



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Duitsland, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (GGZ), klinische opname
en behandeling

Zaaknummer : 201602454

Zittingsdatum : 6 december 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.12 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014-2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van klinische behandeling in een GGZ kliniek in Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 20 maart 2015 en 3 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft meermaals aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 januari 2016 en 24 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoekster heeft zich op 31 oktober 2016 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.

3.4. Bij e-mailbericht van 25 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017007373) de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten. Op basis van de thans beschikbare informatie kan worden geconcludeerd dat de ambulante behandeling van verzoekster kennelijk te weinig resultaat heeft opgeleverd. Het ligt daarom in de rede dat een meer intensieve behandeling door een GGZ-psychiater en/of -psycholoog is geïndiceerd. Ook is er gegronde reden voor behandeling in Duitsland in verband met de moedertaal van verzoekster. Om goed te kunnen bepalen of de voorgestelde behandeling met opname in Duitsland voor vergoeding in aanmerking komt, is echter meer geobjectiveerde informatie nodig over de behandeldoelen en het daarbij behorende behandelplan voor verzoekster. Hiertoe zou verzoekster een intake kunnen laten doen bij een Nederlandse kliniek, aan de hand waarvan een behandelplan wordt opgesteld. Na een vergelijking tussen het Nederlandse en het Duitse behandelplan kan vervolgens worden bepaald of dan wel in hoeverre de behandeling in de Duitse kliniek voor verzoekster redelijkerwijs is aangewezen. Overigens speelt de vraag of de onderhavige zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet. Bij een noodzaak tot opname kunnen verschillende therapie-elementen aan de orde zijn. In deze kwestie gaat het om de individuele behandeldoelen van verzoekster en welk behandelplan daarbij is aangewezen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 maart 2017 aan partijen gezonden, waarbij aan verzoekster de opdracht is gegeven tot nader onderzoek.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 2 november 2017 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 november 2017 de reactie van zijn medisch adviseur op de uitkomst van het nader onderzoek aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 14 november 2017 aan verzoekster gestuurd.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Tevens is de uitkomst van het door verzoekster uitgevoerde nader onderzoek besproken.
- 3.11. Bij brief van 8 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut adviseert de commissie het verzoek af te wijzen, en motiveert zijn advies als volgt: *"Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden vastgesteld dat verzoekster een indicatie heeft voor een klinische behandeling, nu ambulante of dagklinische behandeling in de buurt van haar woonplaats mogelijk is en zij deze in haar moedertaal kan volgen. Hierdoor bestaat er geen noodzaak tot klinische behandeling in de door verzoekster genoemde kliniek vanwege een te grote reisafstand. Uit de stukken blijkt dat ondersteunende begeleiding in de thuissituatie van verzoekster in gang was gezet via het zorgbureau Talent. Hiermee zouden de stressfactoren thuis gedeeltelijk kunnen worden ondervangen. Indien ambulante of dagklinische zorg beschikbaar is, wordt hier meestal de voorkeur aan gegeven, zeker indien er sprake is van comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Patiënten kunnen in dat geval het geleerde meteen thuis in de praktijk brengen. Voor een*

succesvolle ambulante behandeling is het wel van belang dat er sprake is van een thuissituatie die niet al te onstabiel is. Dit lijkt in casu te zijn ondervangen door de hulp van het zorgbureau. Nu op basis van het dossier niet kan worden vastgesteld dat er sprake is van een noodzaak voor klinische opname, behoeft de vraag welke onderdelen van het klinische behandelplan tot het in Nederland verzekerde pakket behoort, geen beantwoording. De vraag of de onderdelen die in Nederland tot het verzekerde pakket behoren in Nederland tijdig beschikbaar zijn, valt overigens niet te beoordelen. Dit kan per kliniek verschillen."

Een afschrift van dit advies is op 15 januari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft - na verkregen uitstel - op 27 februari 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is van 2011 tot en met 2015 onder behandeling geweest bij het Riagg Maastricht in verband met recidiverende depressieve episodes, slaapproblemen, concentratiestoornissen, cognitieve klachten, wegrakingen en ontwijkende persoonlijkheidsproblematiek. Sinds 2014 krijgen verzoekster en haar gezinsleden begeleiding in de vorm van sociaalpedagogische familieondersteuning door een medewerker van de Verein für Körper- und Mehrfachbehinderte (hierna: VKM) te Aken (Duitsland).
- De VKM heeft verklaard dat verzoekster zeer grote druk ervaart door de problemen binnen haar gezin. De echtgenoot van verzoekster is gediagnosticeerd met het syndroom van Asperger en levert geen bijdrage in het gezin. Haar zoons zijn gediagnosticeerd met ADD, en één van hen tevens met Morbus Crohn. Daarnaast is sprake van financiële problematiek. Het Riagg heeft volgens DSM-IV een depressieve stoornis (recidiverend, matig) bij verzoekster gediagnosticeerd en een GAF-score van 51-60 toegekend.
- Het Riagg en de VKM zijn van mening dat verzoekster veel baat zou hebben bij opname in een kliniek in Duitsland voor psychische behandeling. Omdat verzoekster de Nederlandse taal niet machtig is, is het volgen van een behandelprogramma in Nederland niet mogelijk.
- De Panorama Fachklinik GmbH & Co. KG-Privatklinik Hilbertus in Duitsland (hierna: Panorama Fachklinik), een kliniek voor psychosomatiek, medische psychotherapie en alternatieve geneeswijzen, biedt een behandeling waarbij patiënten voor vier tot zes weken worden opgenomen. Deze behandeling wordt door de VKM aangeraden en heeft de voorkeur van verzoekster.
- Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor vergoeding van de opname in de Panorama Fachklinik. De ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om aanvullende informatie in de vorm van een gemotiveerd behandelplan. Hierop heeft de VKM een aanbeveling ingediend en omschreven waarom een poliklinische behandeling niet voldoende is voor verzoekster. Tevens is toegelicht dat de Panorama Fachklinik op een andere manier werkt dan in Nederland gebruikelijk is en dat daarom niet vooraf een behandelplan kan worden overgelegd. Dit wordt pas na opname in de kliniek opgesteld en kan eerst na de intake worden uitgewerkt en verstuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bereid verklaard het eerste consult te vergoeden met als doel het behandelplan op te vragen. De VKM heeft medegedeeld dat dit niet mogelijk is, aangezien de intake en de opname niet kunnen worden gesplitst. Patiënten worden namelijk opgenomen in de kliniek en de eerste dagen wordt het behandelplan opgesteld en wordt met de therapie begonnen.
- Vervolgens ontving zowel verzoekster als de VKM het bericht van de ziektekostenverzekeraar dat geen akkoord wordt gegeven voor de opname in de Panorama Fachklinik. De VKM heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan om aanvullende informatie gevraagd, te weten een verwijzing van de huisarts, een indicatiestelling van de hoofdbehandelaar GGZ uit Nederland of het buitenland, een gemotiveerd behandelplan en de medische voorgeschiedenis. De psychiater van het Riagg heeft hierop een verwijzing voor opname en behandeling in de Panorama Fachklinik verstrekt. Overigens ging hij uit van een GAF-score van 31-40. Ondanks dat het niet gebruikelijk is, heeft verzoekster een intakegesprek gehad met dr. Maurer van de Panorama Fachklinik. In het betreffende verslag is vermeld dat de problematiek van verzoekster vereist dat zij wordt opgenomen om intensieve psychosomatische en psychotherapeutische behandelingen te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding van de opname in de Panorama Fachklinik wederom afgewezen. Hierop is nogmaals door de VKM een verzoek om heroverweging

ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn afwijzende standpunt gehandhaafd. Volgens hem valt de problematiek van verzoekster onder aanpassingsstoornissen en deze zorg is uitgesloten van vergoeding.

- 4.2. De behandelend GZ-psycholoog en psychiater hebben op 29 september 2014 het volgende over verzoekster verklaard: "(...) *Betrokkene, een 50-jarige Duitse vrouw, is reeds jaren bekend met recidiverende depressieve episodes, waarbij de huidige episode voorkomt uit overbelasting vanuit de thuissituatie. (...) Na 3,5 jaar ambulante behandeling zien we nog steeds geen verbetering in klachten. [Verzoekster] vraagt om die reden een verwijzing voor een opname in Duitsland; door hier tijdelijk wat meer afstand te nemen van haar man en kinderen en te kunnen werken aan verbetering van haar grensbewaking en haar energiepeil te verbeteren. Een kliniek in Duitsland ligt meer voor de hand, aangezien [verzoekster] geen Nederlands spreekt. Diagnose volgens DSM-IV: AS I: Depressieve stoornis: Recidiverend, Matig. AS II: Trekken van: Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. AS III: Geen, of geen relevante diagnose op as3. AS IV: Problemen binnen de primaire steungroep, Financiële problemen. AS V: Begin GAF-score 51-60. (...)*".
- 4.3. De behandelend medisch specialist van het Neurozentrum am Elisenbrunnen in Duitsland heeft op 5 februari 2015 het volgende over verzoekster verklaard: "(...) *is hier onder behandeling vanwege een burn-outsyndroom met uitgesproken depressieve symptomatologie bij voortdurende stressbelasting en overbelasting door ernstige aandoeningen van haar kinderen en echtgenoot. Een klinische behandeling in de Panorama-Klinik in Scheidegg, waar zij op korte termijn kan worden opgenomen, is noodzakelijk. Een ambulante behandeling is niet voldoende.*"
- 4.4. De behandelend psychiater van het Riagg heeft op 22 juli 2015 het volgende over verzoekster verklaard: "[Verzoekster] *wordt verwezen voor opname en behandeling in de Panorama Fachklinik in Scheidegg, Duitsland. Zij is Duitssprekend en spreekt onvoldoende Nederlands om in Nederland een psychiatrische behandeling, waarbij de nadruk op gesprekstherapie ligt, te ondergaan. De DSM IV classificatie is: As I Depressieve stoornis, recidiverend. As II Ontwijkende trekken in de persoonlijkheid As III Fibromyalgie, oogproblemen. As IV Complexe en problematische gezinssituatie. As V GAF 31-40. Behandelingsgeschiedenis: Betrokkene is behandeld met diverse antidepressiva (SSRI's en klassiek) zonder resultaat. Zij heeft langdurend individuele en relationele gesprekstherapie gehad, maar de thuissituatie is dermate complex (zoon met autisme, andere zoon met M. Crohn, en echtgenoot met autisme) dat het ambulant niet mogelijk is haar te behandelen. Derhalve verwijzen wij haar voor klinische behandeling in haar moedertaal en -land.*"
- 4.5. De directeur-geneesheer van de Panorama Fachklinik heeft op 23 oktober 2015 het volgende over verzoekster verklaard: "[Verzoekster] *verschijnt op 23-10-2015 op mijn ambulant, specialistisch privé-spreekuur op dringend advies van haar neuroloog, die een klinische, psychosomatisch-psychotherapeutische ziekenhuisbehandeling adviseert, nadat een ambulante gesprekstherapie en de mogelijkheden van een ambulante therapie wegens een gechronificeerde uitputtingsdepressie met pijn zijn uitgeput. (...) Door ambulante psychotherapie kon de patiënte niet worden gestabiliseerd. Deze werd derhalve beëindigd, en ook van deze kant werd een klinische behandeling geadviseerd. (...) Ook volgens mijn huidige inschatting heeft [verzoekster] een intensieve, klinische, psychosomatisch-psychotherapeutische, integratieve ziekenhuisbehandeling dringend nodig. (...) Diagnostisch gaat het volgens mijn huidige inschatting om een recidiverende depressieve stoornis en dysthymie met status na suïcidepoging in 1990 (...), een somatoforme pijnstoornis met eerder gediagnosticeerd fibromyalgiesyndroom bij multiple familiale complicaties en belastingssituaties (...), chronische fysiologische insomnie (...), gegeneraliseerde angststoornis met paniekaanvallen (...) en psychogene adipositas (...) op basis van een pseudo-onafhankelijke persoonlijkheidsstructuur en een hechtingstrauma met een duidelijk conflict tussen verzorging en autarkie en een structureel matig integratieniveau. (...) Volgens mij is een klinische, psychosomatische, holistische ziekenhuisbehandeling hier dringend vereist. In het belang van [verzoekster] moet om een spoedige kostenovernameverklaring worden gevraagd.*"
- 4.6. Verzoekster heeft een medisch adviseur geraadpleegd en aan hem diverse vragen voorgelegd over haar problematiek, thuissituatie en de voorgestelde behandeling. De medisch adviseur heeft

twee verklaringen uitgebracht, te weten op 7 juni 2016 en op 19 juli 2016. Verzoekster verwijst hiernaar. De medisch adviseur heeft tevens een psychiater ingeschakeld voor overleg. Deze heeft een verklaring d.d. 24 juli 2016 opgesteld waarnaar verzoekster eveneens verwijst.

Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar verzoek om vergoeding van de opname in de Panorama Fachkliniek ten onrechte heeft afgewezen. De ziektekostenverzekeraar dient de verzekeringsvoorwaarden, waarvan het Reglement GGZ onderdeel vormt, in acht te nemen. Uit de adviezen van verschillende medisch specialisten blijkt dat bij verzoekster niet slechts sprake is van een aanpassingsstoornis, maar van een ernstige psychiatrische stoornis. Op grond van deze medische adviezen staat onomstotelijk vast dat opname in de Panorama Fachkliniek noodzakelijk is.

4.7. Verzoekster heeft zich in het kader van het nader onderzoek gewend tot het Academisch Ziekenhuis te Maastricht. Aldaar hebben twee consulten bij de psychiater plaatsgevonden. De psychiater heeft een verklaring opgesteld, gedateerd 30 oktober 2017. Verzoekster heeft deze verklaring in de procedure gebracht.

4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de Nederlandse kliniek niet dezelfde behandeling kan aanbieden, alleen een korte diagnose intern en verder ambulant behandelen. De psychiater in Vaals heeft haar een verwijzing voor opname en behandeling in de Panorama Fachkliniek verstrekt.

De ambulante behandeling zoals de ziektekostenverzekeraar voorstelt, werkt bij haar niet. Zij moet tot rust komen en leren om gaan met spanningen. Zij heeft behoefte aan een op de persoon gerichte behandeling. Eenmaal per week een gesprek is onvoldoende. Het gaat haar om het gehele pakket. Verzoekster geeft de voorkeur aan een zorgaanbieder die Duits spreekt. Dit is immers haar moedertaal, en daardoor kan zij zich, zeker bij emotionele zaken, beter uiten in het Duits.

Verzoekster merkt op dat de mensen, die in de kliniek werkzaam zijn, erg bekwaam zijn. Dat de ziektekostenverzekeraar verwijst naar 'het behandelplan' is onjuist. Het is in Duitsland niet gebruikelijk om vooraf een behandelplan te verstrekken. Het betreffende stuk is geen behandelplan maar een soort folder waarin de verschillende mogelijke behandelingen uiteen worden gezet. Als voorbeeld wordt ook yoga en dergelijke genoemd.

De behandeling betreft rouwverwerking en gesprekken. Pas nadat de opname heeft plaatsgevonden, zal worden besloten hoe de behandeling eruit gaat zien. Verzoekster benadrukt dat ook de Duitse artsen menen dat zij klinisch moet worden behandeld.

Verzoekster vindt dat zij aanspraak heeft op zorg in Europa, zeker aangezien zij in de grensstreek woont.

4.9. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 27 februari 2018 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Zij heeft het advies van de door haar ingeschakelde medisch adviseur van 2 maart 2018 meegezonden. Deze medisch adviseur heeft verklaard dat volgens de psychiater sprake is van een ingewikkelde psychische aandoening waarvoor behandeling is geïndiceerd. De diagnose volgens de DSM-IV: "AS I Depressieve stoornis recidiverend matig, ASII Takken van ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, AS III Geen, AS IV Problemen binnen de primaire steungroep, financiële problemen, AS V. Begin GAF-score 51-60". Ook de geconsulteerde klinisch psycholoog komt tot de conclusie dat verzoekster lijdt aan depressie. Het betreft dus niet alleen zorg voor de behandeling van aanpassingsstoornissen. De door verzoekster ingeschakelde medisch adviseur verklaart voorts: *"De medisch adviseur van CZ merkt verder nog op dat in de verwijzing van de psychiater van 22 juli 2015 een DSM-IV gestelde diagnose depressieve stoornis, recidiverend wordt gesteld. In de brief wordt aangegeven dat de thuissituatie dermate complex is dat ambulante behandeling niet mogelijk is. Dit argument wordt gebruikt als onderbouwing van de noodzaak tot klinische opname en behandeling. Dit betreft echter geen medische noodzaak tot een klinische behandeling. Ten aanzien van dit aspect kan worden vermeld dat er wellicht gezien de diagnose geen absolute noodzaak is maar dat ook in de voorwaarden zeker niet vermeld staat dat de behandeling die wordt aangeboden buiten de Zorg Verzekeringwet valt."*

Naar aanleiding van voornoemd advies heeft verzoekster opgemerkt dat dit een onjuistheid bevat, te weten de GAF-score. In de diagnose die op 22 juli 2015 is gesteld door de psychiater is een GAF-score vermeld van 31-40. Een GAF-score 51-60 wordt omschreven als *"Matige symptomen OF matige problemen in sociaal functioneren, op het werk of op school"*, terwijl de omschrijving van de

GAF-score 31-40 luidt "*Enige vermindering in realiteitsbesef of communicatie of sterke vermindering op verschillende terreinen, zoals werk of school, gezin- of familierelaties, beoordelingsvermogen, denkvermogen of stemming*"

Het verschil in score, en met name in de mate van symptomen, is te groot en dit dient te worden meegenomen in de beoordeling van de onderhavige kwestie.

4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat specialistische geestelijke gezondheidszorg met opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis kan worden vergoed (artikel B.19.3. van de zorgverzekering). Er dient sprake te zijn van een complexe psychische aandoening (artikel B.19.2. van de zorgverzekering). De voorwaarden met betrekking tot de zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling staan vermeld in het Reglement GGZ. Uit dit reglement volgt dat binnen de GGZ veel zorgvormen worden aangeboden die buiten de dekking van de zorgverzekering vallen (artikel 1.3). Deze uitsluitingen worden bepaald door de volgende uitgangspunten:

- er is geen sprake van een DSM-IV benoemde stoornis;
- vanuit de wet- en regelgeving is vergoeding voor behandeling van bepaalde aandoeningen uit de Zorgverzekeringswet niet toegestaan;
- een behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk (standpunten Zorginstituut, Zorgkompas Zwv).

De zorg omvat in elk geval niet de behandeling van aanpassingsstoornissen.

In het Reglement GGZ is verder onder het kopje 'verwijzing' het volgende bepaald (artikel 3.3):

- verzekerde is voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een praktijkondersteuner voor de huisarts, specifiek voor GGZ (POH-GGZ)), een bedrijfsarts, een medisch specialist of straatdokter;
- de verwijzing omvat een duidelijke hulpvraag die vanuit de GGZ beantwoord kan worden (passende zorg), gebaseerd op een binnen de DSM-IV vastgestelde diagnose;
- bij de start van de behandeling mag de verwijzing niet ouder zijn dan negen maanden;
- de verwijzend arts maakt gebruik van een betrouwbaar en valide beslissingsondersteunend instrument;
- het beslissingsondersteunend instrument dient direct te verwijzen naar het niveau van hulpverlening dat bij de zorgvraag past (zorg door huisarts, BGGZ module Kort, Middel of Intensief, of GGZ, zie hoofdstuk 2 van het reglement);
- de uitkomst van het beslissingsondersteunend instrument is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij zowel de huisarts of andere verwijzer als de zorgverlener GGZ.

Voorts geldt dat de zorg doelmatig dient te zijn (artikel A.3.2. van de zorgverzekering).

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Hij heeft medegedeeld dat de volgende punten centraal staan:

1. Wat is de aard, ernst, duur en omvang van de (actuele) psychiatrische problematiek?
2. Welke ambulante GGZ behandelingen hebben reeds plaatsgevonden, in welke frequentie, welke soort therapie, welke hoofdbehandelaar(s), volgens welk behandelplan, welke behandel-doelstellingen zijn gesteld en wat zijn de bereikte resultaten? Waaruit blijkt het falen van de ambulante GGZ behandeling?
3. Het behandelaanbod van de Panorama Fachkliniek: is er een medische indicatie voor de klinische opname en behandeling en voldoet de aangeboden behandeling aan de stand van de wetenschap en praktijk?

Met betrekking tot punt 1 geldt dat uit de rapportages en verklaringen verschillende psychiatrische duidingen volgen: van burn-out en aanpassingsstoornissen tot DSM-IV depressieve stoornis, niet reagerend op langdurige ambulante therapie. Opvallend is dat in de loop der tijd geschoven wordt van een burn-out en aanpassingsstoornissen naar een depressieve stoornis. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de bij verzoekster benoemde problematiek valt onder aanpassingsstoornissen. Deze zorg is uitgesloten van vergoeding. De complexe thuissituatie

van verzoekster levert geen medische noodzaak op voor klinische opname. Over punt 2 is in het dossier geen specifieke informatie aanwezig. Derhalve kan noch onderbouwing worden gevonden voor de psychiatrische duiding dat langdurige ambulante GGZ behandeling heeft gefaald noch dat verzoekster daardoor noodzakelijkerwijs is aangewezen op gespecialiseerde GGZ zorg in een klinische behandelsetting. Met betrekking tot punt 3 is de werkwijze van de Panorama Fachkliniek van belang. Uit de algemene informatie over deze kliniek blijkt niet van een evidence based werkmethode.

Voorts blijkt uit de brief van de directeur-geneesheer van 23 oktober 2015 dat hij psychosomatische psychotherapie noodzakelijk acht. Uit het behandelplan blijkt verder dat diverse therapieën worden toegepast, zoals kunsttherapie, PMR, yoga, massage, qigong, therapie naar Marsha Linehand en biofeedback. Deze therapieën zijn echter niet evidence based. De behandeling voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

De ziektekostenverzekeraar concludeert daarom dat de opname en behandeling van verzoekster in de kliniek niet voor vergoeding in aanmerking komt, aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden.

De problematiek van verzoekster kan bovendien ambulant worden behandeld, zodat de opname niet doelmatig is.

5.3. Om verzoekster tegemoet te komen heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard de kosten van het eerste consult bij de kliniek in Duitsland te vergoeden. Hierdoor was verzoekster in de gelegenheid een behandelplan op te vragen.

5.4. In reactie op de ontvangen informatie van het Academisch Ziekenhuis te Maastricht heeft de ziektekostenverzekeraar op 7 november 2017 geconcludeerd dat deze informatie de eerdere beoordeling van zijn medisch adviseur onderschrijft. Laatstgenoemde licht zijn conclusie als volgt toe:

"Na psychiatrisch onderzoek wordt de DSM diagnose matig ernstige depressie met comorbide paniekstoornis gesteld.

Aangegeven wordt dat er geen opname voor een lange periode is geïndiceerd.

Er is psycho-educ[ati]e geboden conform het alarm-falsificatiemodel.

De mogelijkheid wordt geschetst van een korte diagnostische opname, gevolgd door een ambulant traject.

Voor verdere behandeling wordt stress reductie geadviseerd, ambulante behandeling, dan wel dagklinische behandeling en medicamenteuze behandeling.

Aangegeven wordt dat patiënte niet opteert voor deze behandelingen.

Beschouwing:

Gezien de gestelde psychiatrische DSM diagnose is een klinische opname niet geïndiceerd.

Patiënte is niet aangewezen op gespecialiseerde psychiatrische zorg in een klinische opname setting."

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij de wens van verzoekster voor een klinische behandeling begrijpt alsmede omdat zij dan uit de thuissituatie is. De medisch adviseur heeft het dossier beoordeeld, ook de informatie van de arts en de psychiater. De medisch adviseur komt op basis hiervan tot de conclusie dat verzoekster niet is aangewezen op een klinische behandeling. Opname is dus niet nodig.

Daarnaast, en dit ontbreekt in advies van het Zorginstituut, voldoen de therapieën die in de kliniek worden toegepast niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dus zelfs als verzoekster zou zijn aangewezen op een klinische behandeling, dan zou geen toestemming worden gegeven voor behandeling in de kliniek, omdat de aldaar geboden zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus geen aanspraak bestaat op deze zorg.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2014-2015) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk B van de zorgverzekering (2014-2015).
- 8.3. Artikel B.19. van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

B.19.2. Gespecialiseerde GGZ

Voor een goed begrip van dit artikel zijn 2 definities van belang:

Hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ

De hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ is eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling, de vaststelling en de uitvoering van het behandelplan. De hoofdbehandelaar is een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. De hoofdbehandelaar is een instelling of vrijgevestigd.

Hulppersoneel Gespecialiseerde GGZ

Bij een instelling voor gespecialiseerde GGZ kan gebruik worden gemaakt van hulppersoneel. Hulppersoneel is bevoegd om een gedeelte van de behandeling (onder supervisie van de hoofdbehandelaar) uit te voeren.

Alleen zorgaanbieders die opgenomen zijn in de beroepentabel DBC-GGZ van de CONO-beroepenstructuur kunnen hulppersoneel zijn. Dit zijn bijvoorbeeld een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een verslavingsarts.

De zorg mag niet worden verleend door anderen, tenzij wij dit met de betreffende zorgaanbieder in een zorgovereenkomst anders hebben afgesproken.

B.19.2.1. Gespecialiseerde GGZ met opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden in combinatie met opname:

- *in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg); of*
- *op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).*

Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij:

- *diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en*
- *gespecialiseerde behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.*

Gedurende maximaal 365 dagen bestaat de zorg ook uit:

- de gespecialiseerde psychiatrische behandeling en het verblijf;
 - de verpleging en verzorging die erbij hoort;
 - de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak);
 - de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.
- (...)

Let op!

- *Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. Voor de duidelijkheid herhalen we onder het volgende punt enkele uitsluitingen.*
- *De zorg omvat in ieder geval niet:*
 - o neurofeedback;
 - o psychoanalyse;
 - o behandeling van aanpassingsstoornissen;
 - o hulp bij werk- en relatieproblemen;
 - o intelligentieonderzoek;
 - o keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;
 - o dyslexiebehandeling (zie daarvoor artikel B.20.);
 - o psychologische zorg op school;
 - o medisch psychologische zorg (zie daarvoor artikel B.4.);
 - o begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen, cursussen en hulp bij opvoeding;
 - o orthopedagogische zorg;
 - o begeleiding van kinderen met een ontwikkelings- of leerstoornis.

Voorwaarden

Zorgaanbieder

- *Een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) of een instelling voor gespecialiseerde GGZ verleent de zorg.*
- *Een instelling die de zorg verleent, voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. De geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg. Voor de kwaliteit van de zorg zijn de criteria omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek. De taakafbakening van de betrokken deskundigen is bij protocol omschreven.*
- *In deze instelling dient de diagnostiek en de behandelindicatie te worden vastgesteld door een BIG-geregistreerd hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG-registratienummer aan ons.*
- *Op onze internetsite kunt u de instellingen vinden die aan deze eisen voldoen.*

Verwijzing

- *U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een bedrijfsarts of door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ (POH-GGZ)), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg. Een bedrijfsarts kan verwijzen voor psychotherapie behalve als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie.*
- *De verwijzing is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en een oriënterend onderzoek. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden binnen de Gespecialiseerde GGZ. De uitkomst van dit oriënterend onderzoek is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij de huisarts en de behandelaar.*

(...)

Voorgestelde behandeling (voorschrift)

Een hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ heeft vastgesteld dat de zorg valt binnen de Gespecialiseerde GGZ (de hoofdbehandelaar toetst de verwijzing); het behandelvoorschrift is beschreven in een behandelplan.

(...)"

Artikel B.19. van de zorgverzekering (2015) is van gelijke strekking.

8.4. Het Reglement GGZ 2015 van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

De GGZ is gericht op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis (of psychiatrische aandoening).

Binnen de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) wordt bij voorkeur het begrip psychische stoornis gebruikt. Psychische stoornissen worden gegroepeerd met behulp van de DSM-IV-classificatie. In dit reglement hebben we gebruik gemaakt van de vierde versie van de indelingscriteria psychiatrische stoornissen. De DSM-IV geeft criteria om een duidelijkere diagnose te stellen.

Onder de Zvw valt:

- GGZ zonder verblijf;
- Verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de GGZ;
- Langdurige GGZ tot maximaal 3 jaar behandelduur.

GGZ-zorg valt onder uw zorgverzekering (basisverzekering) als het gaat om zorg 'zoals huisartsen, medisch specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden' en als deze zorg voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Zie ook artikel A.3.2. van uw Verzekeringsvoorwaarden. Interventies of behandelingen die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, dus zorg waarvoor geen of onvoldoende bewijs is dat deze effectief is, valt niet onder de basisverzekering. Dit is vastgelegd in de Zvw en aanverwante regelgeving.

Grens psychosociale hulp en GGZ

Bij psychosociale hulp is geen sprake van een stoornis (ziekte) waarvoor geneeskundige zorg nodig is en deze valt daarom niet onder de GGZ. De hulp is gericht op het verbeteren van de sociale positie van de verzekerde in financieel, maatschappelijk en emotioneel opzicht. Psychosociale problemen kunnen wel overgaan in psychische stoornissen. In dat geval kunt u aanspraak maken op GGZ.

(...)

Uitgesloten zorg.

In de inleiding is aangegeven dat psychosociale hulp niet valt onder de aanspraken van de Zvw. Vanuit de GGZ worden veel zorgvormen aangeboden die ook buiten de Zvw vallen.

Deze uitsluitingen worden bepaald door de volgende uitgangspunten:

- er is geen sprake van DSM-IV benoemde stoornis,
- vanuit de wet- en regelgeving is vergoeding voor behandeling van bepaalde aandoeningen uit de ZVW niet toegestaan of,
- een behandelingsvorm voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk (standpunten ZiN, zorgkompas ZVW)

Dit leidt tot de volgende uitsluitingen:

De zorg omvat in elk geval niet:

- een intelligentieonderzoek;
- GGZ aan kinderen en jeugdigen tot 18 jaar;
- begeleiding van niet-geneeskundige aard, zoals trainingen en cursussen;
- orthopedagogische zorg;
- hulp bij werk-, school- en relatieproblemen;
- enkel diagnostiek zonder de bedoeling dat GGZ behandeling plaatsvindt op basis van een diagnose volgens internationaal erkende standaarden (de DSM-IV);
- behandeling van aanpassingsstoornissen;
- neurofeedback;
- psychoanalyse;
- behandeling met opname volgens het Minnesota model;
- behandeling van obesitas (overgewicht) en eetverslaving;
- keuringen, bijvoorbeeld ten behoeve van rijvaardigheid;

- medisch psychologische zorg (zie daarvoor artikel B.4. van de verzekeringsvoorwaarden).
(...)

3. Gespecialiseerde GGZ met opname

3.1 Inleiding

Gespecialiseerde GGZ met opname dient te voldoen aan voorwaarden die staan vermeld in hoofdstuk 2, Gespecialiseerde GGZ algemeen, in dit Reglement.
Daarnaast geldt voor opname het volgende:

Gedurende maximaal 3 maal 365 dagen bestaat de zorg ook uit:

- de Gespecialiseerde psychiatrische behandeling en het verblijf;
 - de verpleging en verzorging die erbij hoort;
 - de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak);
 - de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.
- (...)

3.3 Voorwaarden

Hierbij moet ten minste worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Er is sprake van een psychiatrische aandoening, al of niet met bijkomende problematiek waarvoor u al 365 dagen aaneengesloten (voor de geldende regels aangaande afwezigheid zie artikel 3.1.) in een psychiatrische instelling bent behandeld.
- De instelling heeft de noodzaak (verbetering/stabilisatie of voorkomen van achteruitgang) van voortgezet verblijf, inclusief een prognose/ontwikkeling van de aandoening(en) en de verwachte duur van het verblijf gemotiveerd.
(...)"

8.5. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering (2014-2015) is opgenomen dat de inhoud en omvang van de zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Voorts is in dit artikel bepaald dat de dekking de zorg omvat waarop de verzekerde - gelet op de indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

8.6. Artikel B.2. van de zorgverzekering (2014) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen of verblijven in Verdragsland en zorg in een (ander) Verdragsland

Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2.

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgaanbieder. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen.
(...)"*


Artikel B.2. van de zorgverzekering (2015) is gelijkloidend.


- 8.7. Voormelde artikelen zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering (2014-2015) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waartoe ook de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg behoort, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.12 Bzv. Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Volgens artikel 2.1, derde lid, Bzv heeft een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- "1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
(...)"*


9. Beoordeling van het geschil


Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster wenst van de ziektekostenverzekeraar een vergoeding te ontvangen voor klinische behandeling in een GGZ-kliniek in Duitsland, een andere EU-lidstaat. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster, dan wel de behandelend medisch specialist(en) namens haar, heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd voor de geplande opname en behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze zorg. Volgens hem is de onderhavige zorg expliciet uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering en voldoet deze daarnaast niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook heeft verzoekster geen (verzekerings)indicatie en is de zorg niet doelmatig. Verzoekster heeft dit bestreden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft primair het standpunt ingenomen dat de onderhavige zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het advies van het Zorginstituut van 14 maart 2017 aan de commissie volgt evenwel dat de vraag of de onderhavige zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet speelt. Bij een noodzaak tot opname kunnen verschillende therapie-elementen aan de orde zijn. In deze kwestie gaat het om de individuele behandeldoelen van verzoekster en welk behandelplan daarbij is aangewezen. De commissie sluit in deze aan bij het advies van het Zorginstituut.
- 9.3. Voorts blijkt uit het advies van het Zorginstituut dat kan worden geconcludeerd dat de ambulante behandeling van verzoekster te weinig resultaat heeft opgeleverd, waardoor een meer intensieve behandeling door een GGZ-psychiater en/of -psycholoog is geïndiceerd. Ook is er gegronde reden voor behandeling in Duitsland in verband met de moedertaal van verzoekster. Het Zorginstituut heeft de commissie geadviseerd tot nader onderzoek, meer specifiek naar de behandeldoelen en het behandelplan voor verzoekster.
- Verzoekster heeft zich in het kader van het nader onderzoek gewend tot het Academisch Ziekenhuis te Maastricht. De psychiater van dit ziekenhuis heeft verzoekster tweemaal gezien en heeft een verklaring opgesteld, gedateerd 30 oktober 2017. In deze verklaring is, voor zover hier relevant, het volgende opgenomen:
- "(...) Conclusie: Het betreft een 53-jarige vrouw, met in de voorgeschiedenis meerdere miskramen en recidiverende depressieve episoden. Patiënte wordt nu verwezen met lichamelijke en depressieve klachten n.a.v. lopende SKGZ procedure. Concluderend kan er gebaseerd op anamnese en gestructureerd psychiatrisch onderzoek in DSM V termen gesproken worden van een matig ernstige depressie met een comorbide paniekstoornis, waarbij het ontstaan van de klachten gerelateerd kan worden aan multiple sociale stressoren en verlieservaringen (miskramen, overlijdens, complexe gezinssituatie, financiële problematiek, taalbarrière). Persoonskenmerken met o.a. het grenzeloze zorgen, alsmede het behandelvacuüm zorgen ervoor dat de klachten persisteren.*
- Beleid: Patiënte werd psycho-educatie geboden conform het alarm-falsificatiemodel. In antwoord op de vraag van de HA kan worden gesteld dat het MUMC niet dezelfde behandeling kan bieden als in de 'Panorama Klinik', er is geen opname voor een langere periode mogelijk. De enige mogelijkheid hier zou een korte diagnostische opname betreffen met nadien ambulante behandeling. Patiënte opteert hier niet voor.*
- Ons advies voor verdere behandeling: Stressreductie in de buurt van haar eigen woonomgeving en ambulante danwel dagklinische behandeling, bv. Mondriaan Zorggroep Heerlen, revalidatiekliniek Adelante te Hoensbroek, of Klinikum Aachen. Medicamenteuze ondersteuning met SSRI/SNRI. Individuele psychotherapeutische behandeling met focus op persoonlijkheid; i.k.v. dagelijks management familie reeds ondersteunende begeleiding via TALENT.*
- (...)"*


 9.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat een eerdere ambulante behandeling bij haar niet werkzaam is geweest, en dat zij, mede gezien haar thuissituatie, klinisch moet worden behandeld. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen gesteld dat verzoekster niet is aangewezen op een klinische behandeling.

 Uit het definitieve advies van het Zorginstituut van 12 januari 2018 volgt dat de aangevraagde klinische behandeling van verzoekster in de GGZ-kliniek in Duitsland, gelet op de indicatie, de behandeldoelen en het behandelplan, niet is aangewezen. Het nadien door verzoekster overgelegde advies van 2 februari 2018 onderkent dat er geen medische noodzaak is tot een klinische behandeling. De commissie maakt de conclusie van het Zorginstituut daarom tot de haren neemt het advies over.


 9.5. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht is geweigerd en dat (ook) op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de klinische behandeling in de Duitse kliniek bestaat.


 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster tegemoet te komen door de kosten van het consult in de kliniek in Duitsland onverplicht te vergoeden. In deze beslissing zal de commissie niet treden.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2018,

    
P.J.J. Vonk