

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202400759

Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 7 juli 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 augustus 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 19 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 september 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 29 oktober 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024035345) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten doen. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden, waarbij verzoekster is gevraagd het nader onderzoek uit te voeren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 8 november 2024 een verslag van 4 september 2024 van de chiropractor overgelegd. Een afschrift hiervan is op 12 november 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 december 2024 op de nagekomen informatie gereageerd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 1.4. Bij brief van 11 december 2024 zijn de nagekomen stukken in kopie aan het Zorginstituut gestuurd met de vraag een voorlopig advies uit te brengen. Het Zorginstituut heeft bij brief van 9 januari 2025 aan de commissie meegedeeld over onvoldoende informatie te beschikken om een advies te kunnen uitbrengen. Een afschrift van deze brief is op dezelfde dag aan partijen gestuurd, waarbij hen de gelegenheid is geboden hierop tijdens de hoorzitting te reageren.
- 1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2024 gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.6. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Bij e-mailbericht van 31 januari 2025 heeft zij nogmaals een brief van de chiropractor, eveneens gedateerd 4 september 2024, gestuurd. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar

heeft bij brief van 5 februari 2025 op het nagekomen stuk gereageerd. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2025 ter kennisname aan verzoekster gezonden.

- 1.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 6 februari 2025 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 9 januari 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 4 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 5 maart 2025 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 11 maart 2025 meegedeeld niet meer inhoudelijk te willen reageren. Verzoekster heeft bij brief van 20 maart 2025 een aanvullende reactie gegeven. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2025 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Top Fincover (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster bezocht op 1 november 2023 de huisarts vanwege rugklachten, die haar doorverwees naar de Rugpoli. Op 3 november 2023 volgde een verwijzing, door de huisarts, naar een arts te Keulen, Duitsland. Namens verzoekster is op 7 november 2023 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een microchirurgische decompressie op niveau L5/S1. Verzoekster was toen al opgenomen in de instelling te Keulen, waar zij op 9 november 2023 is geopereerd.
- 2.3. Bij de aanvraag heeft de behandelend medisch specialist over verzoekster verklaard:

“Anamnese:

07.11.23 Wurde in 2018 operiert L5/1 re. in Rotterdam, Parkmedisch Centrum, (über CZ, Dr Rolde). Die erste Nacht zu Hause war schrecklich, danach ging es immer besser. Es wurde wieder schlimmer im US bis Knie. Seit Anfang des Jahre in Behandlung beim Chiroprakter. Seit 3 Wochen ist es extrem, wie damals vor 5 Jahren, kann eigentlich nur liegen. Kribbeln, Taubheit Aussenseite re FuB. Kraft intakt. Deutliche Schmerzzunahme beim Husten, Niesen oder Pressen. Berufliche Tätigkeit: keine Sportliche Tätigkeit: Garten und Pferde, spazieren radfahren.

Befund :

07.11.23 FBA 30 cm. Dorsalextension nicht eingeschränkt. Gangbild o. B. Fersengang rechts algogenbedingt erschwerter als links. Zehengang und Einbeinmanöver bds. durchführbar. Druckschmerz lumbosakral rechts. ASR re. abgeschwächter gegenüber li. PSR seitengleich mittellebhaft auslösbar. Im Liegen gegen Widerstand bestehen keine Paresen. Zum Untersuchungszeitpunkt bestehen Hypesthesien am dorsalen Oberschenkel rechts. Lasegue bds. negativ. Hüfte bds frei beweglich. Reizlose OP-Narbe.”

- 2.4. Bij brief van 8 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen.
- 2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 14 november 2023 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.6. Bij brief van 29 oktober 2024 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren.
- 2.7. Bij e-mailbericht van 8 november 2024 heeft verzoekster een verklaring van de chiropractor overgelegd. De betreffende brief van 4 september 2024 luidt, voor zover hier van belang:

“[Verzoekster] is in onze praktijk al jaren onder behandeling voor onderrugklachten. Op 17-11-2018 is zij geopereerd voor een HNP L5-S1. Vervolgens is [verzoekster] ook postoperatief behandeld voor restklachten van de HNP: onderrugklachten, rechter bilklachten, en uitstraling naar het rechter been.

In 2023 is zij 5 maal behandeld in onze praktijk met chiropractische manipulatie, myofasciale therapie en oefentherapie.

De data van de behandelingen waren:

26-01-2023, 20-03-2023, 17-07-2023, 02-10-2023, 16-10-2023. (...)"

2.8. Bij brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld over onvoldoende informatie te beschikken om een advies te kunnen uitbrengen.

2.9. Bij brief van 4 maart 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de te Keulen uitgevoerde microchirurgische decompressie op niveau L5/S1 te vergoeden.

3.2. In haar brief van 14 maart 2024 aan de ziektekostenverzekeraar stelt verzoekster dat de klachten die zij vóór de operatie ervoer gelijk waren aan die waarvoor zij vijf jaar eerder op hetzelfde niveau werd geopereerd in Park Medisch Centrum Rotterdam. Destijds heeft zij lang moeten wachten, waarbij zij oxycodon heeft gebruikt vanwege de pijn. Dit had kunnen worden voorkomen door direct operatief ingrijpen. Het herstel zou dan ook sneller zijn gegaan. In oktober 2023 verergerden de reeds aanwezige klachten, bestaande uit pijnklachten met uitstraling naar het been. Verzoekster was toen al enige tijd onder behandeling bij een chiropractor. Vanwege de bestaande wachttijden in Nederland heeft zij informatie ingewonnen bij de ziektekostenverzekeraar, die de arts te Keulen voordroeg. Deze arts oordeelde op basis van eigen onderzoek, een MRI en foto's dat een ingreep noodzakelijk was. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar niet zorgvuldig naar haar zaak gekeken en heeft hij te weinig rekening gehouden met de inschatting en de inhoudelijke afwegingen van de behandelend arts.

3.3. Verzoekster stelt in haar brief van 31 maart 2024 dat zij bekend is met "het protocol", maar dat in haar geval langer wachten niet verantwoord was. Na het consult op 7 november 2023 heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar waarbij haar expliciet werd meegedeeld dat indien direct werd geopereerd, en er op een later moment pas toestemming voor de operatie zou worden gegeven, de operatie zou worden vergoed. Als er, aldus de medewerker van de ziektekostenverzekeraar, geen toestemming zou worden gegeven, dan werden de kosten niet vergoed. Van een misverstand is volgens verzoekster geen sprake, want haar echtgenoot luisterde mee. De mededeling was voor haar de reden om direct een afspraak te maken voor de operatie. Zij meent hierop te hebben mogen vertrouwen.

3.4. Op 11 december 2023 werd verzoekster gebeld met de mededeling dat er toestemming was om te opereren. Toen de medewerker hoorde dat de operatie al had plaatsgevonden was haar letterlijke reactie: *"Dat is dan jammer, anders had u na volgende week een operatie vergoed gekregen"*. Verzoekster heeft toen verwezen naar het telefoongesprek op 7 november 2023, waarbij haar was verteld dat bij toestemming achteraf, alsnog zou worden overgegaan tot vergoeding. Zij concludeert dat de kosten zouden zijn vergoed indien de ingreep op een latere datum was uitgevoerd. De door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities stroken niet met haar notities en herinneringen aan de beide gesprekken.

3.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat het voor de beeldvorming belangrijk is om te vermelden dat het traject van klachten eigenlijk al lang geleden is begonnen. Een en ander heeft ertoe geleid dat zij in 2018 in Rotterdam is geopereerd. Na deze operatie bleef zij klachten houden waarna er in september 2019 een MRI is gemaakt. Hierop was niets te zien. Al met al heeft verzoekster van 2018 tot en met 2023 aangemodderd met klachten. Zij had nooit gedacht dat het mogelijk was dat de hernia op dezelfde plek kon terugkeren. Omdat de klachten begin 2023 erger leken te worden heeft zij zich gewend tot een chiropractor. Deze heeft verzoekster tot en met oktober 2023 verschillende keren behandeld. In oktober 2023 verergerden de klachten dusdanig dat zij alleen nog op de bank of in

bed kon liggen. Zelfs lopen ging niet. Verzoekster heeft op 1 november 2023 contact gezocht met de huisarts. De huisarts stelde voor om zo snel mogelijk een MRI te laten maken, maar overal was een wachttijd van zes weken. Op 2 november 2023 heeft er telefonisch contact plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact is besproken om voor de MRI uit te wijken naar Keulen. Dit resulteerde erin dat verzoekster op 7 november 2023 in Keulen een MRI heeft laten maken. De uitkomst hiervan was een hernia op niveau L5/S1. De chirurg adviseerde om te opereren en verzoekster kon al op 9 november 2023 terecht. Direct na het gesprek met de chirurg heeft zij telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft zij gevraagd of een herniaoperatie zou worden vergoed. Het antwoord luidde dat er een aanvraag moest worden ingediend waarna een beoordeling zou plaatsvinden. Als aan de voorwaarden was voldaan zou een vergoeding volgen. Deze beoordeling zou ook achteraf kunnen plaatsvinden. Met deze informatie heeft verzoekster zich laten opereren in de veronderstelling verkerend dat de kosten grotendeels door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Toen zij echter de factuur indiende volgde een afwijzende beslissing. De frustratie werd nog groter toen verzoekster op 11 december 2023 door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar werd gebeld met de vraag of de ingreep al was uitgevoerd. Toen het antwoord daarop luidde dat de ingreep al had plaatsgevonden, deelde de medewerker mee dat dit jammer was want als ze nog niet was geopereerd zou de operatie de volgende week kunnen plaatsvinden. Hieruit leidt verzoekster af dat het wel degelijk mogelijk was om achteraf een beoordeling uit te voeren en dat er op 11 december 2023 toestemming was voor de ingreep.

- 3.6. Bij brief van 20 maart 2025 heeft verzoekster verklaard dat zij de reactie van de ziektekostenverzekeraar van 5 februari 2025 met verbazing heeft gelezen. Tijdens de hoorzitting is haar gevraagd wanneer de eerste uitstralingspijn is genoemd bij de huisarts of chiropractor. In de door verzoekster na de zitting overgelegde brief van de chiropractor van 4 september 2024 staat dat dit op 17 juli 2023 is geweest. Achteraf blijkt dat de pijnontwikkeling zich heeft versterkt gedurende de zomer, waarbij verzoekster tijdens haar verblijf in het buitenland veel gelegen, gerust en gelopen heeft. Na thuiskomst is zij nog twee keer behandeld door de chiropractor. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat er in juli wellicht een andere oorzaak is geweest van de uitstralingspijn, is niet aan de orde. Het telefoongesprek dat plaatsvond op 7 november 2023 was voor haar cruciaal. De medewerkster gaf wel degelijk aan dat achteraf toestemming zou kunnen worden verleend, wat ook is gebeurd. De operatie bleek noodzakelijk en leidde tot herstel.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in de heroverweging van 14 maart 2024, onder verwijzing naar artikel A.3. van de voorwaarden van de zorgverzekering, gesteld dat, nu de richtlijn 'Ongeïstrumenteerde wervelkolomchirurgie' niet is gevolgd, de ingreep niet doelmatig is. Verzoekster had eerst gedurende 10 tot 12 weken een conservatieve behandeling moeten ondergaan. Pas daarna – dat wil zeggen medio december 2023 - zou een operatie kunnen worden overwogen. Volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen de klachten in meer dan de helft van de gevallen worden verholpen met een conservatieve behandeling. In de situatie van verzoekster is op 1 november 2023 de huisarts voor het eerst bezocht vanwege de rugklachten. De ingreep volgde op 9 november 2023. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de ernst van de pijn geen reden is van de richtlijn af te wijken.
- 4.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 5 juni 2024 verklaard dat geen sprake is geweest van een toezegging of van onjuiste dan wel onvolledige informatieverstrekking. Aan verzoekster is op 2 november 2023 telefonisch meegedeeld dat zij het consult en de MRI kon laten plaatsvinden en dat de kosten hiervan zouden worden vergoed op basis van 75% van het toepasselijke Nederlandse tarief. Declaratie van de kosten zou achteraf kunnen plaatsvinden. Voor de operatie diende een aanvraag te worden gedaan. De notitie die van het gesprek op 7 november 2023 is gemaakt luidt aldus:

“Notities:

Doorverbonden van kcc. Is bij [naam arts Keulen] geweest en kan donderdag geopereerd worden, dat is erg snel. moeten rekening houden met werkvoorraad. mevrouw vond het gek dat we het nog moeten beoordelen als de arts al aangeeft dat het nodig is. uitgelegd dat risico is als ze van ons geen bericht heeft ontvangen en operatie al uitgevoerd is. dit begrijpt ze. Ze weet voldoende.”

Van het telefoongesprek op 11 december 2023 is de volgende notitie gemaakt:

“onderwerp: [verzoekster]

Inhoud: Mw is 4 weken gel[e]den al geopereerd. Helaas blijft het dus bij een afwijzing.

Ze beroept[...] zich erop dat ze op ons advies naar [naam arts Keulen] is gegaan. Dat was geen advies.

Daarbij is ook duidelijk aangegeven dat ze de eventuele operatie vooraf moest aanvragen.

Ze gaf aan dat dit klopte maar ze kon de ande[re] dag al terecht. Ze is dus geopereerd op 8 of 9 november 2023.”

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief aan de commissie van 19 september 2024 aanvullend verklaard dat de informatie die op 7 november 2023 is gegeven klopte. Als op basis van de aanwezige aanvraag een akkoord kon worden gegeven dan zou deze ook voor de reeds uitgevoerde operatie gelden. Dit had – als de feiten anders lagen – hier ook het geval kunnen zijn. Uit de duidelijke gespreksnotitie kan de ziektekostenverzekeraar niet opmaken dat verzoekster op basis van wat haar is verteld ervan uit mocht gaan dat het, zoals zij schreef, bij haar bekende, afwachterende beleid niet zou gelden. Dergelijke inhoudelijke opmerkingen worden ook niet gemaakt aan de telefoon. De inhoudelijke beoordeling van de medisch adviseur over de situatie wordt afgewacht. De medewerkers van de ziektekostenverzekeraar mogen iemand ook niet afraden om een reeds geplande medische operatie uit te stellen. Zij konden aan de telefoon niet meer doen dan wat zij hebben gedaan, namelijk verzoekster wijzen op het juiste aanvraagproces en het financieel risico als de beoordeling niet wordt afgewacht.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 11 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op de verklaring van de chiropractor van 4 september 2024, aangevoerd dat hierin alleen wordt gesproken over behandelingen vanwege lage rugklachten. Als er sprake was van uitstraling, had dit er (moeten) staan. Chiropractie met een HNP is ook niet toegestaan. Het feit dat er al vele jaren behandelingen fysiotherapie en chiropractie zijn gedeclareerd zegt niets. Er is een duidelijke diagnose nodig. Noch uit de aanvullende informatie van de chiropractor noch uit de declaraties is enige onderbouwing te halen dat verzoekster al langer dan 1-2 weken klachten, passend bij een HNP, had alvorens te zijn geopereerd. Dat is, ook volgens het Zorginstituut Nederland, geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en de belangrijke beroepsrichtlijnen. De behandelend arts schrijft over klachten in oktober en al veel verder terug vanwege behandeling door de chiropractor. Maar behalve dit zeer algemene bericht van de arts staat hierover niets op papier. Dat de huisarts snel heeft verwezen voor een operatie, mogelijk op verzoek van verzoekster, maakt ook niet dat de ingreep wèl aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Er is geen duidelijke medische informatie waaruit volgt dat verzoekster al ruim voor de ingreep klachten had passend bij een HNP: dat betekent minimaal uitstralende pijn/klachten in een been volgens een specifiek patroon dat past bij de op beeldvorming gevonden neurocompressie. Er zijn wel uitzonderingssituaties waarbij niet 6-8 weken conservatief hoeft te worden afgewacht op spontaan herstel, bijvoorbeeld extreme pijn die niet reageert op adequate pijnstilling. Maar ook daarvoor ontbreekt een onderbouwing.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat Nederland ten aanzien van rugoperaties een afwachterende beleid kent, omdat de ervaring leert dat rugpijn vaak met rust overgaat. De wachttijd voor rugklachten zonder uitstraling bedraagt 10-12 weken. In geval van uitstraling naar de benen, zoals bij verzoekster, is pas sprake van een operatie-indicatie 6-8 weken na het begin van het LRS. Daarnaast moet een conservatieve behandeling niet-succesvol zijn geweest. Verzoekster stelt nu dat zij sinds de operatie in 2018 nooit helemaal klachtenvrij is geweest en dat de klachten in oktober 2023 verergerden. Uit de overgelegde stukken, en met name die van de chiropractor, wordt niet duidelijk wanneer de klachten van het LRS precies zijn ontstaan. Er is geen duidelijk moment aan te wijzen, terwijl dit wel kan worden verwacht. Bij ontbreken hiervan kan de ziektekostenverzekeraar alleen maar concluderen dat op 9 november 2023 de wachttijd nog niet was verstreken en er dus geen sprake was van een verzekeringsindicatie. Verzoekster heeft verder gesteld dat door de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar toezeggingen zijn gedaan. Als echter naar de gemaakte telefoonnotities wordt gekeken, wordt dit standpunt niet door de ziektekostenverzekeraar gedeeld. Op 2 november 2023 heeft er voor het eerst telefonisch contact plaatsgevonden. Tijdens dit gesprek is gesproken over het uitvoeren van een MRI-scan. Omdat het verzoekster niet uitmaakte of de zorgaanbieder was gecontracteerd, en een zorgaanbieder in Hengelo om een andere reden niet wordt geadviseerd, is met verzoekster de mogelijkheid besproken om in Duitsland de MRI te laten maken. Het

daaropvolgende gesprek vond plaats op 7 november 2023. Tijdens dit contact is door de medewerkster meegedeeld dat er een aanvraag kon worden ingediend die alsdan zou worden beoordeeld. Ook is besproken dat een beoordeling achteraf kan plaatsvinden. Ook deze informatie is niet onjuist. Uiteindelijk is er op 11 december 2023 nog telefonisch contact geweest. Ditmaal is er vanuit de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen vanuit de klachtenprocedure die inmiddels was opgestart. Omdat de eerder genoemde wachttijd inmiddels was verstreken, en bij de ziektekostenverzekeraar nog niet bekend was dat de ingreep was uitgevoerd, is vanuit een oogpunt van service contact opgenomen om te vragen of de ingreep al was uitgevoerd. Toen bleek dat de ingreep al was uitgevoerd restte alleen nog een achteraf beoordeling of ten tijde van de operatie sprake was van een verzekeringsindicatie. Als de medewerkster heeft gezegd dat verzoekster de operatie, wanneer die nog niet was uitgevoerd, de volgende week had kunnen ondergaan, heeft dat te maken met het dan inmiddels verlopen van die wachttijd. Al met al is er door de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar geen foutieve informatie gegeven.

- 4.6. Bij brief van 5 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de door verzoekster nagezonden brief van de chiropractor van 4 september 2024 door de medisch adviseur is bekeken. Deze geeft aan dat deze brief helaas weinig toevoegt. Er wordt vermeld dat sprake is van klachten die worden omschreven als “hamstringpijn”. Dit is een symptoom dat meerdere oorzaken zou kunnen hebben, zoals een sportblessure, overrekking van de hamstring of mogelijk passend bij iets anders, zoals een HNP. Over de oorzaak van een dergelijk algemeen symptoom kan alleen meer duidelijkheid worden verkregen met nader onderzoek, zoals een meting van kracht, sensibiliteit of anderszins beschrijving of testuitslagen die horen bij een bepaald niveau van mogelijke neurologische klachten. Uit de aanwezige medische informatie blijkt helaas niet van een duidelijke operatie-indicatie op het moment van de ingreep.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In Bij brief van 29 oktober 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie het volgende geschreven:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Indicatievoorwaarden

De specialistenrichtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) geeft aan dat een chirurgische behandeling van het LRS-syndroom (op basis van een hernia) uitgevoerd kan worden wanneer de patiënt dit weloverwogen wenst in samenspraak met de behandelend arts, afwegende de premorbide status en de mogelijke complicaties. De resultaten van chirurgische en conservatieve behandeling (bij een klachtenduur van circa tien tot twaalf weken) zijn na één jaar vergelijkbaar. Daarentegen wordt ongeveer 40% van de patiënten die voor een conservatieve behandeling hebben gekozen alsnog geopereerd, omdat klachten onvoldoende verbeterden.

Zowel in de specialistenrichtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom als in de richtlijn Ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie van de NVvN uit 2018 staat dat bij zes tot acht weken beenpijn in het kader van LRS een operatie overwogen kan worden. De richtlijnen geven aan (in de aanwezige keuzekaart ‘Hernia in de rug’) wat voor- en nadelen zijn van conservatieve of operatieve behandeling.

Volgens de specialistenrichtlijn Lumbosacraal Radiculair Syndroom (LRS) wordt in het algemeen alleen tot operatieve therapie overgegaan, indien conservatieve therapie gefaald heeft. Uit de richtlijn blijkt niet hoe lang de periode van conservatief beleid zou moeten zijn. Het is duidelijk dat hierin moeilijk gegeneraliseerd kan worden, er moet rekening gehouden worden met de patiëntkarakteristieken. Er moet in ieder geval sprake zijn van klachten die minimaal zes tot acht weken hebben geduurd. De richtlijn geeft aan welke opties er voor conservatieve behandeling zijn, maar stelt niet dat alle opties moeten worden toegepast.

Uit de richtlijn Ongeïnstrumenteerde wervelkolomchirurgie blijkt wat betreft de operatie-indicatie dat een operatieve behandeling zinvol kan blijken bij bewezen niet-succesvolle conservatieve behandeling. Er moet dan wel sprake zijn van een patiënt met klachten passend bij het lumbaal radiculair syndroom

op basis van een HNP. Ook in deze richtlijn wordt niet gesteld dat alle mogelijke conservatieve behandelopties moeten zijn toegepast.

Indicatie verzoekster

Bij verzoekster treden recidief rugklachten op. Verzoekster heeft in verband hiermee sinds begin 2023 een aantal behandelingen gehad bij een chiropractor. Het dossier bevat hiervan geen verslag. Het is dan ook onduidelijk wanneer het LRS op niveau L5/S1 is begonnen en of deze klachten al aanwezig waren toen verzoekster de chiropractor bezocht. Op 1 november 2023 heeft verzoekster de huisarts bezocht met klachten van een LRS. Het dossier bevat ook hiervan geen consultverslag. Wederom is onduidelijk wanneer het LRS is vastgesteld of begonnen. In het verslag van de neurochirurg valt terug te lezen dat er sinds drie weken sprake was van een LRS.

Nu zowel het verslag van de huisarts als het verslag van de chiropractor ontbreken, is onduidelijk of er al eerder dan de door de neurochirurg genoemde drie weken sprake was van een LRS. Er is pas sprake van een operatie-indicatie zes tot acht weken na begin van het LRS en als de conservatieve behandeling niet-succesvol is geweest.

Nader onderzoek

Om te beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op de vergoeding van de microchirurgische ingreep dient de volgende informatie te worden toegevoegd aan het dossier:

- Een onderzoeksverslag van de huisarts of chiropractor waaruit het tijdstip van het ontstaan van de klachten van het LRS en de verrichte conservatieve behandeling blijkt.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert u om nader onderzoek te laten uitvoeren waarbij u rekening houdt met het bovenstaande."

5.2. In Bij brief van 9 januari 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In de keuzekaart 'Hernia in de rug', behorende bij de specialistenrichtlijn Lumbasacraal Radiculaire Syndroomen de richtlijn Ongeïnstumenteerde wervelkolomchirurgie van de NVvN uit 2018, staat dat bij zes tot acht weken beenpijn in het kader van LRS een operatie overwogen kan worden. De keuzekaart geeft aan wat de voor- en nadelen zijn van conservatieve of operatieve behandeling. Dit is reeds toegelicht in het voorlopig advies.

Op basis van het initiële dossier was onduidelijk of verzoekster voldoet aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1. Derhalve is verzocht om informatie met betrekking tot het ontstaan van de klachten en de conservatieve behandeling. De aanvullende informatie bevat echter geen medische registratie van de chiropractor of de huisarts over het tijdstip van ontstaan van het recidief LRS. Nu uit de beschikbare informatie in het dossier niet blijkt wanneer de klachten van verzoekster zijn ontstaan, kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1.

Conclusie

Aangezien op basis van de beschikbare informatie in het dossier onbekend is wanneer de klachten van verzoekster zijn ontstaan, kan het Zorginstituut niet beoordelen of verzoekster aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1 voldoet.

Het advies

Het Zorginstituut beschikt over onvoldoende informatie en kan geen advies uitbrengen in dit geschil."

5.3. In het definitief advies van 4 maart 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In de keuzekaart 'Hernia in de rug', behorende bij de specialistenrichtlijn Lumbasacraal Radiculaire Syndroom en de richtlijn Ongeïndstrumenteerde wervelkolomchirurgie van de NVvN uit 2018, staat dat bij zes tot acht weken beenpijn in het kader van LRS een operatie overwogen kan worden. De keuzekaart geeft aan wat de voor- en nadelen zijn van conservatieve of operatieve behandeling. Dit is reeds toegelicht in het voorlopig advies.

Een LRS, waarvan het moment van vaststelling betwist wordt in dit geschil, wordt per definitie gekenmerkt door "uitstralende pijn in één bil of been, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen (hypesthesie/hypalgesie, parese, verlaagde reflexen), die suggestief is voor een prikkeling van één (soms twee) specifieke lumbosacrale zenuwwortel(s)." De door de chiropractor beschreven 'hamstringpijn' zou wellicht kunnen passen bij een beginnend LRS. Deze klachten zijn echter theoretisch ook passend bij een spierverrekking, -kneuzing of ischias. Om meer zekerheid te verkrijgen van de aanwezigheid van een LRS op niveau L5-S1, is een uitgebreidere beschrijving van de klachten en van de bevindingen bij lichamelijk onderzoek door een arts noodzakelijk. Uit de ontvangen documentatie blijkt dat verzoekster op 7 november 2023 in de 'Rücken-doc' kliniek een medisch consult, neuroradiologisch onderzoek heeft ondergaan en diagnose/behandelingsadvies heeft gekregen. Het LRS ter hoogte van L5-S1 is toen anamnestic en klinisch vastgesteld.

Op grond van de eerdergenoemde richtlijnen kan een operatie-indicatie zes tot acht weken na vaststelling van het LRS ontstaan wanneer conservatieve behandeling niet-succesvol is geweest. Er is geen documentatie aangeleverd waaruit blijkt dat het LRS eerder bij verzoekster is vastgesteld dan op 7 november 2023. Aangezien verzoekster op 9 november 2023 is geopereerd, heeft tussen het vaststellen van het LRS en de operatie geen zes tot acht weken tussentijd plaatsgevonden. Dit brengt met zich mee dat verzoekster ten tijde van de ingreep niet voldeed aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een operatie-indicatie had voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1 op 9 november 2023 (operatiedatum).

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster had geen operatie-indicatie voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1 op 9 november 2023 (operatiedatum)."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het 'redelijkerwijs zijn aangewezen op' alsmede artikel 3:35 van het Burgerlijk Wetboek (BW) en artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Verordening (EG) 883/2004

- 7.2. Op basis van artikel 20 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft een verzekerde recht op vergoeding van zorg volgens de sociale ziektekostenverzekering van een andere EU-lidstaat - in dit geval Duitsland - als de verzekerde hiervoor toestemming heeft gevraagd en verkregen van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gehouden deze toestemming te verlenen als (i) de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en (ii) deze zorg niet binnen een medisch verantwoorde termijn in Nederland beschikbaar is. De verordening blijft in beginsel buiten beschouwing als de verzekerde geen toestemming vraagt. Dit volgt uit de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05). In het arrest Elchinov (C-173/09) heeft het Hof echter beslist dat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden, op grond waarvan van een verzekerde niet kan worden verwacht dat vooraf toestemming wordt verzocht.
- 7.3. In dit geval is namens verzoekster op 7 november 2023 een aanvraag gedaan voor een microchirurgische decompressie op niveau L5/S1, terwijl de ingreep al gepland stond, twee dagen later. Aldus is de ziektekostenverzekeraar in beginsel te weinig tijd gegund om deze aanvraag te beoordelen en hierop te beslissen. Niettemin heeft de ziektekostenverzekeraar reeds bij brief van 8 november 2023 afwijzend beslist op de aanvraag zodat de zeer korte termijn feitelijk geen beletsel heeft gevormd voor de beoordeling van het verzoek om toestemming. Om die reden zal de commissie niet alleen nagaan of de afwijzing op grond van de zorgverzekering terecht was, maar ook of verzoekster de toestemming op basis van de verordening terecht is onthouden. In dat verband wordt als volgt overwogen.

Zorgverzekering

- 7.4. Partijen zijn niet erover verdeeld dat sprake is van zorg die voldoet aan de criteria ‘plegen te bieden’ en ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Hieruit volgt dat sprake is van verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. De volgende vraag is of in dit specifieke geval verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de bij haar uitgevoerde behandeling en – indien tussen partijen overeengekomen – of deze doelmatig is. Op de aanvraag ten behoeve van verzoekster is afwijzend beslist omdat de zorg niet doelmatig is. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de richtlijn ‘Ongeïnstumenteerde wervelkolomchirurgie’. De commissie merkt op dat het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ en de doelmatigheid van elkaar moeten worden onderscheiden. Zoals de wetgever heeft toegelicht, vormt het eerste criterium onderwerp van wetgeving en is het bij de doelmatigheid aan partijen hierover afspraken te maken. Voor de toepassing van de richtlijn, waarnaar de ziektekostenverzekeraar ter onderbouwing van zijn afwijzing heeft verwezen, gaat het om de vraag in welke gevallen betrokkene redelijkerwijs is aangewezen op een operatieve ingreep. Om die reden heeft de commissie, mede gelet op artikel 114 Zvw, het Zorginstituut gevraagd hierover te adviseren. In zijn voorlopig advies aan de commissie van 29 oktober 2024 heeft het Zorginstituut overwogen dat onduidelijk is of er al eerder dan de door de neurochirurg genoemde drie weken sprake was van een Lumbosacraal Radiculair Syndroom (hierna: LRS). Om te beoordelen of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de microchirurgische ingreep dient volgens het Zorginstituut de door hem genoemde nadere informatie aan het dossier te worden toegevoegd. Het Zorginstituut heeft de commissie daartoe geadviseerd nader onderzoek te laten uitvoeren. In het nadere voorlopig advies van 9 januari 2025 merkt het Zorginstituut op dat op basis van de overgelegde informatie onbekend is wanneer de klachten van verzoekster zijn ontstaan. Om die reden concludeert het Zorginstituut dat het niet kan beoordelen of verzoekster aan de indicatievoorwaarden voor een microchirurgische ingreep bij een HNP L5/S1 voldoet. In het definitief advies van 4 maart 2025 overweegt het Zorginstituut dat de door de chiropractor in de nadere brief van 4 september 2024 beschreven ‘hamstringpijn’ wellicht zou kunnen passen bij een beginnend LRS, maar dat deze klachten ook passend zijn bij een spierverrekking, -kneuzing of ischias. Om meer zekerheid te verkrijgen van de aanwezigheid van een LRS op niveau L5-S1 is echter een uitgebreidere beschrijving van de klachten en van de bevindingen bij lichamenlijk onderzoek door een arts noodzakelijk. Het LRS ter hoogte van L5-S1 is op 7 november 2023 anamnestic en klinisch vastgesteld. Op grond van de door het Zorginstituut genoemde richtlijnen kan

een operatie-indicatie zes tot acht weken na vaststelling van het LRS ontstaan wanneer conservatieve behandeling niet succesvol is geweest. Er is geen documentatie aangeleverd waaruit blijkt dat het LRS eerder bij verzoekster is vastgesteld dan op 7 november 2024. Aangezien verzoekster op 9 november 2024 is geopereerd, heeft tussen het vaststellen van de LRS en de operatie geen zes tot acht weken tussentijd plaatsgevonden. Daarom komt het Zorginstituut tot de conclusie dat verzoekster geen operatie-indicatie had voor een microchirurgische ingreep bij HNP L5/S1 op de operatiedatum, 9 november 2023. De commissie ziet in de argumentatie van verzoekster geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de ingreep ten laste van de zorgverzekering en dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening haar terecht werd onthouden.

Telefonische toezegging

7.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar, al dan niet in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden en de bepalingen van de verordening, een toezegging is gedaan onderscheidenlijk dat bij haar het vertrouwen is gewekt dat de kosten van de behandeling zouden worden vergoed (artikel 3:35 BW). Hierbij heeft zij verwezen naar telefoongesprekken op 7 november 2023 en 11 december 2023. Zij stelt dat haar op 7 november 2023 is verteld dat er achteraf toestemming zou kunnen worden verleend en dat de kosten van de operatie dan zouden worden vergoed. Volgens verzoekster is haar tijdens het telefoongesprek op 11 december 2024 verteld dat er toestemming is gegeven. Door de ziektekostenverzekeraar zijn notities van deze gesprekken overgelegd alsmede een notitie van een gesprek op 2 november 2023. Volgens verzoekster strookt de inhoud van de notities niet met haar – in deze procedure niet overgelegde - aantekeningen en haar herinneringen aan de beide gesprekken. De commissie overweegt dat, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en eventuele bewijslast in dit geval op verzoekster rusten. Verzoekster is in het bewijs niet geslaagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de gestelde toezegging en het gestelde gewekt vertrouwen gemotiveerd bestreden, onder verwijzing naar de hiervoor genoemde telefoonnotities. Uit de notitie van het gesprek op 2 november 2023 valt op te maken dat verzoekster bij die gelegenheid is meegedeeld dat zij de nota van het consult en de MRI achteraf kon indienen met een voorschrift – waarmee naar de commissie begrijpt is bedoeld : een verwijzing. Vergoeding daarvan zou plaatsvinden conform de polis op basis van maximaal 75% van het toepasselijke Nederlandse tarief. Verder staat in de notitie: *“Operatie vooraf aanvragen. Bij akkoord geldt ook hierbij vergoeding cfm polis”*. Naar het oordeel van de commissie valt hieruit noch te concluderen dat ten aanzien van de operatie een toezegging tot vergoeding is gedaan noch dat bij verzoekster het vertrouwen is gewekt dat zonder meer vergoeding zou volgen. Ook anderszins is dit niet gebleken. Voor zover verzoekster uit de latere telefoongesprekken anders heeft afgeleid, vindt dit geen steun in de weergave volgens de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde notities. De commissie overweegt dat, voor zover verzoekster, zoals zij stelt en ter zitting door de ziektekostenverzekeraar is verklaard, haar op 7 november 2024 is meegedeeld dat na de operatie een beoordeling kon plaatsvinden en toestemming kon worden verleend, dit nog niet betekent dat verzoekster erop mocht vertrouwen dat beoordeling achteraf ook tot een akkoord van de ziektekostenverzekeraar en dus tot vergoeding zou leiden. Dit volgt ook niet uit de notitie van het telefoongesprek van 7 november 2024. Daarin staat dat verzoekster is uitgelegd dat zij een (financieel) risico nam als ze nog geen bericht van de ziektekostenverzekeraar zou hebben ontvangen en de operatie al zou zijn uitgevoerd. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar op 8 november 2023, derhalve voor de operatie, aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag was afgewezen. Van voorafgaande toestemming was dus geen sprake. Dat verzoekster, zoals zij stelt, op 11 december 2023 is meegedeeld dat er alsnog toestemming was voor de reeds uitgevoerde operatie, volgt niet uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde notitie van dit gesprek en is ook anderszins niet gebleken. Gelet op het voorgaande slaagt het beroep van verzoekster op een telefonische toezegging onderscheidenlijk gewekt vertrouwen niet.

Slotsom

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 april 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld. Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering