

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G van H tegen C te D en E te F  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, diepe lymfeveneuze anastomose (LVA), stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 2010.01231  
Zittingsdatum : 30 maart 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door G van H

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten verbonden aan “diepe veneuze anastomose (LVA)”, ondergaan te Mol (België)(hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 19 november 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet en [naam ziektekostenverzekeraar] Klasse afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 23 juni 2010 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld geen mogelijkheid te zien tot bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 4 augustus 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 september 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010121637) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat LVA niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 maart 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 31 maart 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. Bij brief van 12 april 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het definitieve advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 4 mei 2011 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "lymfoedeem rechter been, na verwijderen van seminoom en ly[m]feadenectomie, en verwijderen van melanoom thv het rechter onderbeen. Lymfoedeem is geassocieerd aan recidiverende erysipelas en lymfelekkage".
- 4.2. Op 3 maart 2009 heeft de operatie waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij vanwege ernstig lymfoedeem in Mol is behandeld met diepe lymfoveneuze anastomose (LVA). Deze operatie heeft een zeer goed resultaat gehad. In Nederland wordt deze techniek (nog) niet toegepast. In België wordt de techniek echter wel toegepast, en tevens vergoed door alle ziektekostenverzekeraars. Overigens vergoeden sommige Nederlandse zorgverzekeraars de kosten ook. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn snijdt geen hout; zo blijkt uit diverse medisch wetenschappelijke onderzoeken.

- 4.4. Verder stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar in de toekomst kosten bespaart, doordat bepaalde drukverbanden en operaties niet meer nodig zijn.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker de behandeling met LVA toegelicht. Hij heeft hiertoe enkele stukken overgelegd. Verder heeft hij kritiek geuit op de wijze van toetsing aan de "stand van de wetenschap en praktijk" door het CVZ. Verzoeker heeft opgemerkt dat de behandelend arts verzoeker heeft doorverwezen naar België, deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en de kostenbesparende aspecten ten onrechte niet zijn meegenomen in de beoordeling van de ziektekostenverzekeraar.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag is afgewezen omdat de operatie geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar heeft het door verzoeker overgelegde wetenschappelijk onderzoek gemotiveerd weerlegd, en stelt dat tot op heden geen overtuigend bewijs bestaat van de effectiviteit van diepe LVA, ook wel LVS genoemd. Het vormt daarmee geen verzekerde prestatie.
  - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij de beoordeling of een behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is, niet relevant is of deze behandeling bij verzoeker succesvol is geweest. Het CVZ heeft een en ander recent nog onderzocht, en is duidelijk in zijn conclusie.
  - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanspraak terecht is afgewezen.
- 6. De bevoegdheid van de commissie
  - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 7. Het geschil
  - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
  - 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
  - 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.  
Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"*

Artikel 11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)"*

Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)"*

- 8.3. De artikelen 2.5, 11 en 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De vraag is of diepe lymfeveneuze anastomose (LVA) bij lymfoedeem voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens

de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.  
Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige operatie is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 4 februari 2011 verwoord. De conclusie van het advies is dat diepe lymfeveneuze anastomose (LVA) bij lymfoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet geen aanleiding om van het CVZ-advies af te wijken, en neemt deze conclusie dan ook over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart, nu de operatie met goed gevolg is uitgevoerd, geldt dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden kan worden zorg te vergoeden die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, ook niet als hem dat op enige wijze kosten in de toekomst zou besparen.
- 9.6. De stelling dat andere verzekeraars – waaronder Nederlandse zorgverzekeraars – de kosten wel vergoeden, heeft verzoeker niet onderbouwd. Overigens kan de ziektekostenverzekeraar niet gebonden worden geacht aan enig beleid – zo daarvan al

sprake is – van een andere verzekeraar.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2011,

Voorzitter