



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, vertegenwoordigd door D te E, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Mexico, geneeskundige zorg, intra-arteriële chemotherapie en immunotherapie, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201801095

Zittingsdatum : 9 januari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C te B, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door D te E,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief 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).

De eveneens ten behoeve van verzekerde afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 intra-arteriële chemotherapie en immunotherapie ten behoeve van verzekerde, uit te voeren in Monterrey, Mexico (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 maart 2018 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 1 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 29 juni 2018 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).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 november 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 24 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 20 november 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018054169) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat intra-arteriële chemotherapie met een niet geprotocolleerde, geïndividualiseerde set van chemotherapeutica bij DIPG niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit omdat de gebruikelijke behandeling van DIPG bestaat uit bestraling en niet duidelijk is waar de gevraagde behandeling in Mexico precies uit bestaat. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 december 2018 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 januari 2019 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld nadere (medische) informatie over te leggen ten aanzien van de in Mexico ondergane behandeling van verzekerde. Bij brief van 25 januari 2019 heeft verzoeker de commissie medische informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 29 januari en 13 februari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brieven van 7 en 22 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 4 maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 19 maart 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 21 maart 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 29 maart 2019 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker en zijn partner hebben in september 2017 te horen gekregen dat verzekerde lijdt aan de zeer ernstige aandoening DIPG. Verzekerde was op dat moment zeven jaren oud. De artsen vertelden verzoeker dat de levensverwachting voor verzekerde nog negen tot twaalf maanden zou zijn en dat een genezende behandeling in niet voorhanden is. Na dit vreselijke nieuws te hebben vernomen, heeft verzoeker gezocht naar alternatieven. Na veel informatie te hebben ingewonnen is verzoeker uitgekomen bij een behandeling op maat in Mexico. Het betreft een specifieke behandeling voor kinderen met DIPG door middel van intra-arteriële chemotherapie en immunotherapie. Omdat sommige kinderen na een dergelijke behandeling zelfs tekenen van herstel vertoonden, heeft verzoeker besloten bij de ziektekostenverzekeraar hiertoe een aanvraag in te dienen.
- 4.2. De teleurstelling van verzoeker was groot toen de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afwees. Verzoeker kan zich met het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt dat de voorgestelde behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk niet verenigen. Met name stoort hem dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende onderbouwt waarom

dit het geval is. Kennelijk heeft de ziektekostenverzekeraar bij de betrokken kliniek navraag gedaan en geen concrete informatie gekregen. Verzoeker vraagt zich af hoe het mogelijk is dat een standpunt over de behandeling wordt ingenomen, terwijl voor de ziektekostenverzekeraar noodzakelijke informatie kennelijk ontbreekt.

4.3. Verder kan verzoeker zich niet verenigen met het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling niet spoedeisend is. Verzoeker heeft immers te horen gekregen dat de levensverwachting van verzekerde nog maximaal twaalf maanden zou zijn. Indien dit niet als spoedeisend wordt beschouwd, vraagt verzoeker zich af wat daaronder dan wel wordt verstaan.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Daarnaast is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde op 30 juli 2018 is overleden.

4.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de verzoeker de commissie enkele medische informatie doen toekomen. Deze informatie bestaat onder andere uit:

- de originele röntgenfoto van de scan gemaakt op 29 mei 2018
- een 11-tal discs in verband met de PET-scan
- een behandelverslag zoals dat op 14 januari 2019 aan verzoeker is verstrekt door de behandelend arts.

4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut stelt verzoeker dat hij erg teleurgesteld is in met name de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. Van begin af aan heeft verzoeker het gevoel gekregen dat hij en verzekerde zijn behandeld als een nummer. Elk gevoel van medeleven ontbreekt. Daarnaast wil verzoeker benadrukken dat het hem niet om het financiële aspect gaat. Elke tegemoetkoming die verzoeker zou ontvangen komt ten goede aan een goed doel.

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

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij van verzoeker een aanvraag heeft ontvangen voor een ten behoeve van verzekerde uit te voeren behandeling in Mexico. Volgens de overgelegde stukken betreft het een behandeling met SSIAC (Super Selective Intra-Arterial Chemotherapy) en immunotherapie. Bij SSIAC worden de volgende geneesmiddelen toegepast: Avastin, Lartrubo, Cisplatin, Irinotecan en Yervoy. Om te bepalen of een dergelijke behandeling voor vergoeding in aanmerking komt, dient te worden beoordeeld of deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het kader van deze beoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de behandelaar in Mexico. Naar aanleiding van de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen heeft deze geantwoord dat het behandelteam niet werkt volgens een richtlijn. De resultaten van de behandeling worden niet gepubliceerd in wetenschappelijke literatuur of protocollen. Daarnaast wordt door de kliniek geen inzicht gegeven in welke therapie precies wordt gegeven, welke geneesmiddelen en in welke dosering wordt toegepast, en wat de resultaten tot nu toe zijn. Het enige dat de ziektekostenverzekeraar weet, is dat de behandeling bestaat uit een lage dosis intra-arteriële chemotherapie gecombineerd met immunotherapie en aanvullende behandelingen zoals hoge doses vitamine C, hyperbare zuurstoftherapie, en toediening van verschillende geneesmiddelen. Gezien het voorgaande ontbreekt het bewijs dat de door verzoeker ten behoeve van verzekerde aangevraagde behandeling voldoende effectief is en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast contact gehad met de behandelend medisch specialisten van verzekerde in . Aan hen is onder andere de vraag voorgelegd wat de behandelopties binnen of Europa zijn voor een kind met DIPG en of er studies zijn waaraan verzekerde zou kunnen meedoen. In reactie op deze vragen ontving de ziektekostenverzekeraar het antwoord dat er voor verzekerde nog een optie bestaat voor herbestraling in een palliatieve setting. Daarnaast zijn er in twee studies gaande naar mogelijke behandelingen.

5.3. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker bewust ervoor heeft gekozen verzekerde in Mexico te laten behandelen. Van tijdelijk verblijf in het buitenland waarbij de genoten zorg onvoorzien was, is dan ook geen sprake.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.5. 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' 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; (...)"*

8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.*

*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; (...)"*

8.5. De artikelen A.3.2. 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).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond

van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Medisch specialistische zorg is, als onderdeel van geneeskundige zorg, 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 en 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.

- 8.7. 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzekerde een aanvraag ingediend voor vergoeding van intra-arteriële chemotherapie en immunotherapie vanwege een DIPG (pongsglioom). Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de eerste vraag die beantwoord dient te worden of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde interventie bij de indicatie waarvoor de interventie in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt. Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (dit staat voor: Patient, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om



beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.

9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor ‘Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation’. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde ‘body of evidence’ wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de ‘body of evidence’ waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd (‘downgraden’) respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd (‘upgraden’), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de ‘netto toevoeging’ van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot intra-arteriële chemotherapie en immunotherapie vanwege DIPG (ponsglioom) is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen en de daarop gebaseerde conclusies zijn in het voorlopig advies van 20 november 2018 en het definitieve advies van 19 maart 2019 verwoord. De conclusie van het advies is dat intra-arteriële chemotherapie met een niet geprotocolleerde, geïndividualiseerde set van chemotherapeutica bij DIPG (ponsglioom) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

9.5. Met inachtneming van het voorgaande, en gelet op een arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) kan in bepaalde situaties worden uitgegaan van evidence van lagere orde. Dit betreft met name interventies voor zeer zeldzame aandoeningen of als het ethisch niet verantwoord is om te wachten op voldoende onderzoeksgegevens, bijvoorbeeld voor interventies bij levensbedreigende situaties. Ondanks daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld heeft verzoeker geen evidence van lagere orde overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen in het kader van de eerste beoordeling vragen gesteld aan de behandelaars van verzekerde in Mexico, maar duidelijke antwoorden heeft de ziektekostenverzekeraar hierop niet gekregen. De resultaten van de behandeling worden niet gepubliceerd in wetenschappelijke literatuur en geeft de kliniek geen inzicht in welke therapie precies wordt gegeven, welke geneesmiddelen in welke dosering zijn gebruikt en wat de resultaten zijn die tot nu toe zijn bereikt. Onder deze omstandigheden kan, ondanks dat verzekerde lijdt aan een minder vaak voorkomende, levensbedreigende aandoening, niet worden geconcludeerd dat sprake is van een uitzonderlijke situatie en voldoende evidence van lagere orde. Om die reden neemt de commissie het advies van het Zorginstituut over en maakt zij de conclusie hiervan tot de hare. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 3 april 2019,



H.A.J. Kroon

