

ANONIEM ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische decompressie met behulp van laser op niveau L5-S1
Zaaknummer	: 2008.00135
Zittingsdatum	: 10 september 2008

Zaak: Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische decompressie met behulp van laser op niveau L5-S1

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 6 september 2007 een door haar ondergane rugoperatie in München (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).

3.2. De behandelend orthopedisch chirurg in München, waar verzoekster voor een second opinion terecht is gekomen vanwege aanhoudende buikklachten na een appendectomie, heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "HNP en foramenstenose op niveau L5-S1". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "endoscopische decompressie met behulp van laser op niveau L5-S1" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 4 september 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.5. Bij brief van 19 december 2007 heeft verzoekster haar geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft niet geleid tot een ander standpunt van de verzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 2 april 2008 heeft verzoekster aangegeven het geschil te willen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Verzoekster verzoekt de commissie te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 5 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juni 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 juni 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 9 juni heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen omdat gebleken is dat verzoekster een Percutane Transforaminale Endoscopische discectomie (PTED) heeft ondergaan en deze operatie niet kan worden beschouwd als zorg die voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat de behandeling in kwestie niet kan worden gerekend tot de verzekerde prestaties. Dat geldt ook voor de behandeling met laser. Bovendien had verzoekster geen indicatie voor een operatie, noch voor de ondergane discografie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 augustus 2008 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 10 september 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 11 september 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 september 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds december 2006 last heeft van buikklachten. Na twee operaties aan de buik waren de klachten nauwelijks verminderd. Ondanks onderzoek is niet duidelijk geworden wat de oorzaak is van de klachten. Op eigen initiatief heeft verzoekster een MRI laten maken, waarbij een hernia werd geconstateerd. Verzoekster is daarop in juni 2007 vier keer behandeld door een fysiotherapeut, die haar volgens de methode van McKenzie heeft behandeld. Wegens gebrek aan resultaat is de behandeling gestaakt.
- 4.2. Vervolgens heeft verzoekster, wederom op eigen initiatief, zich gewend tot de Alpha Klinik te München. De arts in München is ervan overtuigd dat de buikklachten door de hernia worden veroorzaakt. Na de endoscopische nucleotomie waren de buikklachten verdwenen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij weldegelijk een intensieve conservatieve behandelingen in de vorm van fysiotherapie heeft ondergaan, al-

vorens tot een operatie over te gaan. Voorts stelt zij dat zij zich niet kan vinden in het advies van het CVZ, omdat de onderhavige operatietechniek als dertig jaar met succes wordt toegepast.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat geen vergoeding kan plaatsvinden voor de onderhavige rugoperatie omdat daarvoor geen indicatie bestaat en de operatie derhalve niet als doelmatige zorg kan worden aangemerkt.

5.2. En sacrale wortelirritatie dan wel compressie kan lage buikklachten geven, maar dan is ook een uitstraling in een been en ook een wortelcompressie van de betreffende wortels aanwezig op de CT-scan of MRI.
En zelfs indien sprake is van een aangetoonde wortelcompressie, is een conservatief beleid de aangewezen methode van behandeling. Met dit beleid gaat 95 percent van de klachten door wortelcompressies door een HNP voorbij. Conservatief beleid is in het belang van de patiënt omdat daardoor met zekerheid veel en ernstige klachten op langere termijn worden bespaard. Dit beleid is vastgelegd in behandelrichtlijnen van nationale en internationale beroepsverenigingen.

5.3. Voor zover verzoekster behandelingen fysiotherapie heeft ondergaan, zijn ‘oefeningen om de prolaps terug te laten gaan’ medisch niet mogelijk en ook niet zinvol. Daarbij zijn vier behandelingen niet aan te merken als ‘intensieve conservatieve therapie’ zoals door de Alpha Klinik wordt gesteld.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster in het Radboud ziekenhuis verder onderzoek is aangeboden, waarvan zij geen gebruik heeft gemaakt.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat:

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.”

Artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt ten algemene:

“De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 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.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of een endoscopische decompressie bij de diagnose “HNP en foramenstenose op niveau L5-S1”, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk, is te beschouwen als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. 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.

- 7.7. 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..
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de endoscopische nucleotomie bij de onderhavige diagnose is door het CVZ in zijn advies van 25 augustus 2008 uitgevoerd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Uit dit advies blijkt dat de bij verzoekster uitgevoerde operatie een Percutane Transforaminale Endoscopische Discectomie betrof, waarbij tevens gebruik is gemaakt van lasertechniek. Op 10 juli 2008 is door het CVZ een uitgebreid advies uitgebracht in verband met een studie naar de PTED, waarin niet alleen de medisch-wetenschappelijke literatuur is betrokken, maar ook overleg met de beroepsgroep heeft plaatsgevonden. Uit dit advies blijkt dat de PTED op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk niet is te beschouwen als zorg die voldoende deugdelijk en beproefd is bevonden, zodat reeds op die grond de onderhavige behandeling op grond van artikel 20 lid 1 in samenhang met artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 september 2008,

Voorzitter