR in vergelijking met SAVR. Ook was de opnameduur na een TEAVR korter. In één studie werden tot zes maanden na een TEAVR lagere pijnscores gemeten. Het gaat echter om studies van lage tot zeer lage kwaliteit bewijs vanwege de studieopzet en een beperkt aantal patiënten. Daarnaast werden de cardiovasculaire uitkomsten direct postoperatief vergeleken, maar niet op de korte of lange termijn (één en vijf jaar) na de operatie. Op basis van deze studies is daarom niet duidelijk of TEAVR tot vergelijkbare of betere resultaten leidt als SAVR op de korte en lange termijn.

Overleg Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie

Het Zorginstituut heeft op 15 december 2025 overleg gehad met een afgevaardigde van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie. In Nederland is SAVR de standaardoperatie bij een ernstige aortaklep[stenose]. TEAVR wordt niet in Nederland toegepast. Minimaal invasieve technieken vragen veel technische expertise en kunnen risico's met zich meebrengen door de kleinere toegang. Er is nog geen robuust bewijs over de effectiviteit van TEAVR. De literatuur over TEAVR bestaat voornamelijk uit niet-vergelijkende observationele studies. De werkzaamheid en veiligheid is nog onvoldoende aangetoond om deze techniek te kunnen beschouwen als stand van wetenschap en praktijk.

De Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie is ook van mening dat een TEAVR onvoldoende bewezen effectief is bij patiënten met een symptomatische ernstige aortastenose.

Conclusie

Een TEAVR is onvoldoende bewezen effectief bij patiënten met een symptomatische ernstige aortastenose. Een TEAVR voldoet daarmee dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk bij deze indicatie.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Een totale endoscopische aortaklep vervanging (totally endoscopic aortic valve replacement, TEAVR) bij een ernstige aortaklepstenose (vernauwing van de aortaklep) maakt geen onderdeel uit van het basispakket.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 14, derde lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over medisch-specialistische zorg, waaronder ook het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts is hierin het relevante artikel uit Verordening (EG) nr. 883/2004 van het Europees parlement en de Raad van 29 april 2004 (Vo. nr. 883/2004) opgenomen. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden aangehaald. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval België - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de verzekeraar. De verzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is.
In het onderhavige geval heeft verzoeker de zorgverzekeraar vooraf om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hierop afwijzend beslist. Gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep en het uiteindelijk door de zorgverzekeraar hierover ingenomen standpunt zal de commissie allereerst beoordelen of TEAVR bij ernstige aortaklepstenose (vernauwing van de aortaklep) voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee is te beschouwen als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

Zorgverzekering

- 7.3. Uit artikel 114, derde en vierde lid, Zvw volgt dat de commissie met betrekking tot de vraag of TEAVR voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' advies moet vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft ook de wettelijke taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11 Zvw, te bevorderen, en kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven (artikel 64 Zvw). Het rapport 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk 2023' van 11 april 2023 (hierna: het rapport) is zo'n richtlijn. Hierin licht het Zorginstituut toe dat het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' één geïntegreerde wettelijke maatstaf betreft, waarin beide elementen, wetenschap en praktijk, samenkomen. Bij de beoordeling gaat het daarom niet alleen om de wetenschappelijke onderbouwing, maar speelt ook de praktijk een belangrijke rol. Het betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij de verschillende onderdelen van de beoordeling. Hieronder vallen het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van de contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. Overigens betekent dit niet dat de praktijk bepaalt of een behandeling voldoet aan het criterium als wetenschappelijk bewijs ('evidence') ontbreekt.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of is voldaan aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' worden de principes van evidence-based medicine (EBM) gevolgd en wordt gebruik gemaakt van de GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) methode. De kern van GRADE is dat op systematische wijze gezocht en geselecteerd bewijs op een transparante en gestructureerde manier wordt beoordeeld. Hierbij worden eventuele

onzekerheden in kaart gebracht en samen met contextuele factoren gewogen. Die factoren kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op de vraag wat als passend onderzoek kan worden beschouwd. Het kan ook gaan om medische aspecten. Of is voldaan aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ hangt dus niet uitsluitend af van een hoge kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs. Er kunnen argumenten zijn op grond waarvan met een lagere kwaliteit van bewijs genoeg kan of moet worden genomen.

Zoals blijkt uit het rapport, vindt de beoordeling in vijf stappen plaats:

1. formuleren plaatsbepaling, claim en vraagstelling aan de hand van PICO(ts)-vragen;
2. systematische literatuursearch;
3. samenvatten van bewijs’
4. beoordelen van de kwaliteit van bewijs, en
5. van bewijs naar conclusie, waarbij de kwaliteit van bewijs en de contextuele factoren worden gewogen.

Uit een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) blijkt dat de door het Zorginstituut ontwikkelde beoordeling, die in het meest recente rapport (van 11 april 2023) verder is uitgewerkt, moet worden geacht in overeenstemming te zijn met de bedoeling van de wetgever.

- 7.5. Het Zorginstituut heeft een beoordeling uitgevoerd en het nader voorlopig advies van 11 februari 2026 bevat de uitkomst hiervan.

Het Zorginstituut zet daarin uiteen dat verzoeker een patiënt is die jonger is dan 75 jaar en kampte met ernstige aortaklepstenose. De standaardbehandeling (in Nederland) is een chirurgische aortaklepvervangende (SAVR). Tijdens de SAVR vervangt de cardiothoracaal chirurg de aangedane aortaklep door een mechanische prothese of een bioprothese. Bij de door verzoeker ondergane methode (TEAVR) wordt de aortaklep chirurgisch vervangen door middel van een minimaal invasieve techniek. Hoewel de TEAVR minder chirurgisch trauma veroorzaakt gaan deze operaties ook gepaard met een langere operatieduur en chirurgische uitdagingen. Vanwege deze beperkingen wordt TEAVR in zowel de Europese als de Amerikaanse richtlijnen over hartklepaandoeningen (nog) niet aanbevolen voor de behandeling van een ernstige symptomatische aortaklepstenose.

Daarnaast heeft het Zorginstituut op 1 december 2025 een literatuuronderzoek verricht waarbij is onderzocht of TEAVR in vergelijking met SAVR effectief is. De literatuursearch leverde 289 artikelen op. Na screening op titel en abstract werden 39 artikelen fulltext gelezen. De search bevatte geen gerandomiseerde studies. Er werden enkel twee vergelijkende retrospectieve observationele studies gevonden die de uitkomsten van TEAVR vs. SAVR hebben onderzocht. Deze studies zijn echter vanwege de studieopzet en het beperkt aantal patiënten van lage tot zeer lage kwaliteit waardoor op basis hiervan niet duidelijk is of TEAVR tot vergelijkbare of betere resultaten leidt als SAVR op de korte en lange termijn. Naast het uitgevoerde literatuuronderzoek heeft het Zorginstituut op 15 december 2025 overleg gehad met een afgevaardigde van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie. Uit dit overleg is gebleken dat TEAVR in Nederland niet wordt toegepast en dat vanwege de minimale invasieve techniek TEAVR veel technische expertise vergt en risico’s met zich brengt. Gelet op de verkregen informatie komt het Zorginstituut tot de conclusie dat TEAVR nog onvoldoende bewezen effectief is bij patiënten met een symptomatische ernstige aortastenoze. TEAVR voldoet daarmee dan ook (nog) niet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ bij deze indicatie.

- 7.6. De commissie ziet, gelet op de uitvoerige en onderbouwde uiteenzetting door het Zorginstituut in het nader voorlopig advies van 11 februari 2026, in hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, waaronder de in Hasselt bestaande ervaring met deze methode en de goede resultaten bij toepassing hiervan, geen reden om van de hierin opgenomen conclusie af te wijken. Het advies van het Zorginstituut wordt door de commissie dan ook overgenomen. Dit betekent dat TEAVR bij een ernstige aortaklepstenose geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering en

dat de zorgverzekeraar tot afwijzing van de aanvraag mocht beslissen. Tevens werd verzoeker om diezelfde reden de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht onthouden.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 april 2026,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Artikel 2 De grondslag van uw zorgverzekering

LID 1 DE BASIS

Deze zorgverzekering is gebaseerd op:

- a. de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de Wet langdurige zorg (Wlz);
- e. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- f. het aanvraagformulier dat u heeft ingevuld.

Wij leggen de zorgverzekering vast in de polis en stellen deze polis jaarlijks aan u ter beschikking. Op het polisblad staat wie de verzekeringnemer en eventuele verzekerde(n) zijn.

LID 2 INTERPRETATIEVERSCHILLEN

Hoewel wij de polisvoorwaarden zo volledig en nauwkeurig mogelijk hebben geformuleerd, kunnen meningsverschillen ontstaan over de uitleg. In die situaties is de tekst van de relevante geldende wet- en regelgeving doorslaggevend.

LID 3 DE VERZEKERINGSPAS

Bij inschrijving ontvangen alle verzekerden die op het polisblad zijn genoemd, een eigen verzekeringspas. Op vertoon van deze pas kunt u terecht bij zorgaanbieders die zorg verlenen waar u volgens de polisvoorwaarden aanspraak op maakt. Op de achterzijde van de pas vindt u de EHIC (zie ook de Inleiding).

LID 4 AARD VAN UW ZORGVERZEKERING

Uw zorgverzekering is een combinatieverzekering. Dat wil zeggen dat u bij de meeste zorgvormen recht heeft op vergoeding van de kosten van zorg en bij GGZ en Wijkverpleging heeft u recht op vergoeding van zorg waarbij wij een redelijk tarief vergoeden in het geval u zorg van een ongecontracteerde zorgaanbieder ontvangt.

De zorgaanbieders kunnen de nota's rechtstreeks naar ons sturen als wij dit met hen hebben afgesproken. In andere situaties kunt u de nota's zelf naar ons toesturen.

Zie de [Zorgzoeker](#) op onze website om zorgverleners te zoeken met wie wij afspraken hebben gemaakt. Eventuele eigen bijdragen kunnen niet bij ons worden gedeclareerd.

LID 5 INHOUD EN OMVANG VAN ZORG

In deze polisvoorwaarden is omschreven voor welke zorg u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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. Dit betekent dat wij alleen zorg vergoeden als door middel van wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring is aangetoond dat de zorg effectief en veilig is. Daarbij geldt dat de zorg ook moet voldoen aan behandel- en kwaliteitsvoorwaarden die de betrokken beroepsgroep heeft vastgelegd in kwaliteitsdocumenten zoals (maar niet uitsluitend): protocollen, werkwijzers, waarborgendocumenten, beroepskaders en kwaliteitskaders.

U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

Onder de zorg en diensten vallen ook de zorg en diensten die door de wetgever voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket. Welke zorg en diensten voorwaardelijk zijn toegelaten tot het verzekerde pakket is nader omschreven in artikel 19 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 3 Werkgebied

De zorgverzekering wordt overeengekomen met of voor verzekeringsplichtigen woonachtig in Nederland en met of voor verzekeringsplichtigen die in het buitenland wonen. In de Zorgverzekeringswet is nader omschreven wie verzekeringsplichtig is.

Artikel 4 Begin van de zorgverzekering

LID 1 DATUM VAN INGANG VAN DE VERZEKERING

Als u bij ons uw zorgverzekering afsluit, doet u dat voor de periode van één jaar (van 1 januari tot en met 31 december). Voordat de zorgverzekering voor de eerste keer ingaat moeten wij een volledig ingevuld verzoek voor een zorgverzekering hebben ontvangen. De zorgverzekering waar deze polisvoorwaarden op van toepassing zijn gaat in op 1 januari 2024.

LID 2 ALTERNATIEVE INGANGSDATUM

Als u op het moment van aanvragen nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u heeft in uw verzoek aangegeven dat u de zorgverzekering op een latere datum wilt laten ingaan, dan gaat de zorgverzekering op die latere datum in.

LID 3 VERZEKERD MET TERUGWERKENDE KRACHT

Er zijn twee situaties waarin wij u met terugwerkende kracht kunnen inschrijven:

- a. als u de zorgverzekering binnen vier maanden nadat een verzekeringsplicht voor het eerst ontstaat bij ons aanvraagt. Als ingangsdatum geldt dan de dag waarop de verzekeringsplicht ontstaat.
- b. als u de zorgverzekering bij ons aanvraagt binnen een maand nadat uw zorgverzekering bij een andere verzekeraar is beëindigd. Uw zorgverzekering gaat dan bij ons in op de eerste dag nadat uw oude zorgverzekering is geëindigd.

LID 4 AANMELDING INTREKKEN (HERROEPEN)

U kunt een zorgverzekering herroepen die u via internet heeft aangevraagd en gesloten. Vul daartoe binnen 14 dagen na bevestiging van de aanmelding, het contactformulier in op onze website. Vermeld hierin het BSN van degene die de overeenkomst heeft aangevraagd en geef daarbij aan dat u de via internet gesloten verzekeringsovereenkomst wilt beëindigen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede 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.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

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. (...)”