



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OOM Global Care N.V.  
Verzekeringen te Den Haag  
Zaak : Buitenlandpolis, uitsluiting bestaande aandoening, hartinfarct  
Regelgeving : Voorwaarden ziektekostenverzekering 2018  
Zaaknummer : 201900897  
Zittingsdatum : 18 december 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

OOM Global Care N.V. te Den Haag, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 29 oktober 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 18 december 2019 gehoord.

2.4. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van het aanvraagformulier voor de ziektekostenverzekering aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was van 19 april 2018 tot en met 6 oktober 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering OOM Schengen Visitor Ziektekosten (hierna: de ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster is op 10 juni 2018 naar het ziekenhuis gegaan in verband met hartproblemen. Vervolgens hebben verschillende onderzoeken plaatsgevonden en heeft zij een operatie aan het hart ondergaan. Verzoekster is hiervoor enkele dagen in het ziekenhuis opgenomen. De kosten die samenhangen met de ziekenhuiszorg heeft verzoekster met het declaratieformulier van 13 juli 2018 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.

3.3. De behandelend cardioloog heeft bij brief van 12 juni 2018 over verzoekster verklaard:

*"(...) Anamnese*

*Klachten: Patiënte is bekend met coronarialijden. Al enige tijd stabiel. Klachten uiten zich als pijn in beide armen en soms op de borst. Nu in betrekkelijke rust gisteren en vandaag klachten gekregen. Heeft bij presentatie nog steeds klachten. Na NTG afgezaakt.*

*(...)*

*Conclusie*

*Bij bovengenoemde patiënte bestaat anamnestic en electrocardiografisch een duidelijk angina pectoris, cq non stemi. Daarnaast belangrijk kleplijden. Cave 3 takslijden.*

*Samenvattend betreft het een 72 jarige vrouw, opgenomen wegens instabiele angina pectoris en dyspnoe. Eén en ander op basis van sterk afwijkende RCA en AOI. Ten tijde van acuut probleem*

*bleek er ook sprake van iets meer MI. Nu na afkoelen is op het echo geringe MI te zien. Ik wil patiënte voorstellen aan hartteam voor of alleen PCI RCA (indien technisch mogelijk) en AOl afwachten, of AVR met bypass op RCA. Ze wacht beleid klinisch af. (...)"*

- 3.4. De behandelend cardioloog heeft bij brief van 19 juni 2018 over verzoekster verklaard: *"(...) Bovengenoemde patiënte was opgenomen van 14-06-2018 tot 19-06-2018 voor het specialisme Cardiologie op de afdeling F1.*  
*(...)*  
*Anamnese*  
*Retour uit MCL na PCI RCA met 2 lange stents 3x48 en 2.5x48. Gering extravasaat waarvoor controle middels echo cor. Bekend met een goede LV functie met LVH. Belangrijk Aol en matige MI. RV gb. Na PCI op CCU pobd/keel. Gestart met NTG. Vandaag klachtenvrij. Voelt zich goed, klachtenvrij. Geen dyspnoe. Is tevreden.*  
*(...)*  
*Conclusie*  
*Revalidatie na PCI RCA, 2 lange stents. Gering extravasaat, geen PE. Trcp-T 234, CK 99. Het kleplijden behoeft op dit moment geen interventie.*  
  
*Beleid*  
*MCL advies: nog tenminste 1 maand in NL blijven ivm lange stents en verhoogde kans op stentstenose. Controle: hartrevalidatie komende 2 maanden. (...)"*
- 3.5. Op 4 juli 2018 heeft een consult plaatsgevonden bij de Dokterswacht Friesland. De kosten die hiermee samenhangen heeft verzoekster ook bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 juli 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de gedeclareerde kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 27 augustus 2018, 18 oktober 2018 en 25 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.8. Bij brief van 17 augustus 2018 heeft de behandelend cardioloog over verzoekster verklaard: *"(...) Samenvattend betreft het een 73 jarige vrouw, bekend met een aortaklepinsufficiëntie. In het verleden (2006) is zij opgenomen geweest met thoracale klachten waarbij op het coronairangiogram randstandige afwijkingen te zien waren maar zeker geen obstructief coronarialijden.*  
  
*Zij werd nu opgenomen met een acuut ontstaan non-stemi. Nu bleek bij analyse van non-stemi multipale belangrijke stenoses in de rechtercoronair arterie. Wegens aanhoudende klachten werd besloten tot percutane interventie middels stenting van de RCA. Tijdens de reconvalescentieperiode is er middels TEE een analyse van de aortaklep gedaan. Hiervoor wordt een conservatief beleid voorgesteld.*  
  
*Uiteindelijk is patiënte met geringe restklachten weer naar huis ontslagen. De opname was dus in het kader van een acuut coronair syndroom wat de dag voor opname ontstaan is. De laboratorium uitslagen met gestegen TnT waardes passen hierbij. (...)"*
- 3.9. Bij brief van 14 december 2018 heeft de behandelend cardioloog over verzoekster verklaard: *"(...) In mijn brief aan de huisarts heb ik gemeld dat patiënte coronairlijden met een stenose van 50-70% (zie voorgeschiedenis) had. Na revisie van de hartcatheterisatie verricht in 2006 wegens thoracale pijn blijkt echter geen significant coronair lijden aanwezig te zijn.*  
*(...)"*

*Het ontstaan van het hartinfarct bij patiënte is zonder twijfel iets wat is ontstaan een paar uren voor haar presentatie in ons ziekenhuis. Uw stelling dat de vernauwingen in het algemeen niet in enkele dagen of weken ontwikkeld zijn is juist. In 2006 waren deze vernauwingen niet dermate significant dat ze hebben geleid tot angina pectoris. Een plaqueruptuur ofwel een bloeding in de vernauwing en daarbij afsluiting van een van de kransslagaders heeft plaatsgevonden een paar uren voor het hartinfarct en dus vlak voor de recente opname. Deze plaqueruptuur is dus de reden geweest van het hartinfarct, de acute opname en daarna de PCI (dotteren). Deze is ontstaan een paar uur voor de opname en niet jaren geleden. Een hartinfarct is een acute diagnose en angina pectoris niet. Het ontwikkelen van vernauwingen in de kransslagaders begint voor mensen die er aanleg voor hebben vanaf het twintigste levensjaar. Dit is al jaren bekend na uitgebreid post mortem onderzoek van gesneuvelden tijdens de Vietnam oorlog. Als ik de stelling van de verzekeraar begrijp, betekent dit dat geen enkele volwassene dekking kan krijgen voor cardiovasculaire ziekten zoals hartinfarcten, ritmestoornissen, gescheurde aorta aneurysma, herseninfarct of bloeding, nierinfarct enz. Dit lijkt mij een onjuiste en onwenselijke stellingname. (...)"*

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door haar gedeclareerde kosten te vergoeden op grond van de ziektekostenverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 12 van de ziektekostenverzekering.

#### 6. Beoordeling

- 6.1. In artikel 17 van de ziektekostenverzekering is vermeld in welke gevallen de verzekering geen dekking biedt. In het artikel staat: "*Wij vergoeden geen kosten voor: Bestaande kwalen, klachten en afwijkingen. Kosten die het gevolg zijn van kwalen, klachten en/of lichamelijke afwijkingen waaraan de verzekerde lijdt of heeft geleden op of voor de ingangsdatum van uw verzekering. Ook wanneer de verzekerde hier zelf niet bekend mee was. Kosten die met de kwaal, klacht of afwijking verband houden, vergoeden we ook niet.*" Partijen verschillen van mening over de vraag of de genoemde uitsluitingsgrond voor vergoeding aan de orde is. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.
- 6.2. Verzoekster voert aan dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte ervan uitgaat dat de klachten die zij in 2006 had, hebben geleid tot een hartinfarct in 2018. De oorzaak van het hartinfarct is gelegen in een plaqueruptuur en niet - zoals de ziektekostenverzekeraar stelt - het gevolg van eventuele vernauwingen van de kransslagader. Bovendien gaat de ziektekostenverzekeraar voorbij aan het feit dat ook door ouderdom het lichaam in verval raakt en de kans op hartklachten toeneemt. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar haar op basis van leeftijd niet mag uitsluiten van vergoeding. Eén en ander wordt bevestigd door de behandeld cardioloog in zijn verklaring van 12 december 2018.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar maakt uit de medische informatie in het dossier op dat bij verzoekster in 2006 afwijkingen zijn geconstateerd van de wand van de kransslagader en dit leidde tot vernauwingen van 50% tot 70%. Ook uit andere stukken volgt dat verzoekster bekend was met coronarialijden (vernauwing van kransslagaderen), maar dat haar klachten - bestaande uit pijn in beide armen en soms op de borst - al enige tijd stabiel waren. Vanaf 11 juni 2018 heeft verzoekster ook klachten in rust gekregen. De eerst stabiele situatie is dus instabiel geworden. Bij hartkatheterisatie werden afwijkingen van de vaatwanden van drie kransslagaderen geconstateerd, waarbij de rechter kransslagader op diverse plaatsen vernauwingen vertoonde van 70% tot 90%. Dit is geen situatie die zich in enkele dagen of weken ontwikkelt. Dit is een proces van vele jaren, waarbij het gegeven van afwijkingen in de vaatwand in 2006 goed aansluit. Behandeling heeft bestaan uit het inbrengen van stents om de doorbloeding van de kransslagader te waarborgen. De ziektekostenverzekeraar stelt niet dat al voor de ingang van de ziektekostenverzekering sprake was van een instabiele situatie, maar het is volgens hem wel duidelijk dat de onderliggende aandoening verantwoordelijk is voor het klachtenpatroon. Dat de behandelingsnoodzaak zich toevallig heeft voorgedaan gedurende de verzekerde periode maakt dit volgens de ziektekostenverzekeraar niet anders.
- 6.4. De commissie leidt uit de medische informatie in het dossier af dat in 2006 bij verzoekster een hartkatheterisatie is verricht. Toen is vastgesteld dat sprake was van vernauwingen van de kransslagaderen van 50% tot 70%. Ook was sprake van een hoge bloeddruk (hypertensie) en een verhoogd cholesterol (hypercholesterolemie). Dit vormde geen aanleiding voor een operatieve ingreep. Er is een conservatief beleid gevolgd. Vervolgens is in 2008 bij verzoekster een matige aortaklepinsufficiëntie (AOI) vastgesteld. Uit deze informatie kan worden geconcludeerd dat verzoekster al hartpatiënt was en is het aannemelijk dat een verhoogd risico op hartfalen bestond. Er ontstond in 2018 weliswaar een acute situatie (hartinfarct) door een plaqueruptuur, maar de plaque was al langer aanwezig. Immers, er was vastgesteld dat de kransslagaderen in belangrijke mate waren vernauwd. Los van de vraag of verdere vernauwing van de kransslagaderen is te wijten aan een onderliggende aandoening of ouderdom, betekent dit dat al een significante vernauwing bestond vóór de ingangsdatum van de ziektekostenverzekering. Het is aannemelijk dat dit in 2018 tot het hartinfarct heeft geleid. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde zorgkosten die hiermee samenhangen niet hoeft te vergoeden, gelet op de uitsluitingsgrond in artikel 17 van de ziektekostenverzekering.
- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 januari 2020,

G.R.J. de Groot