

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202402103

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 1 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 10 juli 2025 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. Op 31 juli 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Bij brief van 14 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd. Op 26 augustus 2025 heeft verzoekster aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een kopie hiervan is op 28 augustus 2025 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. Bij brief van 20 oktober 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025018885) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft hierbij nader onderzoek geadviseerd. Een kopie van voornoemd advies is op 21 oktober 2025 aan partijen gezonden, waarbij verzoekster is gevraagd om het geadviseerde nader onderzoek te verrichten. Op 4 december 2025 heeft verzoekster de commissie bericht. Een kopie van deze reactie is diezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd.
- 1.5. Bij brief van 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is diezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.6. Op 20 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 23 maart 2026 aan verzoekster gezonden.
- 1.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.8. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 7 april 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het nader voorlopig advies van 6 januari 2026 aanpassing behoeft. Hierbij heeft de commissie vragen gesteld. Bij brief van 22 april 2026 heeft

het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 april 2026 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

## **2. Vaststaande feiten**

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Werkt Best en VGZ Werkt Tand Beter (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Namens verzoekster is op 22 april 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een interdisciplinair medisch specialistisch revalidatietraject bij TRAINM.
- 2.3. Bij brief van 7 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Namens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 20 oktober 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader voorlopig advies uitgebracht.
- 2.7. Bij brief van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

## **3. Standpunt verzoekster**

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is alsnog goedkeurig te verlenen voor het aangevraagde interdisciplinaire medisch specialistische revalidatietraject bij TRAINM.
- 3.2. Ter onderbouwing hiervan heeft verzoekster bij brief van 1 juni 2025 toegelicht dat zij sinds 2013 de diagnose progressieve gegeneraliseerde dystonie heeft. Door deze aandoening gaat zij met stapjes achteruit. De aangevraagde behandeling biedt de mogelijkheid haar functioneel te trainen en ondersteunen zodat zij zo lang mogelijk mobiel en functioneel blijft. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse afwijsgonden aangevoerd. Zo heeft hij - ten onrechte - gesteld dat geen sprake is van een multidisciplinaire setting. Bij de behandeling van verzoekster zijn evenwel een neuroloog, revalidatiearts, fysiotherapeut, neuropsycholoog en ergotherapeut betrokken. Daarnaast kunnen nog andere disciplines worden ingeschakeld. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat nooit is gedeclareerd. Dit is echter wel degelijk het geval geweest en de ziektekostenverzekeraar heeft diverse declaraties afgewezen. Verzoekster heeft hiervan verschillende brieven in haar bezit. Zo is er bijvoorbeeld op 17 oktober 2023 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Volgens verzoekster gaat haar gezondheid achteruit, omdat de ziektekostenverzekeraar weigert de noodzakelijke interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie te vergoeden. Hierdoor krijgt zij niet de juiste begeleiding om mobiel en functioneel te blijven. Ook krijgt verzoekster geen begeleiding in hoe zij met haar ziekte en haar omgeving kan omgaan.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij multidisciplinaire zorg nodig heeft. In Nederland blijft zij steeds tegen dingen aanlopen. Een fysiotherapeut kan zorg aanbieden, maar niet op revalidatieniveau. Die behandelingen zien meer op onderhoud. Revalidatiecentra in Nederland hebben niet de disciplines om te helpen bij het ziektebeeld. Na veel zoeken is uiteindelijk TRAINM gevonden. Hier werken een neuroloog, neuropsychiater en ergotherapeut samen. Bij TRAINM wordt alle benodigde zorg geboden. Vier jaar geleden is gestart met behandeling bij TRAINM. Dit is steeds zelf bekostigd. Door de behandeling met robotica was het weer mogelijk om recht te lopen. Dit nadat dit negen jaar niet meer kon. Dit was positief voor de mentale en fysieke gesteldheid. Inmiddels is vier jaar lang zorg genoten bij TRAINM. De situatie wordt niet beter, maar het functionele stuk wordt wel onderhouden. Bij een gewone fysiotherapeut kan op een loopband worden gelopen, maar dit corrigeert het lopen niet. Door de zorg bij TRAINM kan nog een paar jaar met enige kwaliteit worden geleefd.

Het betreft een moeilijke casus. Er is geen wetenschappelijk bewijs en er zijn geen protocollen geschreven. Soms moet buiten de lijntjes worden gekleurd om iets te bereiken. De behandelend neurochirurg werkt in België. Zorg hiervoor moet steeds worden aangevraagd. Dit zorgt voor extra medische belasting. Steun van de ziektekostenverzekeraar is er niet. Er wordt iedere keer een strijd gevoerd. Het is begrijpelijk dat er regels zijn, maar dit maakt het niet makkelijk.

Er bestaat ook een behoefte aan coördinatie van de zorg. Verzoekster heeft een progressieve ziekte en ziekenhuizen weten niet wat ze met haar aan moeten. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar weleens om hulp gevraagd, maar is toen doorverwezen naar een hoofdpijnspecialist. Daar heeft zij niets aan. Verzoekster kan niet overstappen, omdat zij dan geen aanvullende verzekering krijgt.

Op dit moment wordt verzoekster niet behandeld bij TRAINM. Een behandeling kost € 300,--. Andere zorgkosten moet verzoekster ook zelf betalen. Bijvoorbeeld de kosten van de neuroloog, pijnspecialist en revalidatiearts. Veertien neurologen in Nederland konden verzoekster niet helpen, omdat zij geen verstand hebben van dystonie. Alle onverklaarbare klachten worden onder de dystonie geschoven. Omdat in haar dossier 'progressief uitbehandeld' staat, is het dan klaar voor de artsen. Bij TRAINM wordt verder gekeken.

TRAINM loopt bij de ziektekostenverzekeraar tegen een muur aan. De ziektekostenverzekeraar valt steeds over de robotica. Daarom heeft TRAINM besloten geen informatie meer aan te leveren. In de eerste twee jaren heeft TRAINM wel enorm geholpen.

Het maakt voor verzoekster niet uit waaruit de kosten worden vergoed. Dit mag ten laste van de zorgverzekering of ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster ontvangt wel vergoeding voor fysiotherapie vanwege een chronische indicatie. Deze vergoedingen hebben betrekking op fysiotherapie door andere zorgaanbieders.

Er is nooit op wetenschappelijk niveau onderzoek gedaan naar interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij dystonie. Er is geen pilot geweest of ander onderzoek uitgevoerd. Bij TRAINM werkt niet alleen een revalidatiearts. Er werken ook andere artsen die ook behandelingen voorschrijven.

Het is bijzonder dat de ziektekostenverzekeraar bij het Erasmus MC heeft gevraagd naar een richtlijn, terwijl er in het UMC Groningen een speciale poli bestaat. Verzoekster is al sinds 2013 bekend met de richtlijn van het Erasmus MC. Niet ieder ziektebeeld kan binnen de lijntjes worden behandeld. In de richtlijn is niets geschreven over dystonie die voorkomt in het hele lichaam. De richtlijn mist informatie over gegeneraliseerde en progressieve dystonie.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aangevraagde zorg bij het ziektebeeld van verzoekster niet voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ook is niet komen vast te staan dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg.

- 4.2. Ter onderbouwing van zijn stellingen heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 juli 2024 toegelicht dat de revalidatiearts vanuit het perspectief van de algemene revalidatie kan worden gevraagd om advies voor specifieke hulpmiddelen en welke gerichte paramedische ondersteuning ondersteunend kan zijn. In de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van dystonie', die is opgesteld door het expertisecentrum van het Erasmus MC, en in 2020 nog is herzien en verrijkt, wordt geen rol voor een revalidatiebehandeling beschreven. Hetzelfde geldt voor de ondersteuning in richtlijnen of wetenschappelijke literatuur voor deze behandeling bij de aandoening van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft geen literatuur gevonden die de aangevraagde behandeling onderbouwt. Hiermee is dus niet voldaan aan het criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Ook ontbreekt de onderbouwing dat verzoekster is aangewezen op het aangevraagde behandelplan.
- Uit eerdere aanvragen en de declaratiegeschiedenis blijkt dat verzoekster al sinds februari 2022 bekend is bij TRAINM, voor onder andere fysiotherapie, zowel met als zonder ondersteuning van robotica. De meest recente declaratie fysiotherapie is van 4 april 2024. Ondanks langdurige revalidatie blijkt de situatie van verzoekster achteruit te gaan. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk waarom een behandeling van vier maanden nu wel een positief effect zou hebben voor verzoekster. Ook is onduidelijk of de problematiek na deze behandeling wordt verholpen of dat verzoekster hierna volgens de revalidatiearts aangewezen blijft op intensieve behandelingen interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie. Het voorgestelde behandelplan en de begeleiding sluiten niet aan bij de door de verwijzer beschreven verwijzreden. Het is ook niet de rol van de revalidatiearts om de medicatiecontrole en -beoordeling uit te voeren. Dat lijkt voorbehouden aan de behandelend neuroloog in België. Ook het coördineren van de algehele zorg bij dit ziektebeeld is geen zorg zoals een revalidatiearts die pleegt te bieden.
- 4.3. Bij brief van 18 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat geen informatie is aangeleverd waaruit blijkt dat intensieve neurorevalidatie bij het onderhavige ziektebeeld in overeenstemming is met de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Er is alleen benoemd dat sprake is van een zeldzaam ziektebeeld en dat geen literatuur beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar een arrest van het gerechtshof 's-Hertogenbosch waaruit blijkt dat de stelplicht primair bij de aanvrager ligt en niet bij de zorgverzekeraar (ECLI:NL:GHSHE:2024:2406.) De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat hij in eerste aanleg een literatuursearch heeft uitgevoerd. De revalidatiearts heeft bevestigd dat er geen relevante literatuur beschikbaar is. Ook een klinische beschouwing waarom bij dit ziektebeeld pathofysiologisch bezien een intensieve revalidatie helpend zou zijn is niet gegeven.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de aangevraagde behandeling niet aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. De door TRAINM aangeboden behandeling wijkt op het punt van de intensiteit wezenlijk af van het aanvaarde arsenaal van zorg dat wordt geleverd op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Daarnaast heeft TRAINM niet met wetenschappelijke literatuur kunnen onderbouwen dat de aangevraagde behandeling voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Door de revalidatiearts worden de vragen over de behandelingen bij TRAINM in het verleden ontweken en niet beantwoord. Verzoekster is momenteel nog steeds onder behandeling bij TRAINM en ontvangt hier ook robotica ondersteunde therapie, terwijl in de aanvraag wordt beschreven dat hiermee is gestopt.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de vraag gesteld waarom nu een intensief traject noodzakelijk is en of dit binnen vier maanden wordt afgerond. Het gegeven dat verzoekster intussen al drie jaar bij TRAINM onder behandeling is, veronderstelt dat de revalidatiearts chronisch interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie behandeling geïndiceerd acht, en dat deze behandeling niet beperkt zal blijven tot de aangevraagde vier maanden. De revalidatiearts geeft alleen aan dat een terugval mogelijk is en dat hij dat vaker ziet. Een terugval bij CVA-patiënten na revalidatie is mogelijk, maar vormt geen indicatie voor een nieuw interdisciplinair traject. Hiervoor worden de patiënten juist verwezen naar de eerstelijnszorg om

restcapaciteit deels te behouden. Een volgende interdisciplinaire behandeling is dan niet meer van toegevoegde waarde. Uit de reactie lijkt ook spraakverwarring te ontstaan over hetgeen wordt afgewezen en gesteld. Dat de revalidatiearts consultaire of algemene revalidatie biedt, wordt door de ziektekostenverzekeraar niet beoordeeld. In geding is de zeer intensieve interdisciplinaire begeleiding of behandeling onder verantwoordelijkheid van de revalidatiearts. De kosten van een intensieve interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie behandeling bij het onderhavige ziektebeeld komen niet voor vergoeding in aanmerking. Over de inzet van de psycholoog wordt vermeld dat voor de coping van angst voor een urosepsis en de geluiden die een aanval uitlokken, na de start van de behandeling, nog een intake zal plaatsvinden bij de psycholoog. Onduidelijk is wat de neuropsycholoog dan gaat uitvoeren voor de in het ingeleverde behandelplan opgegeven 38 uur. De betreffende problematiek kan overigens adequaat in de specialistische GGZ worden opgepakt.

- 4.4. Bij brief van 14 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals benadrukt dat het coördineren van de algehele zorgvraag bij dystonie geen zorg is zoals een revalidatiearts die 'pleegt te bieden'. De behandeling van dystonie wordt niet beschreven in de richtlijnen voor revalidatie. Hiermee is niet voldaan aan het criterium 'plegen te bieden', dat is neergelegd in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering. Ook is beoordeeld of de zorg voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Om dit te beoordelen, worden de wetenschappelijke onderbouwing en de medische context verzameld, geëvalueerd en zorgvuldig afgewogen. Hierbij wordt de methodologie van evidence-based medicine (EBM) toegepast. Uit het literatuuronderzoek op PubMed en de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van dystonie' blijkt dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie, dus een combinatie van fysiotherapie, ergotherapie en psychologie, bij de behandeling van dystonie. De revalidatiearts heeft geen aanvullend wetenschappelijk bewijs aangeleverd om dit standpunt te weerleggen. De aangevraagde zorg voldoet hiermee, althans voor het ziektebeeld van verzoekster, niet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk', zoals neergelegd in artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat op basis van de beschikbare medische gegevens niet aannemelijk is gemaakt dat, of onderbouwd waarom, verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de voorgestelde behandeling van 206 behandeluren gedurende 16 weken. Hierdoor staat het ook niet vast dat is voldaan aan artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Deze beoordeling is echter pas relevant nadat is vastgesteld dat de behandeling van dystonie door middel van interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie onderdeel is van het verzekerde pakket.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 20 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar een kopie van de 'Richtlijn: diagnostiek en behandeling van dystonie' van het Erasmus MC overgelegd.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in artikel 1.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.1 en 2.4 Besluit zorgverzekering de criteria staan om te beoordelen of een verzekerde recht heeft op vergoeding van bepaalde zorg. Er moet worden gekeken naar de voorwaarden 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Vervolgens moet een verzekerde ook redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. Voor plegen te bieden kijkt de zorgverzekeraar naar welke klachten en aandoeningen door de beroepsgroep worden behandeld en welke zorgvormen worden aangeboden. Het is de vraag of de zorg behoort tot het deskundigengebied of het domein van de beroepsgroep. Uit de verwijzing blijkt dat wordt gevraagd om regie van het behandeltraject. Het overnemen van het behandeltraject behoort niet tot zorg die een revalidatiearts in de regel biedt. Een revalidatiearts biedt tijdelijke behandeling en in het geval van verzoekster lijkt het ook te gaan om zorgcoördinatie. Voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk kijkt de ziektekostenverzekeraar naar relevante literatuur op basis van evidence based medicine. Er wordt gezocht naar beschikbaar bewijsmateriaal en dat wordt vervolgens gewaardeerd. In dit specifieke geval is gekeken naar de richtlijn 'diagnose en behandeling dystonie' die is opgesteld door het Erasmus MC en die in

2020 nog is herzien. De interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie wordt hierin niet beschreven als behandeloptie. Daarnaast heeft de medisch adviseur een literatuursearch gedaan en hieruit bleek dat wetenschappelijke artikelen over interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie bij dystonie ontbreken. Dit heeft de revalidatiearts ook bevestigd in de brief van 27 februari 2025. Er is dus geen bewijs gevonden dat interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie door een fysiotherapeut, ergotherapeut en psychotherapeut onder begeleiding van een revalidatiearts effectief is bij de behandeling van dystonie. Er kan dus niet worden vastgesteld dat sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Het Zorginstituut heeft nog opgemerkt dat het behandelplan erg summier is. Er zijn wel behandeldoelen gesteld, maar er is niet beschreven hoe deze zullen worden bereikt.

De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen machtigingsvereiste voor fysiotherapie. De ziektekostenverzekeraar heeft gezien dat aan verzoekster vergoeding wordt verleend voor fysiotherapie. In onderhavig geval is beoordeeld of de zorg wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Dit is niet het geval, omdat geen sprake is van verzekerde zorg. De zorg kan ook niet vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed, omdat het gaat om interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.

Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de overgelegde richtlijn een interne richtlijn betreft die is gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke informatie. Die wetenschappelijke informatie staat ook benoemd in het document. Vanuit de Vereniging van Revalidatieartsen bestaat geen richtlijn voor het ziektebeeld van verzoekster.

Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar meerdere aanvragen ontvangt voor zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar kan hiervoor geen uitzonderingen maken, omdat dat dan bij iedere verzekerde zal moeten gebeuren. In dit geval geldt ook dat de zorgverlener geen informatie heeft aangeleverd.

## **5. Advies Zorginstituut**

- 5.1. In het voorlopig advies van 20 oktober 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

### ***“Beoordeling***

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

*TRAINM is in België gestart met een intensieve, fysiek gerichte behandeling die wordt ondersteund door robotica en andere innovatieve technische hulpmiddelen. In de loop van 2023 heeft TRAINM een vestiging in Amsterdam geopend. Verzoekster heeft bij de vestiging in Amsterdam een IMSR-traject gevolgd.*

*Bij de machtigingsaanvraag van verzoekster geeft TRAINM een disclaimer mee: “Voorlopig geen inzet robotica. Vanwege een recente uitspraak over de inzet van robotica hebben wij besloten de inzet van robotica bij MSR-behandelingen tijdelijk stil te zetten, in afwachting van het verdere vervolg van die procedure. Volgens de betreffende uitspraak hebben wij nog onvoldoende aangetoond dat de inzet van robotica behoort tot de stand van wetenschap en praktijk.”*

*Mede door het uitsluiten van robotica is het voor het Zorginstituut onduidelijk wat de precieze inhoud is van het behandelprotocol van TRAINM dat bij de behandeling van verzoekster is toegepast. In het dossier wordt dit verder niet toegelicht. Ook over de inhoud van de andere behandelingen dan fysiotherapie binnen het behandelprotocol van TRAINM, is in het dossier geen informatie beschikbaar. Hierdoor kan het Zorginstituut niet beoordelen of het behandelprotocol van TRAINM voldoet aan het ‘plegen te bieden’-criterium en de stand van de wetenschap en praktijk.*

### **Nader onderzoek**

*Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is het voor het Zorginstituut onduidelijk welke zorg TRAINM aan verzoekster heeft verleend. Om te kunnen beoordelen of het behandelprotocol van TRAINM voldoet aan het ‘plegen te bieden’-criterium en de stand van de wetenschap en praktijk, dient informatie aan het dossier toegevoegd te worden met betrekking tot het volgende:*

- *Een beschrijving van het behandelprotocol van TRAINM zoals [dit] is toegepast bij verzoekster, of eventueel andere inhoudelijke informatie over de behandeling voor de diagnosegroep waartoe verzoekster behoort, met daarin benoemd welke zorgdisciplines met welke zorgactiviteiten/- interventies bij de behandeling zijn betrokken en met welke frequentie en behandelduur, hoe deze zorgdisciplines met elkaar samenwerken, hun zorgactiviteiten afstemmen en het behandeltraject coördineren, en welke innovatieve technieken/interventies in het behandeltraject worden toegepast;*
- *Wetenschappelijke onderbouwing en eventueel ander bewijs dat ten grondslag ligt aan het door TRAINM opgestelde behandelprotocol.*

### **Het advies**

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

- 5.2. In het nader voorlopig advies van 6 januari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

#### **“Beoordeling**

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

*Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 20 oktober 2025 toegelicht dat om onder meer te kunnen beoordelen of het behandelprotocol van TRAINM voldoet aan het ‘plegen te bieden’-criterium en de stand van de wetenschap en praktijk aanvullende informatie aangeleverd moet worden. Omdat het behandelprotocol of nadere inhoudelijke informatie niet is aangeleverd, kan het Zorginstituut dit niet beoordelen.*

#### **Conclusie**

*Op basis van de (aanvullende) beschikbare informatie in het dossier wordt niet duidelijk welke zorg bij verzoekster is toegepast. Hierom kan het Zorginstituut niet beoordelen of de behandeling bij TRAINM voldoet aan de criteria plegen te bieden, stand van de wetenschap en praktijk en of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling.*

#### **Het advies**

*Het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie niet beoordelen of de zorg onderdeel is van het basispakket en of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg.”*

- 5.3. In het definitief advies van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

*“Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.*

*Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.*

*U verzoekt in uw brief van 7 april 2026 het Zorginstituut om in te gaan op de door verweerder overlegde richtlijn en de stelling van verzoekster dat in het universitair ziekenhuis in Groningen een speciale poli bestaat waar mogelijk relevante informatie beschikbaar is.*

*Het Zorginstituut heeft in zijn nader voorlopig advies van 6 januari 2026 geconcludeerd dat op basis van de (aanvullende) beschikbare informatie in het dossier niet duidelijk wordt welke zorg bij verzoekster is toegepast. Ook uit de bij de hoorzitting ingebrachte documenten blijkt dit niet.*

*Nu niet duidelijk is geworden welke zorg bij verzoekster is toegepast, kan het Zorginstituut de relevantie van de overlegde richtlijn en de stelling van verzoekster niet beoordelen.”*

## **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 10 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, ‘plegen te bieden’, de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ 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.

### *Zorgverzekering*

- 7.2. De aanvraag van verzoekster behelst de vergoeding van, zoals namens verzoekster door TRAINM ingediend, interdisciplinaire medisch specialistische revalidatiezorg. De zorgverzekering biedt dekking voor (interdisciplinaire medisch specialistische) revalidatie. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering. De inhoud en omvang van de aanspraak op deze zorg wordt bepaald door de criteria ‘plegen te bieden’ en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Voor zover aan deze criteria is voldaan, is sprake van verzekerde zorg. Dit blijkt uit artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het voorgaande is gebaseerd op de artikelen 2.1, tweede lid, en 2.4, eerste lid, Bzv. Verder is in artikel 1 opgenomen dat een verzekerde slechts recht heeft op de verzekerde zorg als hij daarop redelijkerwijs naar inhoud en omvang is aangewezen. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.1, derde lid, Bzv. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geen aanspraak op de zorg van TRAINM, omdat (i) geen sprake is van zorg zoals revalidatieartsen die plegen te bieden, (ii) de aangevraagde zorg bij het ziektebeeld van verzoekster – dystonie - niet voldoet aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, en (iii) dat voor zover al sprake is van verzekerde zorg, verzoekster op deze zorg niet redelijkerwijs is aangewezen. De commissie overweegt als volgt.
- 7.3. Gelet op artikel 114, derde en vierde lid, Zvw is de commissie gehouden in een geschil als het onderhavige advies te vragen aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft op 20 oktober 2025 een voorlopig advies aan de commissie uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut uitgelegd dat hij niet kan beoordelen of het behandelprotocol van TRAINM voldoet aan het ‘plegen te bieden’-criterium en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is het voor hem onduidelijk welke zorg door TRAINM aan verzoekster is verleend. Om te kunnen beoordelen of het behandelprotocol van TRAINM voldoet aan het ‘plegen te bieden’-criterium en de ‘stand van de wetenschap en praktijk’, dient informatie aan het dossier

te worden toegevoegd. In vervolg hierop heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld het gevraagde over te leggen.

In zijn nader voorlopig advies van 6 januari 2026 stelt het Zorginstituut vast dat het behandelprotocol of nadere inhoudelijk informatie niet is aangeleverd. Op basis van de beschikbare informatie wordt niet duidelijk welke zorg bij verzoekster is toegepast. Hierdoor kan het Zorginstituut niet beoordelen of de behandeling bij TRAINM voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk', en of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling.

Bij definitief advies van 22 april 2026 heeft het Zorginstituut opgemerkt dat hij in zijn nader voorlopig advies van 6 januari 2026 heeft geconcludeerd dat op basis van de (aanvullende) beschikbare informatie in het dossier niet duidelijk wordt welke zorg bij verzoekster is toegepast. Ook uit de bij de hoorzitting ingebrachte documenten blijkt dit niet. Nu niet duidelijk is geworden welke zorg bij verzoekster is toegepast, kan het Zorginstituut de relevantie van de 'Richtlijn: diagnostiek en behandeling van dystonie' van het Erasmus MC en de stelling van verzoekster dat in het universitair ziekenhuis in Groningen een speciale poli bestaat waar mogelijk relevante informatie beschikbaar is niet beoordelen.

- 7.4. De commissie overweegt dat op grond van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en de relevante jurisprudentie het uitgangspunt geldt dat degene die meent een vordering op de verzekeraar te hebben, op grond van een bij deze verzekeraar afgesloten verzekeringsovereenkomst, de stelplicht en bewijslast heeft van zijn op een rechtsgevolg gerichte stelling dat sprake is van dekking onder de verzekeringsovereenkomst. Dat geldt ook voor de zorgverzekering (zie Hoge Raad 30 maart 2018, ECLI:NL:HR:2018:469). Het ligt dus op de weg van verzoekster om informatie aan te leveren waaruit blijkt dat sprake is van zorg die voldoet aan de criteria 'plegen te bieden' en de 'stand van de wetenschap en praktijk', en vervolgens dat zij ook redelijkerwijs was aangewezen op deze zorg. Hieraan heeft verzoekster niet voldaan. Dat verzoekster deze informatie niet kon aanleveren, omdat TRAINM hiertoe, om haar moverende redenen, niet bereid bleek, maakt dit niet anders. Deze omstandigheid komt voor rekening en risico van verzoekster. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat niet is komen vast te staan dat sprake is verzekerde en geïndiceerde zorg onder de zorgverzekering. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar terecht geen goedkeuring heeft gegeven voor het aangevraagde interdisciplinaire medisch specialistische revalidatietraject.

#### *Aanvullende ziektekostenverzekering*

- 7.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie.

#### *Slotsom*

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### **8. Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juni 2026,

H.A.J. Kroon

## **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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# Besluit zorgverzekering

---

## Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

## Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
  - a. de zorg niet omvat:
    - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
    - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
    - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
    - 4°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
    - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
  - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
    - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
    - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
    - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
    - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen

- van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
- 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

---

## **Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering**

---

### **Artikel 150**

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

# I. Algemeen gedeelte

## Artikel 1. Verzekerde zorg

### 1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De VGZ Eigen Keuze is een combinatieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) of recht op zorg (natura) zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Voor restitutie heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Voor natura heeft u recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

#### Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

#### Medische noodzaak

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

### 1.2. Wie mag de zorg verlenen

Uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

### 1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

#### Zorg verzekerd op basis van natura

Voor Verpleging en verzorging (artikel 14) en Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (artikel 25 en 37) maakt u gebruik van zorg in natura. Deze zorg wordt verleend door een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een contract hebben gesloten: een gecontracteerde zorgaanbieder. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders en welke zorg zij wel of niet mogen leveren op basis van de overeenkomst, vindt u op onze website.

De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons. Dit gebeurt op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u toch naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Houd er dan rekening mee dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

Soms maken wij met zorgaanbieders afspraken over de hoeveelheid zorg die een zorgaanbieder mag leveren: een volumeafpraak of een omzetplafond (voor bepaalde vormen van zorg). Meer informatie leest u op onze website. In de Zorgzoeker vindt u met welke zorgaanbieders voor welke zorg wij een afspraak hebben gemaakt over de hoeveelheid zorg. Kunt u door een volumeafpraak of een omzetplafond niet terecht bij een zorgaanbieder? Neem dan contact op met onze afdeling Zorgadvies en bemiddeling. Wij zorgen ervoor dat u terecht kunt bij een andere zorgaanbieder.

## Artikel 17. Revalidatie (restitutie)

### 17.1. Revalidatie

Revalidatie is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 11 (Huisartsenzorg) en artikel 16 (Medisch specialistische zorg). Revalidatie omvat onderzoek, advisering en behandeling van gecombineerde medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard, uitsluitend als en voor zover:

- Deze zorg voor u als meest doeltreffend is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of een handicap die het gevolg is van een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie of gedrag, en;
- U met die zorg in staat bent een mate van zelfstandigheid te bereiken of te behouden die, gegeven uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is.

De revalidatie zoals hiervoor omschreven omvat ook:

- De quickscan, als onderdeel van de vroege interventie (vroeg ingrijpen) bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat. Met a-specifieke klachten worden die klachten bedoeld, waarvoor geen duidelijke oorzaak kan worden gevonden;
- Oncologische revalidatie. Dit is zorg gericht op functionele, fysieke, psychische en sociale problemen die te maken hebben met kanker, inclusief nazorg en revalidatie die onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin u zich kunt bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

#### Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een revalidatie-instelling of ziekenhuis, onder leiding van een medisch specialist. De quickscan moet onder leiding van een revalidatiearts worden uitgevoerd.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

#### Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

### 17.2. Geriatrische revalidatie

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit (het tegelijk voorkomen van 2 of meer ziekten) en afgenomen leer- en trainbaarheid. GRZ is gericht op het dusdanig verminderen van uw functionele beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. GRZ duurt maximaal 6 maanden. In bijzondere gevallen kunnen wij een langere periode toestaan.

GRZ is alleen verzekerd als:

1. De zorg binnen een week aansluit op ziekenhuisverblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (zie artikel 37, Verblijf), waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;

2. U een acute aandoening heeft waardoor sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en u voorafgaand medisch specialistische zorg voor deze aandoening heeft ontvangen. De beoordeling hiervan (geriatrisch assessment) vindt plaats door een (klinisch) geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde. De geriatrische revalidatie moet binnen een week aansluiten op het geriatrisch assessment, ook als geen ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden;
3. De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering.

#### **Geriatrische revalidatie**

Geriatrische revalidatie richt zich op kwetsbare ouderen die een medisch specialistische behandeling ondergaan. Bijvoorbeeld als gevolg van een beroerte, botbreuk of voor een nieuwe knie of heup. Deze oudere cliënten hebben behoefte aan een multidisciplinaire revalidatiebehandeling die aan hun individuele herstelmogelijkheden en trainingstempo is aangepast en rekening houdt met eventuele andere aandoeningen (complexe multimorbiditeit). Doel is om hen te helpen terugkeren naar de thuissituatie en maatschappelijk te blijven deelnemen.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een multidisciplinair team van deskundigen op het gebied van geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

## **Artikel 18. Erfelijkheidsonderzoek (restitutie)**

Erfelijkheidsonderzoek is geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) en omvat onderzoek naar en van erfelijke afwijkingen door middel van stamboomonderzoek, chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek, ultrageluidonderzoek en DNA-onderzoek, de erfelijkheidsadvisering en de met deze zorg verband houdende psychosociale begeleiding. Als dit noodzakelijk is voor het advies aan u, dan zal het onderzoek ook onderzoeken bij andere personen dan de verzekerde omvatten. Aan hen kan dan ook advisering plaatsvinden.

#### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een centrum voor erfelijkheidsadvies. Dit is een als zodanig toegelaten en vergunninghoudende instelling voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts of medisch specialist.