

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, dotteren bij Chronische Cerebro-
Spinale Veneuze Insufficiëntie (CCSVI)
Zaaknummer : 2010.02580
Zittingsdatum : 22 juni 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Standaard en AV Tand Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling in Emsland (Duitsland) in verband met Chronische Cerebro-Spinale Veneuze Insufficiëntie (CCSVI) (hierna: de aanspraak). Bij email van 27 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 15 oktober en 18 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 2011 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 (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 9 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 maart 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 juni 2011 telefonisch medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 maart 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011028062) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de CCSVI-behandeling niet onafhankelijk van de MS gezien kan worden en dat de behandeling van (veronderstelde) CCSVI bij MS door middel van veneuze angioplastiek 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 22 juni 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 juni 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 voorlopig advies. Bij brief gedateerd op 23 mei 2011, door de commissie ontvangen op 29 juli 2011, heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ handhaaft zijn eerder uitgebrachte advies dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ merkt hierbij op dat de omstandigheid dat in veel landen onderzoekers werken die aan het begrip CCSVI betekenis toekennen en positieve resultaten rapporteren niet betekent dat hier ook consensus over bestaat.
- 3.11. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 1 augustus 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen hierop te reageren. Verzoeker heeft op 2 augustus 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft verzoeker op 23 september 2010 verwezen naar het ziekenhuis in Emsland vanwege "gevonden afwijkingen (in het) veneuze systeem hoofdhals". Verzoeker is reeds jarenlang bekend met MS. De huisarts verzoekt om beoordeling en behandeling van de genoemde afwijking.
- 4.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de behandeling van CCSVI door middel van dotteren in het Gefäßzentrums Emsland.

Bij verzoeker zijn adervernauwingen vastgesteld door de specialist. De gangbare behandeling hiervoor is dotteren. Verzoeker kan er niets aan doen dat sommige symptomen van de adervernauwing overeenkomen met MS-symptomen. Verzoeker heeft de behandeling inmiddels ondergaan. De dotterbehandeling heeft een goed resultaat gehad. Verzoeker kan nu bijvoorbeeld weer lopen (hij zat in een rolstoel), liggend slapen, heeft geen pijn meer en de vermoeidheid is genormaliseerd.

- 4.3. Verzoeker is van mening dat een ballondilatatie een gebruikelijke behandeling is die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Zijn ziekte MS zou bij de beoordeling van de aanvraag geen rol moeten spelen. Hij wilde de behandeling ondergaan vanwege de adervernauwingen, of deze behandeling nu wel of geen positief effect zou hebben op de MS. Indien hij niet aan MS zou lijden, zou de onderhavige behandeling wel worden vergoed.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat, in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, in het VU-ziekenhuis onderzoek is gedaan naar de onderhavige behandeling, waarbij een controlegroep is gebruikt. In Buffalo (VS) is de eerste trial afgerond en is de tweede inmiddels gestart, waarbij tevens een controlegroep wordt gebruikt.
- 4.5. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 20 maart 2011 ondermeer twee brieven van de gemeente gestuurd, waaruit blijkt dat zijn mobiliteit na de ingreep zodanig is verbeterd, dat hij niet meer is aangewezen op een elektrische rolstoel en een woonvoorziening. Verzoeker benadrukt dat bij afwezigheid van klachten hij nu ook geen verbetering van zijn fysieke gesteldheid zou kunnen hebben. Hieruit blijkt dat de symptomen/klachten die hij ondervond en die door de neurologen aan MS werden toegeschreven, feitelijk door CCSVI werden veroorzaakt. Uit een MRI en echo's blijkt dat verzoeker een veneuze insufficiëntie had. Op grond van de Zvw bestaat aanspraak op de onderhavige dotterbehandeling.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat in 47 landen consensus bestaat over het feit dat CCSVI een aandoening is. De behandeling hiervan is een gewone dotterbehandeling, en deze behoort dan ook te worden vergoed. Uit de door het CVZ genoemde publicaties blijkt dat het onderzoek hiernaar in 47 landen wordt erkend en ook wetenschappelijk is onderbouwd. Als het onderzoek akkoord is, dan is het logisch dat dit ook geldt voor de behandeling. Indertijd is bij verzoeker de diagnose MS gesteld. De neuroloog heeft de klachten van verzoeker steeds aan MS gekoppeld. Een groot deel van deze klachten is echter sinds de ingreep verdwenen. Zo zat verzoeker bijvoorbeeld voor de ingreep in een rolstoel en kan hij nu weer lopen. Hierdoor vraagt verzoeker zich af of hij de diagnose MS terecht is gesteld. Verzoeker heeft nog wel restklachten, aangezien delen van zijn hersenen onherstelbaar beschadigd zijn.
- 4.7. In zijn brief van 2 augustus 2011 stelt verzoeker dat hij ter zitting niet heeft gesteld dat hij de diagnose MS betwist. Deze diagnose kan hij niet weerleggen, omdat het woord "multiple sclerose" niets anders betekent dan "meervoudige verhardingen" in de hersenen. Op de MRI zijn deze duidelijk en in veelvoud te zien. Uit een stuk van een Consensus Conferentie over veneuze misvormingen, geleid door prof. Lee Byung B van de Universiteit van Georgetown, blijkt dat CCSVI een aangeboren afwijking is die vóór de MS-laesies optreedt. Verzoeker bevestigt dat CCSVI niet kan worden losgekoppeld van de MS, maar dat het wel degelijk moet kunnen worden behandeld door middel van ballondilatatie.

- 4.8. 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 door verzoeker aangevraagde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit de literatuursearch van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat er onvoldoende evidence bestaat voor deze behandeling en dat het daarom een experimentele behandeling betreft. De studies betreffen kleine aantallen patiënten zonder dat sprake is van een controlegroep. Evenmin is iets bekend over de gevolgen van de behandeling op de lange termijn.
- 5.2. De onderhavige behandeling wordt niet uitgevoerd bij mensen zonder MS met een asymptomatische stenose. Verzoeker heeft kennelijk kennis genomen van recente publicaties met betrekking tot CCSVI bij MS en wil graag een dergelijke dotterbehandeling vergoed krijgen vanwege een vaatstenose in de hals. Dit wegens een mogelijk positief effect op zijn MS-klachten. Uit de verwijzing blijkt dat verzoeker geen specifieke klachten had, anders dan zijn MS, die een verwijzing vroegen.
- 5.3. Het feit dat (in Duitsland) blijkbaar declaratiecodes voorhanden zijn voor de onderhavige behandeling, betekent niet dat daarom de zorgverzekering aanspraak geeft op deze behandeling. Ook in Nederland zijn DBC's of tarieven bekend op grond waarvan geen aanspraak krachtens de zorgverzekering bestaat.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hier de veneuze, dus afvoerende, vaten betreft. Daar treden normaliter geen problemen bij op. Alleen bij het dotteren van de arteriën bestaat aanspraak op vergoeding.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op de behandeling van CCSVI door middel van dotteren in het Gefäßzentrums Emsland ten laste van de zorgverzekering.
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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 17.1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 17.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden

aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Inhoud zorg

U hebt recht op zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

U hebt recht op zorg verleend door een medisch specialist werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.

(...)”

- 8.3. In artikel 14 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland geregeld.
- 8.4. In artikel 16 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten onder andere worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en - bij het ontbreken van een zodanige maatstaf - door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. De artikelen 16 en 17.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.7. In artikel 2.1, tweede lid Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.8. 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. Mede gelet op de stelling van de ziektekostenverzekeraar, is de vraag of de behandeling van (veronderstelde) CCSVI bij MS door middel van veneuze angioplastiek 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 behandeling van (veronderstelde) CCSVI bij MS door middel van veneuze angioplastiek is door het CVZ in zijn advies van 23 mei 2011 uitgevoerd. Het CVZ komt tot de conclusie dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en tekent hierbij aan dat de stelling dat de CCSVI-behandeling onafhankelijk gezien kan worden van MS onjuist is. De commissie neemt deze conclusies over en zij maakt deze tot de hare.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2011,

Voorzitter