



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU-EER, Duitsland, medisch-specialistische zorg, knieoperatie, stand wetenschap en
praktijk, indicatie, doelmatigheid

Zaaknummer : 201602841

Zittingsdatum : 8 november 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

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

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een knieoperatie, uitgevoerd te München, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 5 mei 2017 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 juni 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juni 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 juli 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 27 juli 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017028041) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen. Het Zorginstituut merkt hierbij het volgende op:
*"De medisch adviseur merkt ten aanzien van de vraag of verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op de behandeling het volgende op. De twee eerdere hersteloperaties die verzoeker aan zijn knie heeft ondergaan en kennelijk niet succesvol bleken, vormen geen reden om de onderhavige aanvraag af te wijzen. Gelet op de situatie van verzoeker kan van een conservatieve behandeling weinig resultaat worden verwacht. Daarnaast merkt de medisch adviseur op dat de osteotomie in de orthopedie al lange tijd (internationaal) wordt gezien als een algemeen geaccepteerde ('commonly accepted') behandeling. Meer recent is er ook consensus aan het ontstaan over de toepassing van osteotomie na een gefaalde voorste kruisbandreconstructie.
Uit de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden opgemaakt in hoeverre de revalidatietrajecten, waarvan verzoeker zelf aangeeft dat deze steeds hebben plaatsgevonden, volledig zijn doorlopen en in hoeverre tijdens en na de revalidatie-periode de activiteiten (in casu voetbal) zijn aangepast. Er lijkt vooralsnog geen reden om aan te nemen dat de therapietrouw in de revalidatietrajecten systematisch laag was. In het kader van de aanspraak kan niet van verzoeker worden gevergd dat deze stopt met het beoefenen van zijn sport. Dit vormt geen criterium op grond waarvan de aanvraag kan worden afgewezen.
Tot slot merkt de medisch adviseur op dat over de uitgevoerde operatie (een combinatie van osteotomie en vermindering van de 'tibial slope' bij een knie met gefaalde voorste kruisbandreconstructie of andere chronische instabiliteit) een behoorlijk aantal wetenschappelijke publicaties beschikbaar zijn. De inzichten van deze publicaties zijn in verschillende reviews gebundeld. Hierbij worden in alle publicaties gunstige resultaten beschreven. Er zijn geen klinische trials waarin een vergelijking is gemaakt met een conservatieve behandeling of het aannemen van een afwachtende houding.
Op grond van de beschikbare informatie concludeert de medisch adviseur dat verweerder de aanvraag op onjuiste gronden heeft afgewezen."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 juli 2017 aan partijen gezonden. Bij brief van 2 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 3 augustus 2017 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. De commissie heeft besloten dat overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.11. Bij brief van 13 november 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Het Zorginstituut heeft bij brief van 19 februari 2018 aan de commissie medegedeeld van mening te zijn dat de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek dient te verrichten, waarbij moet worden onderzocht of verzoeker op basis van de indicatie "chronische instabiliteit van de knie" redelijkerwijs is aangewezen op een hoog-tibiale osteotomie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 februari 2018 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid

gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 februari 2018 de uitkomst van het nader onderzoek medegedeeld. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 12 maart 2018 gereageerd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Naar aanleiding van deze reactie is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat hij eerder onjuiste stukken had ingebracht. Hij heeft hierop alsnog de juiste stukken aangeleverd. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, hetgeen hij bij brief van 4 april 2018 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3.12. Verzoeker heeft in zijn brief van 4 april 2018 aangevoerd dat de juiste stukken na het verstrijken van de termijn, die eindigde op 8 maart 2018 door de commissie zijn ontvangen, *"en mitsdien tardief, waardoor de goede procesorde zich er tegen verzet dat deze stukken nog in behandeling worden genomen"*. Tevens heeft verzoeker inhoudelijk gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 28 februari 2018 en het daarbij gevoegde advies van de medisch adviseur van 26 februari 2018. De commissie heeft, als opdrachtgever tot het onderzoek door de ziektekostenverzekeraar, hierop besloten diens nadere stukken en de reactie van verzoeker op deze stukken tot de procedure toe te laten. Daarbij heeft zij overwogen dat het op de weg van verzoeker ligt het bestaan van een (verzekerings)indicatie aannemelijk te maken. Blijkens het advies van het Zorginstituut was de (verzekerings)indicatie niet vast te stellen op basis van de voorhanden gegevens, zodat alsdan tot afwijzing van het verzoek zou moeten worden geconcludeerd.

3.13. Bij brief van 10 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij e-mailbericht van 23 april 2018 aan de commissie medegedeeld een duiding te willen doen met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk. Bij brief van 21 juni 2018 heeft het Zorginstituut de commissie medegedeeld geen advies te kunnen geven. Het Zorginstituut heeft hierbij het volgende overwogen:
"Uit de in het dossier beschikbare informatie valt niet goed op te maken of de laatste operatie een hersteloperatie betrof vanwege één of meer complicaties van de eerdere operaties, of het een hersteloperatie betrof omdat de voorgaande operatie niet succesvol was, of dat het ging om een nieuwe operatie vanwege chronische instabiliteit van de knie. Hierdoor kan niet worden beoordeeld in hoeverre verzoeker was aangewezen op de laatste operatie. Verweerder heeft enkel de laatste operatie van verzoeker niet vergoed, waarbij is aangevoerd dat hiervoor geen indicatie zou bestaan. Onduidelijk is hoe deze stellingname zich verhoudt tot het feit dat de indicatie-behandelcombinatie bij de reeds eerder uitgevoerde osteotomie wegens slope- en varusproblematiek wel door verweerder is goedgekeurd (...)".

Een afschrift van dit advies is op 26 juni 2018 aan partijen gestuurd. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 juli 2018 respectievelijk 6 juli 2018 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Sinds 2008 is bij verzoeker tweemaal de voorste kruisband van zijn rechterknie gescheurd en is hij door verschillende artsen meerdere keren aan deze knie geopereerd. Ondanks het feit dat de revalidatietrajecten goed waren verlopen, bleef verzoeker problemen ondervinden met zijn knie. Zo werd deze knie steeds instabieler, zakte verzoeker er zonder het plegen van enige inspanning regelmatig door, en kreeg hij steeds meer last aan de rechterzijde van zijn knie, ter plaatse waar de arts in een eerdere operatie een laterale versteviging had aangebracht. Aangezien verzoeker graag op een redelijke manier in de maatschappij wilde kunnen blijven functioneren, vroeg hij een gesprek aan met de arts in München. Laatstgenoemde vond het noodzakelijk opnieuw een operatie te verrichten om de uitgevoerde osteotomie te corrigeren en de slope-problematiek en de instabiliteit van de knie op te lossen. De Duitse arts heeft veel ervaring met dergelijke operaties. Op 2 februari 2016 is de operatie met succes uitgevoerd. Tijdens de ingreep werd geconstateerd dat de ingebrachte versteviging aan de rechterzijde van de knie van verzoeker functioneel was en onnodige

pijn veroorzaakte. Daarnaast was de voorste kruisband volledig aan flarden. De voorste kruisband en de versterking aan de rechterzijde van de knie werden daarom door de arts verwijderd. Ook heeft de arts de osteotomie nogmaals uitgevoerd, de tibiale slope gecorrigeerd en de rechterzijde versterkt door middel van een stukje pees uit de linkerhamstring van verzoeker.

Verzoeker ondervindt nu geen pijn meer aan de rechterzijde van zijn knie. Ook heeft hij geen last meer van doorzakkingen, kan hij meer activiteiten ondernemen en is hij minder angstig geworden.

- 4.2. Verzoeker stelt dat hij voldoet aan artikel A.3.2. van de verzekeringsvoorwaarden. Het eerste punt in de voorwaarden bepaalt dat *"de inhoud en omvang van 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."* Verzoeker voldoet aan deze voorwaarde, aangezien uit de stand van de wetenschap en praktijk blijkt dat de behandeling bij de Duitse arts geïndiceerd was. Meerdere artsen hebben namelijk geconstateerd dat, ondanks de vele operaties, nog steeds sprake was van instabiliteit van de knie van verzoeker. Omdat deze niet vanzelf overging, moest opnieuw een operatie plaatsvinden. Zowel de huisarts als de behandelend orthopeed in Nederland heeft verzoeker hiervoor verwezen naar de Duitse arts. Ook de Duitse arts zelf stelt, bij brief van 3 februari 2016, dat sprake was van een indicatie voor de operatie.

Op het tweede punt in artikel A.3.2., *"het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen"*, beroept de ziektekostenverzekeraar zich niet, waardoor verzoeker tevens aan deze voorwaarde voldoet. Dit geldt eveneens voor het derde punt: *"de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden."* Voorts bepaalt het vierde punt in artikel A.3.2.: *"u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn."* Zo moet, volgens de voorwaarden, sprake zijn van adequate zorg en dient een indicatie aanwezig te zijn. Aangezien verzoeker aan het eerste punt voldoet, kan worden gesteld dat in zijn situatie tevens sprake is van doelmatige zorg. Immers, alle betrokken artsen hebben geconstateerd dat, indien de stabiliteit niet zou verbeteren, dit met een operatie moest worden verholpen. Hierdoor was verzoeker duidelijk aangewezen op de zorg die hij heeft ontvangen.

- 4.3. Verzoeker is het voorts niet eens met het advies van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.

De instabiliteit van zijn knie bleef aanhouden en om die reden werd besloten - mede gelet op het oordeel van de artsen - tot het uitvoeren van een nieuwe operatie, die geslaagd is te noemen, aangezien verzoeker nu geheel klachtenvrij is.

Het is voor verzoeker onduidelijk waarom de reeds gedane aanvragen zouden bijdragen aan het ontstaan van twijfels over het bestaan van een indicatie voor de behandeling. Daarnaast is het onterecht dat de ziektekostenverzekeraar zich erop beroept dat hij geen mogelijkheid heeft gehad voorafgaand aan de operatie in contact te komen met de Duitse arts, aangezien de operatie vóór de aanvraag heeft plaatsgevonden. In zijn brief van 29 februari 2016 spreekt de ziektekostenverzekeraar namelijk nog over een 'aanvraag', hetgeen doet veronderstellen dat hem niet bekend was dat de operatie toen reeds was uitgevoerd.

Met betrekking tot de conclusie dat afwachtend beleid was geïndiceerd en dat aanpassing van de activiteiten was aangewezen, stelt verzoeker dat hij afwachtend is geweest. De medisch specialist in Antwerpen heeft al in september 2015 verklaard dat indien de instabiliteitsklachten niet binnen drie of vier maanden zouden verbeteren, een operatie geïndiceerd was. Omdat verzoeker pas in februari 2016 werd geopereerd, is een voldoende afwachtend beleid gevolgd.

Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar ontbreken richtlijnen voor de toetsing van de onderhavige problematiek. Het toetsen naar de 'geest' van de richtlijnen klinkt voor verzoeker als het ruim interpreteren van de richtlijnen ten gunste van de ziektekostenverzekeraar. Dit is dan ook onvoldoende onderbouwing voor de stelling dat geen medische indicatie aanwezig was voor de operatie.

- 4.4. Het niet afgeven van een akkoordverklaring voor de operatie in Duitsland en het niet vergoeden van die behandeling is in strijd met het Europese Recht, met name gelet op de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg. Aangezien geen voorafgaande toestemming is gevraagd, blijft Verordening 883/2004 buiten toepassing en dient te worden gekeken naar de richtlijn 2011/24/EU. In deze richtlijn is bepaald dat terugbetaling van kosten van grensoverschrijdende zorg niet afhankelijk mag worden gesteld van voorafgaande toestemming. De ziektekostenverzekeraar mag de terugbetaling van de zorg slechts beperken indien hij dit nodig acht om de kwaliteit en toegankelijkheid van het zorgstelsel te waarborgen of kosten in de hand te houden en elke verspilling van financiële, technische en menselijke middelen zoveel mogelijk te voorkomen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar het voorgaande niet kan aantonen, dient verzoeker op grond van de verzekeringsvoorwaarden in samenhang met artikel 7, eerste en vierde lid, van de richtlijn de kosten van de zorg vergoed krijgen. Op grond van artikel A.20.2.3. heeft verzoeker recht op vergoeding op basis van het vaste wettelijk (punt)tarief of het marktconforme tarief.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat verschillende artsen hebben geconcludeerd dat hij was aangewezen op de behandeling door de arts in München. Verzoeker heeft namelijk een afwachtende houding aangenomen en afgewacht of zijn klachten met betrekking tot de instabiliteit zouden verbeteren. Indien de situatie niet verbeterde, zo volgt uit de verklaringen van de betrokken artsen, was een vervolgooperatie geïndiceerd. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar nimmer contact heeft opgenomen met de behandelend arts in München, hoewel dit op zijn weg had gelegen. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat geen contact is opgenomen omdat de ingreep al was uitgevoerd treft geen doel, aangezien de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de aanvraag nog niet ervan op de hoogte was dat de ingreep al was uitgevoerd. Ook op dat moment heeft de ziektekostenverzekeraar echter geen contact gezocht. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hij gaat hierbij evenwel enkel uit van RCT-onderzoeken, en houdt geen rekening met "de praktijk". In het betrokken vakgebied van orthopedisch chirurgen is komen vast te staan dat een operatie voor verzoeker was aangewezen. Verzoeker heeft voorts toegelicht dat het nu goed met hem gaat. Het letsel aan zijn knie was uitzonderlijk. Hij is eerst in Nederland behandeld, maar heeft niet de juiste hulp gehad. Daarom heeft hij verder gezocht, en is hij terecht gekomen bij een arts in België die veel voetballers behandelt. Na de operatie heeft verzoeker een jaar lang onder begeleiding gerevalideerd. De klachten waren daarna nog niet verdwenen. De Belgische arts heeft de professor erbij gehaald, die verzoeker opnieuw heeft geopereerd. Na een jaar revalidatie waren de klachten nog steeds niet verdwenen. De arts kon hem niet meer helpen. Verzoeker heeft daarom zijn dossier opgevraagd en is naar een arts in Duitsland gegaan, die hem heeft doorverwezen naar een andere arts in München.
- 4.6. Bij brief van 12 maart 2018 heeft verzoeker toegelicht dat hij van mening is dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de centrale vraag die is gesteld door het Zorginstituut in het kader van het nader onderzoek, niet heeft beantwoord. In het advies van het Zorginstituut werd geconstateerd dat de betreffende medisch adviseur ten onrechte had nagelaten een onderzoek in te stellen naar de indicatie van verzoeker voor een hoog tibiale osteotomie, vanwege chronische instabiliteit van de knie, en de vraag of verzoeker op basis van deze indicatie redelijkerwijs is aangewezen op de behandeling. De medisch adviseur heeft dit onderdeel echter achterwege gelaten en de vraag aan de orde gesteld of alle verzekerden een ongelimiteerde aanspraak hebben op zorg, bij bewezen causale relaties tussen hun gedragingen en de gevolgen van die gedragingen voor de eigen gezondheid. Dit is echter buiten de orde van dit dossier en betreft niet de vraag die moest worden beantwoord.
- 4.7. Bij brief van 4 april 2018 heeft verzoeker opgemerkt dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar in het kader van het nader onderzoek niet met nieuwe informatie is gekomen, maar zich wederom beroept op het ontbreken van een indicatie. Hierop is door verzoeker reeds uitvoerig ingegaan. Verder suggereert de medisch adviseur dat verzoeker door zijn hobby, voetballen, weer op te pakken zijn gezondheid heeft benadeeld. Indien dit het geval is, zou dit ook

betekenen dat rokers die door roken longkanker krijgen geen recht hebben op een ongelimiteerde aanspraak op zorg.

4.8. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoeker bij brief van 5 juli 2018 toegelicht dat hij bij de arts in München is terechtgekomen met klachten en beperkingen aan de rechterknie. Verzoeker heeft aangegeven dat hij voor de operatie een instabiliteit in de knie had bij het lopen en de dagelijkse bezigheden, waaronder bijvoorbeeld het douchen. Bij belasting van de knie traden ook pijnklachten op. Door de arts is vervolgens een reconstructie uitgevoerd met als reden dat de vorige kruisbandtransplantatie klinisch onvoldoende resultaat had opgeleverd. Het ging derhalve om een hersteloperatie omdat de voorgaande operatie niet succesvol was.

4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In de onderhavige zaak gaat het erom of een indicatie bestaat voor de knieoperatie met betrekking tot het herstellen van de voorste kruisband waarbij reeds twee uitgebreide hersteloperaties zijn uitgevoerd, die kennelijk onvoldoende resultaat hebben gehad. Voorts is relevant dat geen dan wel onvoldoende sprake is geweest van conservatieve behandelingen en dat niet is bewezen dat aanpassing van activiteiten heeft plaatsgevonden.

5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt verder dat verzoeker niet redelijkerwijs was aangewezen op de uitgevoerde behandeling. De behandeling was bij de medische indicatie van verzoeker destijds niet passend en doelmatig waardoor deze niet voldoet aan artikel A.3.2. van de verzekeringsvoorwaarden.

Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar komen de klinische bevindingen niet overeen met de klachten van verzoeker. Er was sprake van subjectieve instabiliteitsklachten terwijl onvoldoende is gebleken welk conservatief beleid is geprobeerd. Verzoeker had daarom geen indicatie voor de knieoperatie.

5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 10 februari 2017 een uitgebreid advies gegeven en concludeert het volgende. Het beloop van de klachten van verzoeker, de doorlopende reeks aanvragen vanuit verschillende orthopedisch specialistische centra, het door verzoeker weigeren van het aanpassen van de activiteiten - in casu voetbal - en het systematisch niet doorlopen van conservatieve interventies, roepen de nodige twijfels op. Ook na het schriftelijk opvragen van aanvullende informatie is geen adequaat antwoord verkregen teneinde deze twijfels weg te nemen. Voorts is de aanvraag voor de knieoperatie in kwestie gedaan op 16 februari 2016, terwijl de ingreep reeds op 2 februari 2016 had plaatsgevonden. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar niet de mogelijkheid gehad voorafgaand aan de operatie contact op te nemen met de behandelend arts.

Er zijn binnen het betreffende specialisme richtlijnen noch onderzoeken bekend die zien op deze chronische knieproblematiek. De beoordeling heeft dan ook plaatsgevonden 'in de geest' van de richtlijnen van de orthopedisch chirurgen. Op grond hiervan is geen indicatie aanwezig voor een voorste kruisbandreconstructie na twee eerdere reconstructies en een corrigerende standsoperatie. De behandelend medisch specialisten in Genk en Antwerpen hebben afwachtend beleid geïndiceerd en aanpassing van de activiteiten. Daarnaast kan geen wetenschappelijke onderbouwing voor de uitgevoerde knieoperatie worden gevonden.

5.4. Bij brief van 2 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut.

De stelling van het Zorginstituut dat van een conservatieve behandeling weinig resultaat kan worden verwacht, wordt onvoldoende onderbouwd en is bovendien in tegenspraak met eerder uitgebrachte standpunten van het Zorginstituut, waarin conservatieve behandelingen als voorliggend worden beschouwd.

Voorts is in de situatie van verzoeker niet primair sprake van osteoarthritis, maar van een status na twee eerdere operatieve correctieve ingrepen aan de voorste kruisband.

Verder worden in alle genoemde literatuurbronnen en databases geen studies aangetroffen die toereikend zijn voor de inhoudelijke beoordeling van de re-re-reoperatie die bij verzoeker is uitgevoerd. Het standpunt van het Zorginstituut dat twee eerdere hersteloperaties geen reden zijn de aanvraag af te wijzen, kan niet met wetenschappelijke literatuur worden onderbouwd en wordt om die reden niet gevolgd.

Naast een beoordeling van de aanspraak is een beoordeling van de effectiviteit en doelmatigheid aan de orde. Noch wetenschappelijke publicaties noch rapportages over de effectiviteit en doelmatigheid werden aangetroffen. Uit de door het Zorginstituut aangehaalde publicatie van Samitier uit 2015 is af te leiden dat gerede twijfel bestaat over het nut, de noodzaak, de effectiviteit en de verwachte uitkomsten van hersteloperaties van voorste kruisbandletsels. Samitier rapporteert over (dramatisch) slechtere uitkomsten. Over de doelmatigheid zijn geen onderzoeken gevonden. Ten aanzien van het goedkeuren van aanvragen die tot slechtere gezondheidsuitkomsten leiden dient naar het oordeel van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar een fundamentele discussie te worden gevoerd.

Tot slot stelt het Zorginstituut dat van verzoeker niet kan worden gevergd dat hij stopt met het beoefenen van zijn sport. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het hier gaat om een fundamentele vraag over de inrichting van ons gezondheidszorgsysteem, namelijk de vraag of alle verzekerden ongelimiteerd aanspraak hebben op zorg bij bewezen causale relaties tussen hun gedragingen en de gevolgen van die gedragingen voor diezelfde verzekerden en hun gezondheid.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat zijn medisch adviseur het niet eens is met het voorlopig advies van het Zorginstituut en de hierin opgenomen conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de ingreep alsnog dient te vergoeden. De medisch adviseur heeft een en ander toegelicht in een eerdere brief. Ten aanzien van de bekendheid van de ziektekostenverzekeraar met de datum van de operatie geldt dat in de correspondentie staat dat deze ingreep zou plaatsvinden in december 2015. Daarom is de medisch adviseur waarschijnlijk ervan uitgegaan dat de ingreep al had plaatsgevonden. Uiteindelijk is dit in februari 2016 gebeurd.
- 5.6. In reactie op het verzoek van het Zorginstituut nader onderzoek te doen, heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 26 februari 2018 medegedeeld dat het Zorginstituut kennelijk uitgaat van de volgende situatie in de knie: *"Na twee mislukte voorste kruisband reconstructies is op 02-02-2016 de voorste kruisband en de aangebrachte versterking aan de rechterzijde verwijderd"*. De medisch adviseur merkt op dat als niet wordt uitgegaan van een operatie aan de voorste kruisband, de enige resterende instabiliteit in de knie de achterste kruisband en de twee ligamenten aan de zijkant van de knie kunnen zijn. Verder bieden de omliggende spieren stabiliteit. Door spiertraining wordt deze musculaire stabiliteit verkregen. Spiertraining is daarmee van directe invloed op de resterende stabiliteit van de knie. Geen rol in de stabiliteit spelen de beide menisci. Deze zorgen ervoor dat het tibiaplateau congruent (overeenstemmend, gelijkvormig) wordt gemaakt met de onderkant van het bovenbeen. De door het Zorginstituut aangegeven chronische instabiliteit van de knie is onvolledig. Niets in het medisch dossier wijst volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op verlies van stabiliteit. De enige instabiliteit die is ontstaan, komt door de verwijdering van de voorste kruisband. Bij een varusstand van drie graden, zoals bij verzoeker, is geen sprake van een varus deformiteit van 10 tot 15 graden. Verder is geen sprake van enige vorm van artritis dan wel van enige vorm van een contractuur. Het voorgaande leidt ertoe dat volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen indicatie aanwezig is voor een corrigerende varus operatie en ook niet voor een hoge tibiale osteotomie. De gebruikte nieuwe tweede generatie PeakPower HTO Plate vormt vanwege het ontbreken van RCT-studies geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Vanwege het uitzonderlijke gebruik hiervan, is de behandelend arts in München mogelijk als belanghebbende partij aan te duiden. Derhalve is na nader onderzoek nog steeds de conclusie dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en dat de re-re-reconstructie evenmin als doelmatig is aan te merken. De medisch adviseur heeft verder herhaald dat hij van mening is dat verzoeker de beoefening van sport dient te beperken.
- 5.7. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut van 21 juni 2018 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op 2 juli 2018 medegedeeld nog steeds van mening te zijn dat de

operatie die verzoeker heeft ondergaan niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Nu het Zorginstituut heeft aangegeven geen duiding te willen doen, is de vraag welke instantie dan wel wettelijk voor dergelijke duidingen en advisering geschikt is. Door in deze casus niet te duiden of te adviseren worden de duiding en het advies overgelaten aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Zijn advies is vergoeding af te wijzen.

5.8. 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 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 gehouden is 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 de artikelen B.3. e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.
(...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op 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.*

Let op!

Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.

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 zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener 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 zorgverlener. 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.
(...)"*

8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van 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; en*
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en*
- de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en*
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

Toelichting:

Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.

Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt; (...)"

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst, voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.8. 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.

8.9. 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing.

9.2. De door verzoeker aangehaalde Patiëntenrichtlijn heeft geen rechtstreekse werking. Het is aan de EU-lidstaten de bepalingen van de richtlijn te implementeren in de nationale wet- en regelgeving. De Nederlandse zorgverzekering kent tot op heden werelddekking. Afhankelijk van het soort verzekering - naturapolis, combinatiepolis of zuivere restitutiepolis - is het aan de zorgverzekeraar de kosten van zorg en overige diensten te vergoeden met inachtneming van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv (restitutiepolis) dan wel de hoogte van de vergoeding te bepalen op basis van artikel 13 Zvw (naturapolis en combinatiepolis), waarbij deze vergoeding niet zodanig mag worden vastgesteld dat een feitelijke hinderpaal ontstaat voor het door de verzekerde betrekken van niet-gecontracteerde zorg. In dit verband wordt geen onderscheid gemaakt tussen niet-gecontracteerde zorgaanbieders in en buiten Nederland. Aldus is geregeld dat indien de zorg of overige dienst wordt betrokken in een andere EU-lidstaat, aanspraak bestaat op vergoeding overeenkomstig de Patiëntenrichtlijn. Deze richtlijn behelst echter nadrukkelijk geen uitbreiding van de verzekerde prestaties. Alvorens de vergoeding te bepalen, zal daarom - op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving - moeten worden vastgesteld of sprake is van verzekerde zorg. Ook aan de andere voorwaarde, met name die met betrekking tot de indicatie, de doelmatigheid en eventuele formele vereisten moet worden voldaan. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.3. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de eerste vraag die dient te worden beantwoord of de door verzoeker ondergane ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft bij e-mailbericht van 23 april 2018 gesteld een duiding te willen doen, maar heeft in het definitief advies van 21 juni 2018 medegedeeld op dit punt geen advies te kunnen uitbrengen.

Naar de commissie begrijpt, is de situatie van verzoeker dusdanig specifiek dat deze niet kan worden vergeleken met andere gevallen, en daarom niet geschikt is voor het uitvoeren van

een zogenoemde Randomized Controlled Trial (RCT). Dit komt aannemelijk voor. Bij een te kleine onderzoeksgroep wordt immers niet meer de effectiviteit van de behandeling bij een bepaalde indicatie gemeten, maar enkel de uitkomst bij een serie individuen. Over de bij verzoeker uitgevoerde operatie zijn wel wetenschappelijke publicaties beschikbaar, die volgens het Zorginstituut voldoende evidence opleveren om te kunnen spreken van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Zoals de ziektekostenverzekeraar terecht heeft opgemerkt, is het Zorginstituut de aangewezen instantie om te beoordelen of zorg tot het verzekerde pakket behoort. De commissie volgt daarom het standpunt van het Zorginstituut voor zover het gaat om de stand van de wetenschap en praktijk en concludeert dat sprake is van een verzekerde prestatie. Een en ander leidt ertoe dat moet worden gekeken of verzoeker een indicatie had voor de door hem ondergane ingreep.

- 9.4. Vast staat dat verzoeker, vóórdat hij de ingreep in München onderging, reeds vijfmaal was geopereerd, waarvan driemaal in Genk, België. De laatste operatie vond plaats in mei 2015. Op 17 september 2015 heeft de behandelend arts in Genk verklaard:

"Voor mij nog altijd duidelijk blijvende posterolaterale instabiliteit. Ik heb aan patiënt uitgelegd dat na een dergelijke correctieve osteotomie het meestal 5 à 6 maanden duurt eer de knie terug zijn normale functie heeft. Het kan zijn dat er binnen 3 à 4 maanden duidelijk veel minder instabiliteitsklachten zijn. Indien dit nog altijd zou zijn, moet er eventueel toch een posterolaterale reconstructie uitgevoerd worden met het lossen van de extra-articulaire augmentatie (...)"

Op 17 december 2015 heeft de arts verklaard:

"We stellen een afwachtende houding voor en een aanpassing van het activiteiten niveau naar wat toelaatbaar is. In principe kan een anterieure closing wedge osteotomie voorzien worden thv de proximale tibia om zo de slope te corrigeren doch dit is majeure chirurgie zonder garanties op succes. Patiënt wil (...) echter hiermee graag doorzetten daar ze dit al dan niet te[z]amen met een laterale augmentatie te Duitsland zouden willen uitvoeren. Zodoende vertrouwen patiënt toe aan hun verdere behandeling (...)"

Gelet hierop was het advies van de behandelend arts in België een afwachtend beleid, met de mogelijkheid dat in de toekomst toch instabiliteit zou blijven bestaan, hetgeen een nieuwe ingreep noodzakelijk maakte. Volgens deze arts bood een volgende ingreep, die hij aanduidt als "majeure chirurgie", geen garantie op succes.

- 9.5. Verzoeker heeft zich vervolgens, met een verwijzing van zijn huisarts, gewend tot de arts in München. Deze arts heeft op 3 februari 2016 over verzoeker verklaard:

"Operation/Therapie am 2.2.2016:

Knie rechts:

- 1. Arthroskopische Resektion stumpf eines künstlichen Kreuzband-Transplantates*
- 2. Entfernung Puddu-Platte*
- 3. Hohe tibiale Umstellungs-Osteotomie mit valgiserender und extendierender Korrektur (Peak-Power-Plate)*
- 4. Posterolaterale Stabilisierung mit modifizierter Larson-Plastik*
- 5. ME Transfix und Tight-Rope-Button*
- 6. Entnahme Semitendinosussehne vom kontralateralen Kniegelenk*

Indikation:

Der Patient berichtet von Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenkes seit den o.g. operativen Maßnahmen, ein subjektives Instabilitätsgefühl beim Laufen und Fußballspielen und zusätzlich belastungsabhängige Schmerzen. Es zeigt sich ein persistierender Varusfehler trotz stattgehabter hoher tibialer Osteotomie von einem persistierenden Varum von 3° sowie eine klinisch und bildgebend gesicherte Insuffizienz der posterolateralen Strukturen. Zusätzlich zeigt sich ein erhöhter tibialer Slope mit 23°. Das vordere Kreuzband-Transplantat zeigt sich MR-tomografisch als auch klinisch insuffizient, wird aber in diesem Eingriff nicht noch zusätzlich adressiert. (...)"

Gelet hierop achtte de behandelend arts een instabiliteit van de knie aanwezig, en was hij van mening dat de eerdere ingrepen niet afdoende waren om tegemoet te komen aan de klachten van verzoeker. Hij oordeelde de ingreep, die hij aansluitend heeft uitgevoerd, aangewezen.


- 9.6. Vast staat dat zowel de arts in België als die in Duitsland verzoeker persoonlijk heeft gezien. Beiden waren van mening dat een volgende ingreep een mogelijkheid vormde voor verzoeker, zij het dat de Belgische arts een afwachtend beleid voorstelde en geen garantie op succes zag in een nieuwe operatie. Gelet op het feit dat de Belgische arts heeft verklaard dat het doorgaans tot zes maanden duurt voordat de knie is hersteld en de vijfde ingreep in Genk is uitgevoerd in mei 2015 en de ingreep in München plaatsvond op 2 februari 2016, heeft verzoeker naar het oordeel van de commissie voldoende tijd genomen alvorens zich wederom te laten opereren. Zoals door het Zorginstituut in het voorlopig advies van 27 juli 2017 is opgemerkt, bestaan voorts geen aanwijzingen dat de therapietrouw in de eerder doorlopen revalidatietrajecten systematisch laag was. De commissie concludeert op basis hiervan dat van conservatieve behandelingen of het aannemen van een (verdere) afwachtende houding geen verbetering van de klachten viel te voorzien.
- 9.7. Ten aanzien van de doelmatigheid heeft de ziektekostenverzekeraar, naast de noodzaak van een afwachtend beleid, waarover onder 9.6 is geoordeeld, aangevoerd dat verzoeker zijn activiteiten dient aan te passen aan de gewijzigde situatie. Met betrekking hiertoe heeft het Zorginstituut gesteld dat niet van verzoeker kan worden gevergd dat hij stopt met het beoefenen van zijn sport, en dat dit geen criterium vormt op grond waarvan de aanspraak kan worden afgewezen. De commissie sluit zich hierbij aan.
- 9.8. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft betoogd dat hij geen instabiliteit van de knie kon verklaren aan de hand van de beschikbare gegevens. Vast staat echter dat hij verzoeker niet heeft gezien, en dat hij tevens geen contact heeft gehad met de behandelend arts in München dan wel de arts in België, die verzoeker beiden wel hebben gezien en hebben vastgesteld dat sprake was van instabiliteit van de knie. Tevens is door verzoeker aangevoerd, en door de ziektekostenverzekeraar niet bestreden, dat de behandelend arts in München is gespecialiseerd op dit gebied, zodat het niet aangaat zonder nadere onderbouwing te stellen dat hij heeft geopereerd zonder dat hiervoor een medische indicatie aanwezig was. Ook voor de suggestie dat de Duitse arts mogelijk een eigen belang heeft omdat hij gebruik heeft gemaakt van de tweede generatie Peak Power HTO Plate mist een deugdelijke onderbouwing.
- 9.9. De commissie heeft begrip voor de - meer algemene - opvatting van de ziektekostenverzekeraar dat het de vraag is of verzekerden onder alle omstandigheden aanspraak dienen te hebben op zorg. Deze discussie, die onder andere speelt rond roken, overgewicht en gevaarlijke sporten, is echter nog niet afgerond, terwijl daarnaast artikel 15, tweede lid, Zvw eraan in de weg staat een verzekerde te confronteren met een eventuele 'eigen schuld'.
- 9.10. Uit het voorgaande volgt dat verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de in het geding zijnde behandeling, voor zover althans deze kosten naar de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Eerder heeft de commissie geoordeeld dat hiervoor aansluiting dient te worden gezocht bij het hoogste passantentarief dat voor de behandeling rechtsgeldig mag worden berekend.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.


Conclusie


- 9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.10 is overwogen.


 9.13. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.10 is overwogen.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

 Zeist, 29 augustus 2018,

 J.A.M. Strens-Meulemeester