

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, minimaal invasieve microscopische decompressie van een lumbale wervelka- naalstenose en nucleotomie, beide op niveau L4/5, Europa
Zaaknummer	: 2008.02459
Zittingsdatum	: 8 april 2009

Zaak: 2008.02459 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, minimaal invasieve microscopische decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose en nucleotomie, beide op niveau L4/5, buitenland)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 12 augustus 2008 de kosten van de door verzoeker ondergane operatie, bestaande uit een minimaal invasieve microscopische decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose en een nucleotomie, beide op niveau L4/5, uitgevoerd te München (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten. Deze zal in het vervolg buiten beschouwing blijven.
- 3.2. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Prolaps L4-5 medial links, relative Spinalstenose L3-4-5, ausgeprägte Spondylarthrose L3-4-5, Foramenstenose L4-5". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "mikroskopische Dekompression und Nukleotomie im Segment L4/5 links", ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Op 11 augustus 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Bij brief van 12 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. Bij brief van 29 oktober 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,--
- 3.6. voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 5 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 februari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 27 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 februari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 maart 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, deels in te willigen op de grond dat uit het advies van de medisch adviseur blijkt dat de operatie in kwestie deels uit een gewone HNP-operatie heeft bestaan, welke kan worden gerekend tot zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Dit brengt mee dat verzoeker aanspraak heeft op een gedeeltelijke vergoeding van de rugoperatie, te weten op basis van de toepasselijke DBC. Dit betreft DBC-code 05.11.00.1360.0213. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 maart 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft niet op het CVZ-advies gereageerd. De zorgverzekeraar heeft op 25 maart 2009 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft destijds het ziekenhuis in Kumasi (Ghana) bezocht, omdat hij ernstige pijnklachten had, met name pijn in het linkerbeen. In het ziekenhuis heeft hij een therapie ondergaan, bestaande uit fysiotherapie, behandeling met ontstekingsremmende medicijnen en instructies (oefeningen thuis). Aangezien de klachten toenamen, heeft hij zich vervolgens gewend tot de Alpha Klinik in München. Daar is de hernia verwijderd door middel van een nucleotomie op niveau L4/5. Tevens werd een wervelkanaalstenose op niveau L4/5 weggenomen. Verzoeker heeft de nota's van het consult, de operatie en het naderhand aangemeten korset ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding van de kosten van de behandeling afgewezen. Verzoeker begrijpt dat de minimaal invasieve microscopische decompressie van het wervelkanaal geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Hij is echter van mening dat de uitgevoerde herniaoperatie op niveau L4/5, en het naderhand aangemeten tijdelijke korset wél voor vergoeding in aanmerking komen,

ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek geheel of gedeeltelijk dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandeling van een wervelkanaalstenose door middel van minimaal invasieve microscopische decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose geen geneeskundige zorg is die medisch specialisten plegen te bieden. Deze behandeling is daarmee geen verantwoorde en adequate zorg. Dit leidt ertoe dat op grond van artikel 10.2 van de zorgverzekering geen vergoeding van deze operatie mogelijk is. Bij een wervelkanaalstenose is het gebruikelijk niet te snel operatief in te grijpen. Is dit echter toch noodzakelijk, dan is de behandeling van eerste keuze een laminectomie en eventueel fusiechirurgie. Bij verzoeker kunnen de minimaal invasieve microscopische decompressie en de nucleotomie niet los van elkaar worden gezien. De nucleotomie zou in Nederland waarschijnlijk klinisch zijn uitgevoerd in combinatie met een gangbare behandeling van de wervelkanaalstenose; samen één opname, één zorgvraag, één gecombineerde ingreep en dus één DBC. Het zou niet correct zijn een ingreep te vergoeden waarvan delen niet volgens de stand van de wetenschap en praktijk zijn.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de door hem op 11 augustus 2008 bij de buitenlandse zorgverlener ondergane behandeling, bestaande uit een minimaal invasieve microscopische decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose en een nucleotomie, beide uitgevoerd op niveau L4/5, ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 15 Medisch specialistische zorg

Omschrijving

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

- (...)
- *materialen die er toe bijdragen dat de medisch specialist geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband-, of hulpmiddelen. (...)*

De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. Artikel 10.2 van de zorgverzekering sluit vergoeding van bepaalde kosten van zorg uit. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 10 Uitsluitingen

(...)
10.2 Vergoeding van de kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 7.3. De regeling in de artikelen 9, 10 en 15 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 verzekerd 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is in de eerste plaats of een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast is aan de orde of de kosten verbonden aan de tegelijkertijd met minimaal invasieve decompressie op hetzelfde niveau uitgevoerde (endoscopische) nucleotomie voor vergoeding in aanmerking komen.
- 7.7. Bij de beantwoording van de hierboven geformuleerde eerste 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.

- 7.8. Indien uit tenminste 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 beroepsgeenoten.
- 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.
- 7.9. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (zie onder andere zaak 2007.01599 en 2007.02631), voldoet de onderhavige behandeling niet aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk en heeft de behandeling evenmin in het betrokken vakgebied te gelden als verantwoorde en adequate zorg. De commissie baseert zich daarbij op het advies van het CVZ van 10 oktober 2006, zaaknummer 26073544, RZA 2007/10, waarin onder meer wordt opgemerkt dat uit de internationale richtlijnen (zowel Europees als Amerikaans) blijkt dat:

“er is slechts beperkt bewijs dat operatief ingrijpen effectiever is dan goede conservatieve behandeling. Indien toch operatief ingrijpen geïndiceerd is, is behandeling van eerste keus laminectomie en eventueel fusiechirurgie.”

Verder komt het CVZ in zijn hiervoor genoemde advies tot de conclusie dat:

*“er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, in totaal 200 à 300 patiënten.
(...)”*

Op basis van de toepasselijke regelgeving en het advies van de medisch adviseur is het College van mening dat noch de endoscopische transforaminale benadering van een lumbale hernia nuclei pulposi (HNP) noch de minimaal invasieve benadering voor de lumbale wervelkanaalstenose aangemerkt kunnen worden als “gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgeenoten” en daarmee niet vallen onder de omvang van de geneeskundige zorg, zoals bepaald in het Besluit Zv.”

Gesteld noch gebleken is dat de inzichten dienaangaande sindsdien zijn veranderd.

- 7.10. Gezien het voorgaande komt de commissie tot het oordeel dat de minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose niet heeft te gelden als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de

zorgverzekering en mitsdien niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Door verzoeker zijn geen feiten of omstandigheden aangevoerd die tot een ander oordeel aanleiding geven.

- 7.11. Wat betreft de door verzoeker ondergane (endoscopische) nucleotomie merkt de commissie op dat die ingreep wel voldoet, voor zover op hetzelfde niveau niet eerder een operatie is uitgevoerd, aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, en is hiermee te beschouwen als geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
- 7.12. De overige, in het kader van de rugoperatie ingediende rekeningen komen niet voor vergoeding in aanmerking, aangezien deze rekeningen van de (voor-)onderzoeken en van het (tijdelijke) korset in het Nederlandse vergoedingstelsel deel uitmaken van het DBC-tarief, en derhalve niet als een aparte aanspraak hebben te gelden.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, conform het ten aanzien van een (endoscopische) nucleotomie geldende DBC-tarief. De DBC die als uitgangspunt voor het marktconforme tarief genomen kan worden, is 05.11.00.1360.0213.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, voor zover het de (endoscopische) nucleotomie betreft, conform het geldende DBC-tarief.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 8 april 2009,

Voorzitter