



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, operatie enkel, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201402839

Zittingsdatum : 30 september 2015

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

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan de rechterenkel, uitgevoerd te Liestal, Zwitserland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 3.229,10.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de vergoeding te verhogen naar € 4.990,97.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 24 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.990,97 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juli 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juli 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 augustus 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015085699) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat door de ziektekostenverzekeraar de juiste DBC-zorgproductcode is gehanteerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 september 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 1 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 5 oktober 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is paardentrainer, en heeft tijdens zijn werkzaamheden een ongeval gekregen, waarbij hij onder een paard terecht is gekomen. Hierbij heeft hij zijn enkel gebroken en zijn enkelbanden afgescheurd. Verzoeker is onderzocht in een ziekenhuis in Nederland, waar scans zijn gemaakt. Omdat de enkel te gezwollen was, kon niet direct worden geopereerd. Verzoeker zou op een wachtlijst komen te staan voor een latere operatie. Dit kon oplopen tot wel 32 weken. Verzoeker heeft hierop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Voorgesteld werd contact op te nemen met een arts te Veurne, België. Na contact te hebben gezocht met de kliniek waaraan deze arts was verbonden, bleek dat de arts in kwestie al twee jaar geleden met pensioen was gegaan. Hierover was bij de ziektekostenverzekeraar niets bekend. Verzoeker heeft vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd of hij zo mogelijk direct in Zwitserland kon worden geopereerd. De arts in Zwitserland past namelijk een nieuwere techniek toe dan de artsen in Nederland, die nog gebruikmaken van pinnen. Bovendien is de arts in Zwitserland gespecialiseerd in dit soort operaties. Een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar schreef verzoeker per e-mail dat zij "alles zou regelen".
- 4.2. Nader onderzoek in Zwitserland wees uit dat ook de pezen in de beenspieren in het enkelgewricht waren afgescheurd. De operatie vond plaats op 14 februari 2014. Na de operatie is verzoeker teruggekeerd naar Nederland. Hij heeft alle facturen aan het Zwitserse ziekenhuis voldaan en de kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid heeft hij ook het operatieverslag meegezonden. De totale kosten van de ingreep belopen CHF 15.000,-. De ziektekostenverzekeraar deelde mede dat maximaal het Nederlandse tarief zou worden vergoed. Bij brief van 24 april 2014 deelde de ziektekostenverzekeraar verzoeker mede dat de vergoeding slechts € 3.220,10 bedraagt. Nadat hij hierover een klacht had ingediend, werd de vergoeding verhoogd naar € 4.990,97.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar baseert zich op DBC-zorgproductcode 131999147 met als omschrijving: "*Operatie aan knie en/of onderbeen bij een aandoening van botspierweefsel of bindweefsel*". Verzoeker is van mening dat het samenstel van behandelingen die hij heeft moeten ondergaan in verband met een reconstructie van de rechter enkel na een breuk, en het gelijktijdig afgescheurd

zijn van de enkelbanden evenals de spieraanhechtingen, niet kan leiden tot slechts één code. Bovendien is voor deze ingreep door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend, enerzijds telefonisch door verwijzing naar artsen in het buitenland waarmee contact kon worden opgenomen, anderzijds door de e-mailwisseling die heeft plaatsgevonden. Tot slot is verzoeker van mening dat naast de behandelingskosten, ook dient te worden gekeken naar de "ligkosten" en de gemaakte reiskosten.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de diverse contacten nimmer opgemerkt dat werd getoetst aan Vo. nr. 883/2004, hoewel dit op zijn weg lag.

4.5. Ter zitting is verklaard dat het geschil rond verzoeker zich toespitst op de onjuiste informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraar, en het door deze toepassen van onjuiste DBC-codes met te lage tarieven. Volgens de ziektekostenverzekeraar blijkt uit de stukken niet hoe de arts in Veurne in beeld is gekomen. Dit is niet juist. De vader van verzoeker heeft aan een medewerker van de ziektekostenverzekeraar een gespreksverslag gezonden en deze heeft hierin verbeteringen aangebracht. In dit stuk wordt de betreffende arts genoemd. Het ging daarbij om een expliciete verwijzing naar deze behandelaar. Behandeling in Duitsland was niet aan de orde. Aan verzoeker is wel degelijk toestemming verleend. In Nederland is de Maartenskliniek bezocht. Daar was de wachttijd 31 weken.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige ingreep, tot maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Dit tarief is bepaald aan de hand van DBC-zorgproductcode 131999147 en kent een bijbehorend bedrag van € 4.990,97. De omschrijving die bij deze code hoort, is: "*Operatie aan knie en/of onderbeen bij een aandoening van het botspierweefsel*". Deze omschrijving komt overeen met de ingreep die bij verzoeker is uitgevoerd. Hij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding op basis van artikel 20 lid 2 van Vo. nr. 883/2004 dient een aanvraag te worden ingediend, en dient een akkoordverklaring te worden verkregen voordat men de zorg in een andere EU/EER-lidstaat of Zwitserland betreft. Verzoeker heeft geen voorafgaande toestemming gevraagd en gekregen als bedoeld in genoemd artikel. De operatie vond plaats op 14 februari 2014, en de akkoordverklaring dateert van 24 april 2014. Verzoeker heeft op 10 februari 2014 verzocht om (spoedige) toestemming. Deze is echter niet direct gegeven omdat hiervoor informatie ontbrak. De medewerkster van de ziektekostenverzekeraar die verzoeker heeft gesproken, heeft toegelicht een en ander verder in orde te zullen maken. Hieruit mocht verzoeker niet opmaken dat de operatie voor (volledige) vergoeding in aanmerking zou komen. Zeker niet gezien het feit dat hij al op de hoogte was gebracht van het feit dat sprake was van een zeer duur ziekenhuis, en dat de vergoeding nooit hoger zou zijn dan naar Nederlandse maatstaven.

5.3. Door de ziektekostenverzekeraar is telefonisch aan de vader van verzoeker toegelicht dat alternatieven bestonden in België en Duitsland. Hoe de betreffende arts aan bod is gekomen, is niet meer te achterhalen, maar dit doet niet ter zake, omdat ook in België andere alternatieven beschikbaar waren. Verzoeker heeft hier echter niet naar geïnformeerd, en liet de ziektekostenverzekeraar op 11 februari 2014 weten definitief voor Zwitserland te hebben gekozen. Hij wist op dat moment dat hij hiervoor nog geen akkoordverklaring had. Aan hem is niet voorafgaand aan de ingreep toestemming verleend.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de arts in Veurne in het gespreksverslag is genoemd. Van toestemming is evenwel geen sprake geweest. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de door hem gehanteerde DBC-code volgens het Zorginstituut juist is.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 volledig dan wel tot een hoger bedrag dan € 4.990,97 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 in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat:

- medisch specialistische behandeling;
- opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);
- verblijf, verpleging en verzorging;
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;
- laboratoriumonderzoek. (...)"

8.4. Artikel A.20. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"c. Volledig tarief (100%) van het vaste of marktconforme tarief

- Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten en geen zorg in natura:

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? Dan vergoeden wij voor de Zorgverzekering Restitutie en de onderdelen van de aanvullende verzekeringen die vergoeding op restitutiebasis bevatten het volledige wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief"). Is er geen punttarief, dan vergoeden wij het volledige (100%) marktconforme tarief. Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het marktconforme tarief, dan vergoeden we dit lagere in rekening gebrachte bedrag. (...)"

8.5. Artikel B.18. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zittend ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat:

• het zittend ziekenvervoer:

o per auto

o in de laagste klasse van het openbaar vervoer of

o taxi

over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, tenzij u van ons een akkoordverklaring hebt voor reizen over een grotere afstand;

• ziekenvervoer met een ander vervoermiddel, als zittend ziekenvervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is en u voor ziekenvervoer met dat andere vervoermiddel vooraf van ons een akkoordverklaring hebt gehad;

• het vervoer van een begeleider en, in uitzonderlijke gevallen, van 2 begeleiders. Deze begeleiding moet dan noodzakelijk zijn of de verzekerde die wordt begeleid, moet jonger zijn dan 16 jaar. Onder begeleiding verstaan we ook hulp- of blindengeleidehonden.

Voor het zittend ziekenvervoer per eigen auto of huurauto heeft de minister een vergoeding van € 0,31 per kilometer vastgesteld.

De ritlengte wordt bepaald met behulp van de meest recente versie van de routeplanner Routenet (gratis via internet te raadplegen), op basis van de snelste route. We vergoeden op basis van hele kilometers; we maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding. (...)"

8.6. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

• zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

• (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"

8.7. De artikelen A.20., B.2., B4.2. en B.18. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.

8.9. 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.

8.10. 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. Verzoeker is naar Zwitserland 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. Hoewel Zwitserland geen EU-lidstaat is, is genoemde verordening van toepassing op basis van een verdrag tussen de EU en haar lidstaten en de Zwitserse Bondsstaat. Ten aanzien van de verordening geldt het volgende.
- 9.2. Verzoeker heeft op 4 februari 2014 zijn enkel gebroken. Op 10 februari 2014 heeft hij toestemming gevraagd voor de ingreep in Zwitserland. De eerste hersteloperatie vond plaats op 14 februari 2014. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve niet een redelijke termijn gekregen op het verzoek om toestemming te beslissen. Een niet-tijdig verzoek om toestemming moet worden gelijkgesteld aan het niet vragen van toestemming. 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 de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de onderhavige ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker hiervoor een indicatie had. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van de vergoeding.
- 9.4. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproductcode 131999147 met als omschrijving: *“Operatie aan knie en/of onderbeen bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel”*. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Gelet op het 'restitutieoverzicht medisch-specialistische zorg per 1 januari 2014' is het gecontracteerde tarief € 4.990,97. Dit bedrag is aan verzoeker vergoed. De gehanteerde DBC-zorgproductcode komt de commissie - gelet op de uitgevoerde ingreep en de toelichting van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op de code - juist voor. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een hogere vergoeding, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Verzoeker heeft verder aanspraak gemaakt op zittend ziekenvervoer. Niet gebleken is dat deze kosten bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd en dat een afwijzing en een heroverweging hebben plaatsgevonden, zodat de commissie, gelet op artikel 114 lid 2 Zvw, niet bevoegd is over dit deel van het verzoek te beslissen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Toezegging

- 9.7. In de procedure is niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Aan de enkele opmerking van de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar dat zij "alles zou regelen" mocht verzoeker niet het vertrouwen ontlenen dat hij een volledige vergoeding zou ontvangen. Hij was ervan op de hoogte dat hij aanspraak had op maximaal het Nederlandse marktconforme tarief. Door verzoeker is daarbij niet weersproken dat hij is gewaarschuwd dat sprake was van een duur ziekenhuis. Een en ander kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.

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, 28 oktober 2015,

A.I.M. van Mierlo