

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs. C te D  
Zaak : geneeskundige zorg, redo-lymfoveneuze shunt  
Zaaknummer : ANO06.93  
Zittingsdatum : 15 november 2006

Zaak: ANO06.93, geneeskundige zorg, redo-lymfoveneuze shunt

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(art. 10,11 Zvw, 2.1 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 30 mei 2006 inzake de afwijzing van haar aanvraag voor een redo-lymfoveneuze shunt.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met enkele aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 30 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op haar aanvraag voor een redo-lymfoveneuze shunt afwijzend was beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 september 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Door middel van een geschillenformulier, gedagtekend 19 september 2006, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is eerder genoemde ingreep te vergoeden.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 31 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 1 november 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 6 november 2006 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 7 november 2006 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.

- 3.9. Bij brief van 17 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 13 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

#### 4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 66-jarige vrouw die in het verleden een lymfoveneuze shunt en een lymfosuctie heeft ondergaan. Eenmaal per week wordt zij behandeld door een lymfoedeemtherapeut. Vanaf medio 2005 ondervindt verzoekster in toenemende mate pijnklachten aan beide benen. Met een conservatieve behandeling is het linkerbeen intussen genezen. Het rechterbeen en de rechtervoet zijn daarentegen pijnlijk en opgezet gebleven. De pijnklachten manifesteren zich vooral rondom het bovenbeen en het heupgebied, zoals blijkt uit een verklaring van de oedeemtherapeut. Door de behandelend medisch-specialist is een totale lymfeobstructie ter hoogte van de knie gediagnosticeerd. Deze veroorzaakt een toenemend lymfoedeem met recidiverende infecties. Volgens de arts kunnen niet alleen oncologische, maar ook infectieuze oorzaken de lymfeklierstations beschadigen met een zelfde resultaat. Na verschillende infecties kan dit uiteindelijk leiden tot een duidelijke elephantiasis.
- 4.2. Het bevreemdt verzoekster dat de kosten van een lymfoveneuze shunt eerder wel zijn vergoed, terwijl toen evenmin sprake was van een oncologische oorzaak.

#### 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, onder verwijzing naar artikel 9 van de zorgverzekering en de Zorgverzekeringswet, dat de omvang van de te verlenen medisch-specialistische zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. In de wet en de toelichting daarop wordt aangegeven dat hiermee wordt verwezen naar het gebruikelijkheids criterium dat voorheen in de Ziekenfondswet was opgenomen.
- 5.2. De zorgverzekeraar concludeert ten aanzien van de onderhavige behandeling dat deze onvoldoende medisch-wetenschappelijk is onderbouwd en verwijst daarbij naar het door het College voor zorgverzekeringen ingenomen standpunt. Daarbij heeft bij verzoekster geen geprotocolleerde multidisciplinaire indicatiestelling plaatsgevonden. Verzoekster staat al jaren niet meer onder controle van een dermatoloog. Verder blijkt niet van een duidelijke indicatie voor een operatie, gezien de stabiele situatie van het lymfoedeem en het feit dat het hier geen post-oncologisch, maar post-infectieus lymfoedeem betreft. Een verhoogd infectiegevaar vormt geen indicatie. In de CBO-richtlijn Lymfoedeem uit 2002 wordt gewezen op het belang van een goede huidverzorging. Als daarmee infecties kunnen worden voorkomen is operatief ingrijpen niet doelmatig. Tot slot is niet gebleken dat alle conservatieve behandelingen hebben gefaald.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de door verzoekster gesloten aanvullende verzekeringen.

## 7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.  
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.  
In artikel 2 lid 4 is opgenomen dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede wordt 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.  
Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in artikel 9 van de zorgverzekering. In lid 1 is bepaald dat de omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.
- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de daarbij behorende Rzv met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant.  
Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de 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. Vervolgens is in artikel 2.1 lid 1 van het Bzv geregeld dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11 lid 1, 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 2.16. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander uitgewerkt in de artikelen 2.4 en 2.5 van het Bzv, waarbij artikel 2.5 betrekking heeft op orgaantransplantatie.
- 7.5. Artikel 2.4 lid 1 bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6.  
Volgens de toelichting op artikel 2.4 worden met de formulering "plegen te bieden", met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsbeoefenaar, de inhoud en de omvang van de zorg bepaald. Door in de omschrijving de maat te nemen van voor iedereen kenbare hulpverleners, is het duidelijk welke zorg het betreft. De term "plegen te bieden" wordt ingevuld met toepassing van artikel 2.1 lid 2 van het Bzv.  
In laatstgenoemde bepaling is geregeld 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.

- 7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7 De commissie stelt vervolgens vast dat de behandeling waar het hier om gaat ten algemene niet als gebruikelijk kan worden aangemerkt. Dit geldt zowel voor de primaire ingreep als voor een eventuele heroperatie. Overigens begrijpt de commissie dat bij eiseres eerder een lymfoveneuze anastomose ter hoogte van de lies is aangelegd, en dat de aanvraag betrekking heeft op een zelfde behandeling ter hoogte van de knie.  
Slechts bij een beperkt indicatiegebied kan wel van gebruikelijke zorg worden gesproken zijn en dan enkel nadat een voorafgaande conservatieve behandeling niet succesvol is gebleken. Dat aan deze laatste eis is voldaan, is in de procedure niet naar voren gekomen.
- 7.8 In de CBO-richtlijn Lymfoedeem uit 2002 wordt geconcludeerd dat lymfoveneuze chirurgie vooral een positie heeft in de behandeling van postoncologisch (secundair) lymfoedeem met destructie van de klierstations of hoofdlymfevaten. In de situatie van verzoekster is dit niet aan de orde. In haar geval betreft het post-infectieus lymfoedeem.
- 7.9 Genoemde richtlijn bevat voorts een aantal aanbevelingen. Eén van deze aanbevelingen is dat lymfchirurgie slechts geprotocolleerd dient plaats te vinden binnen een multidisciplinaire setting met langdurige controle. Ook hiervan is in de situatie van verzoekster geen sprake. Zij is in de afgelopen jaren kennelijk niet meer onder behandeling bij een dermatoloog.
- 7.10 Verder stelt de commissie vast dat uit de stukken blijkt van pijnklachten, terwijl volgens de behandelend medisch-specialist de ingreep noodzakelijk is vanwege een verhoogd risico op infecties. Ten aanzien van de pijnklachten in het rechterbovenbeen en de heup kan worden opgemerkt dat door de zorgverzekeraar terecht is gewezen op het ontbreken van een logisch verband tussen deze klachten en de obstructie in de knieholte. Een verhoogd risico op infecties vormt geen indicatie voor een operatief ingrijpen. Dat verzoekster momenteel met infecties kampt is overigens niet gebleken.
- 7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 december 2006,

Voorzitter