

# Commissie adviezen

Verkorte weergave van de in de commissie verstrekkingengeschillen besproken adviezen van de afgelopen zes vergaderingen

## Inhoudsopgave

<b>1. VERGADERING VAN 19 OKTOBER 2006</b>	<b>8</b>
1.1. ZKNR. 26003647 (INDICATIEGESCHIL)	8
<i>In dit advies gaat het om de vraag of er een indicatie voor AWBZ-zorg voor begeleiding in verband met beademing tijdens het vervoer van en naar school gesteld kan worden. Het advies luidt dat hiervoor geen AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd. De begeleiding tijdens het leerlingenvervoer van en naar school behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeente. De in verband met de beademing noodzakelijke verpleegkundige handelingen behoren tot de zorg die valt onder het tweede compartiment.</i>	8
1.2. ZKNR. 26083245 (INDICATIEGESCHIL)	12
<i>In dit geschil geeft het College aan op welke manier de afbakening tussen de functies verpleging en persoonlijke verzorging vormgegeven moet worden. Daarbij is relevant in hoeverre sprake is van het al of niet intact zijn van de huid en in hoeverre er specifieke deskundigheid nodig is om de handelingen te kunnen verrichten. Tevens heeft het College met betrekking tot de functie verpleging een standpunt ingenomen over het begrip 'zelfzorg'.</i>	12
1.3. ZKNR. 26067890 (INDICATIEGESCHIL)	19
<i>In dit geschil staat de vraag centraal of een licht verstandelijk gehandicapte verzekerde in aanmerking komt voor (verlenging van) een indicatie voor verblijf ook met het oog op het realiseren van een setting waarin hij met zijn eveneens licht verstandelijk gehandicapte vriendin en hun dochter kan wonen in de toekomst. Het College benadrukt dat in zo'n geval ook de vraag meegenomen moet worden of er in de toekomstige door verzekerde gewenste woonsituatie ook een indicatie is voor verblijf. Hierbij zal ook moeten worden nagegaan of de vriendin van verzekerde geïndiceerd kan worden voor verblijf.</i>	19
1.4. ZKNR. 26075467 (INDICATIEGESCHIL)	24

---

	<i>In dit geschil adviseert het College om geen overgangperiode meer te hanteren voor een verzekerde die niet is aangewezen op huishoudelijke verzorging, maar die, op basis van een voorlopige voorziening en gelet op het verbod van reformatio in peius, tot zes weken na de beslissing op bezwaar recht heeft op 60 uur huishoudelijke verzorging per week en vervolgens, tot 12 januari 2009, nog op huishoudelijke verzorging klasse 6.</i>	24
1.5.	ZKNR. 26079258 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil staat de vraag centraal of een verzekerde, die in een pleeggezin verblijft, recht heeft op tijdelijk verblijf ten laste van de AWBZ. Verblijf in een pleeggezin is vergelijkbaar met verblijf bij eigen ouders en is totaal iets anders dan AWBZ-verblijf waarvoor strikte voorwaarden gelden. Er is derhalve geen sprake van zorg die op grond van een andere wettelijke regeling kan worden bekostigd.</i>	28
1.6.	ZKNR. 26084415 (VRIJWILLIGE ADVIESAANVRAAG) <i>In dit advies stelt het College vast dat een IVF-behandeling met gebruikmaking van (anonieme) eiceldonatie in beginsel een te verzekeren prestatie is. De bepalingen van de WBMV en de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting gelden alleen binnen Nederland en hebben dus geen invloed op de behandeling, die in het buitenland wordt ondergaan.</i>	31
<b>2.</b>	<b>VERGADERING VAN 16 NOVEMBER 2006</b>	<b>35</b>
2.1.	ZKNR. 26086905 (INDICATIEGESCHIL) <i>Gezien de uitleg van de functie verblijf in de AWBZ, is het naar de mening van het College duidelijk dat deze functie niet bedoeld is om te voorzien in woonvoorzieningen voor kinderen die op basis van een indicatie voor speciaal onderwijs elders in het land naar school gaan, en die dit onderwijs niet of moeilijk zouden kunnen volgen vanwege de afstand tussen ouderlijk huis en school indien er geen residentiële voorziening aanwezig is. Als een verzekerde niet aan de indicatievoorwaarden voor verblijf voldoet, kan geen indicatie voor verblijf afgegeven worden.</i>	35
2.2.	ZKNR. 26079433 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil stelt het College vast dat de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met beademing, onder het tweede compartiment valt. Dit geldt zowel in de situatie dat deze beademing plaatsvindt bij verblijf in een instelling als in de thuissituatie. Tot de noodzakelijke verpleegkundige zorg in verband met beademing behoren in ieder geval handelingen als het uitzuigen van slijm, het aan- en afkoppelen van de apparatuur, en het periodiek verwisselen van de beademingscanule. Gelet op artikel 2, eerste lid Bza kan hiervoor geen AWBZ-zorg worden geïndiceerd.</i>	41
2.3.	ZKNR. 26086538 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil is het College van oordeel dat een verstandelijk gehandicapte verzekerde gelet op zijn beperkingen begeleiding nodig heeft, maar dat hij niet is aangewezen op verblijf; hij kan zelfstandig wonen. Aangezien het niet (meer) indiceren van verblijf bij verzekerden met een (licht) verstandelijke handicap die op dat moment wel in een AWBZ instelling verblijven, tot ongewenste consequenties kan leiden, is een convenant gesloten tussen VWS, ZN en het CVZ om te bereiken dat zo'n verzekerde nog enige tijd in de instelling kan verblijven en op een zorgvuldige wijze naar zelfstandig wonen wordt toegeleid. Het CIZ moet in deze gevallen geen kortdurende indicatie voor verblijf afgeven. Het zorgkantoor dient in overleg met de zorginstelling een naar redelijkheid te bepalen overgangperiode voor verblijf vast te stellen en te bekostigen.</i>	48
2.4.	ZKNR. 26085502 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil legt het College het verschil tussen respijtzorg en uitruil van functies uit. Het College is van oordeel dat de term respijtzorg enkel gebruikt dient te worden voor de situatie waarbij zorg geïndiceerd wordt ter ontlasting van de verzorgers. Er hoeft geen sprake te zijn van bovengebruikelijke zorg. Verder geeft het College aan welke omstandigheden een rol spelen bij het bepalen van een overgangstermijn.</i>	51

2.5.	ZKNR. 26080732 (VRIJWILLIGE ADVIESAANVRAAG) <i>Op de vraag of de kosten van hoogtechnologisch draagmoederschap (HTDM) tot het verzekerde basispakket behoren geeft het College aan dat de kosten van eiceldonatie door de wensmoeder en de kosten van de IVF-behandeling met eiceldonatie bij de wensmoeder niet ten laste van de basisverzekering gebracht kunnen worden</i>	56
2.6.	ZKNR. 26074209 (VRIJWILLIGE ADVIESAANVRAAG) <i>In dit advies geeft het CVZ aan dat de endoveneuze laserbehandeling bij varices (ELVB) (nog) niet kan worden aangemerkt als "gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgenoten" en daarmee niet valt onder de omvang van de geneeskundige zorg, zoals bepaald in het Besluit Zorgverzekering.</i>	60
2.7.	ZKNR. 26073455 (VRIJWILLIGE ADVIESAANVRAAG) <i>In dit advies heeft het College onderzocht in welke gevallen een verzekerde redelijkerwijs op een tweede cochleair implantaat is aangewezen. Op grond van dat onderzoek adviseert het College om een aanvraag voor een tweede cochleair implantaat voorsnog af te wijzen en alleen bij postmeningitis-dooftheid plaatsing van het inwendige deel bij beide oren toe te staan.</i>	65
2.8.	25071186 (VERSTREKKINGENGESCHIL) <i>In dit geschil speelt de vraag wanneer een verzekerde is aangewezen op een tweede BAHA. Voorwaarde is dat de verbetering van richtinghoren, spraakverstaan in ruis en "natuurlijk horen" tenminste objectiveerbaar klinisch relevant is. Dit kan getest worden met behulp van een klassieke beengeleider. Ook uit de toepassing van een gewoon hoortoestel op het betreffende oor kan een en ander worden afgeleid.</i>	69
2.9.	26030244 (VERSTREKKINGENGESCHIL) <i>De vraag is of een verzekerde tijdens vakantie in Spanje aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van vervoer naar de zorgverlener. Ondanks het bepaalde in de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in het arrest Herrera, moet toch nog worden onderzocht of de kosten van vervoer als verstrekking voorkomen in de Spaanse ziektekostenregeling.</i>	73
<b>3.</b>	<b>VERGADERING VAN 14 DECEMBER 2006</b>	<b>76</b>
3.1.	ZKNR. 26088428 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil komt de vraag aan de orde of een operatieve behandeling van een carpaaltunnelsyndroom gerekend moet worden tot een algemeen aanvaarde mogelijkheid om beperkingen op te heffen en of het gegeven, dat verzekerde weigert de operatie te ondergaan, een reden mag zijn om een indicatie te weigeren.</i>	76
3.2.	ZKNR. 26080200 (INDICATIEGESCHIL) <i>In deze zaak speelt de vraag of een indicatie gesteld kan worden indien een jaar na een toestemmingsbeschikking voor een woningaanpassing op basis van de WVG daarvan nog geen gebruik is gemaakt. Het College merkt op dat een verzekerde verplicht is gebruik te maken van de mogelijkheden om zijn beperkingen die leiden tot de zorgbehoefte, weg te nemen en dat het niet gebruik maken van de aanwezige mogelijkheden daarom in beginsel niet kan leiden tot een aanspraak op AWBZ-zorg.</i>	78
3.3.	ZKNR. 2626083865 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil is de vraag aan de orde of er een indicatie voor AWBZ zorg (ondersteunende begeleiding en/of activerende begeleiding) gesteld kan worden bij een verzekerde met transgenderproblematiek, die 2 jaar daarvoor een geslachtsveranderende behandeling heeft ondergaan.</i>	83
3.4.	ZKNR. 26094752 (INDICATIEGESCHIL) <i>In dit geschil komt onder andere de vraag aan de orde of het CIZ huishoudelijke verzorging moet indiceren zodat zicht kan komen op de vraag naar de veiligheid van de kinderen in het gezin. Aangezien de in staat geacht wordt deze taken over te nemen, is daarvoor terecht geen indicatie gesteld. Daarnaast is het de taak van Jeugdzorg bij opgroei of opvoedingsproblemen ondersteuning te bieden. Het College is echter wel van mening dat het CIZ</i>	86

	<i>nog nader onderzoek moet doen om te kijken of in het gezin op en andere manier een oplossing gevonden kan worden voor de ernstig ontregelde situatie.</i>	86
3.5.	ZKNR. 25107859 ( VERSTREKKINGENGESCHIL) <i>Dit geschil gaat over de vraag hoe de financiering van diverse onderdelen van omgevingsbesturing is geregeld. Als een verzekerde een AWBZ indicatie heeft voor behandeling en verblijf heeft hij op grond van artikel 15 Bza aanspraak op het basissysteem en de daarbij behorende installatiekosten. Gezien de aanmerkelijke kosten, die nodig zijn om het basissysteem aan de persoonlijke omstandigheden van een verzekerde aan te passen, is er geen sprake van een outillagemiddel.</i>	90
3.6.	ZKNR. 26060612 ( VERSTREKKINGENGESCHIL) <i>Dit geschil gaat over de vraag hoe de financiering van diverse onderdelen van omgevingsbesturing is geregeld. Als een verzekerde alleen een AWBZ indicatie heeft voor verblijf heeft hij op grond van de Regeling Hulpmiddelen (ZFW) aanspraak op het basissysteem en de daarbij behorende installatiekosten. Gezien de aanmerkelijke kosten, die nodig zijn om het basissysteem aan de persoonlijke omstandigheden van een verzekerde aan te passen, is er geen sprake van een outillagemiddel.</i>	94
3.7.	ZKNR. 26061391 (VRIJWILLIGE ADVIESAANVRAAG) <i>In dit advies stelt het College vast dat een TESE behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en daarmee behoort tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Indien voor de behandelingen een indicatie bestaat, komen de kosten van de TESE behandeling ten laste van de verzekering van de man, de IVF/ICSI kosten ten laste van de verzekering van de vrouw. Ten gevolge van het nog geldende moratorium voor ICSI met TESE mag TESE al dan niet met IVF/ICSI in Nederland alleen verricht worden in het kader van wetenschappelijk onderzoek conform het Planningsbesluit WBMV.</i>	99
<b>4.</b>	<b>VERGADERING VAN 22 MAART 2007</b>	<b>109</b>
4.1.	ZKNR. 26103594 (INDICATIEGESCHIL) <i>In het onderhavige geval heeft verzekerde, ondanks haar somatische aandoening en de daaruit voortvloeiende beperkingen, geen regieproblemen en kan zij adequaat alarmeren. Het College is van oordeel dat verzekerde om die reden niet is aangewezen op verblijf in verband met een beschermende woonomgeving of permanent toezicht en evenmin in verband met een therapeutisch leefklimaat. De zorg waarop verzekerde is aangewezen kan thuis geleverd worden, er van uitgaande dat deze zorg kwalitatief verantwoord is. Aangezien verzekerde geen indicatie heeft voor verblijf, is een beoordeling van de doelmatigheid ten opzichte van verblijf niet aan de orde.</i>	109
4.2.	ZKNR. 2704661 (INDICATIEGESCHIL) <i>In geschil is de vraag aan de orde of een verzekerde met de grondslag verstandelijke handicap en geïndiceerd voor verblijf, voor zijn geneeskundige zorg is aangewezen op de functie behandeling als bedoeld in artikel 8 Bza danwel op de geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en die als verzekerde prestatie is geregeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. De functie behandeling in de AWBZ is aangewezen als er complexe (multi) problematiek bestaat waarbij specifieke deskundigheid van bijvoorbeeld een arts voor verstandelijke gehandicapten, een gedragswetenschapper of paramedicus met specifieke kennis noodzakelijk is. Het doel is veelal voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of van het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. De problematiek is dermate complex dat substantiële en duurzame coördinatie, regie en supervisie van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn.</i>	116
4.3.	ZKNR. 27006598 (INDICATIEGESCHIL) <i>In deze zaak is de vraag aan de orde of verzekerde in aanmerking komt voor OB-dag ter vervanging van deelname aan werk, of dat werk in Wsw-verband</i>	120

	<i>voorliggend is. Het College is van oordeel dat de Wsw een wettelijke regeling is, als bedoeld in artikel 2, eerste lid BZA. Dit betekent dat een Wsw-werkvoorziening voorliggend is op OB-dag ter vervanging van deelname aan het arbeidsproces. Om te kunnen vaststellen of verzekerde aanvullend of vervangend in aanmerking komt voor OB-dag, dient eerst door het CWI te worden vastgesteld dat verzekerde geen (gedeeltelijke of volledige) indicatie heeft voor de Wsw. In onderhavige geval is geen sprake van een dusdanig ernstige handicap, dat een beoordeling in het kader van de Wsw achterwege kan blijven.</i>	120
4.4.	ZKNR. 26090180 (ADVIESAANVRAAG ZVW) <i>High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU) bij gelokaliseerde prostaatkanker is nog niet als een te verzekeren prestatie te beschouwen.</i>	124
4.5.	ZKNR. 26090180 (ADVIESAANVRAAG ZVW) <i>IntraDiscal Electrothermal Therapy (IDET) bij lage rugpijn is nog niet als een te verzekeren prestatie te beschouwen.</i>	130
4.6.	ZKNR. 26090180 (ADVIESAANVRAAG ZVW) <i>Neuromodulatie als therapie bij refractaire angina is als een te verzekeren prestatie te beschouwen.</i>	134
<b>5.</b>	<b>VERGADERING VAN 19 APRIL 2007</b>	<b>139</b>
5.1.	ZKNR. 26077295 (ADVIESAANVRAAG ZVW) <i>Gecombineerde behandeling van lymfosuctie en compressietherapie alleen een te verzekeren prestatie bij patiënten met secundair lymfoedeem van de arm na een behandeling voor mammacarcinoom bij wie conservatieve behandeling faalt.</i>	139
5.2.	ZKNR. 26044835 (ADVIESAANVRAAG ZVW) <i>Peri-radiculaire therapie (PRT) en facetbehandeling door middel van injecties in chronische gevallen geen te verzekeren prestatie.</i>	144
5.3.	ZKNR. 27000691 (INDICATIEGESCHIL) <i>In deze zaak is de vraag aan de orde of verzekerde in aanmerking komt voor ondersteunende begeleiding in dagdelen. Verzekerde is minder gaan werken met gebruikmaking van een seniorenregeling en wil ter invulling van haar toegenomen vrije tijd in aanmerking komen voor drie dagdelen ondersteunende begeleiding. Het College is van oordeel dat werk in het kader van de Wsw in beginsel altijd voorliggend is op ondersteunende begeleiding in dagdelen ter vervanging van deelname aan het arbeids-proces. Een verzekerde die geen gebruik wil maken van de Wsw terwijl het CWI daar wel een indicatie voor heeft afgegeven, is dan ook niet aangewezen op AWBZ-zorg. Een uitzondering op deze algemene regel is echter gelegen in de voor deze sector geldende arbeidsvoorwaarden, die een verzekerde de keuzevrijheid geven om op grond van zijn leeftijd een flexibel dienstverband aan te gaan met behoud van inkomen. Het beroep dat een verzekerde dan vervolgens voor zijn dagbesteding doet op AWBZ-zorg, kan niet worden afgedaan met verwijzing naar de Wsw als wettelijk voorliggende voorziening maar moet binnen het eigen beoordelingskader van het CIZ worden beoordeeld. Aangezien er in dit geval aanwijzingen zijn dat een 20-urige werkweek voor verzekerde te belastend is en dat deelname aan voorliggende voorzieningen zoals vrijwilligerswerk niet haalbaar is, is het College van oordeel dat verzekerde in dit geval wel aanspraak kan maken op ondersteunende begeleiding in dagdelen als vervanging voor werk, en dat het CIZ nader onderzoek moet doen in hoeverre verzekerde nog in Wsw-verband kan of zou kunnen werken.</i>	147
5.4.	ZKNR. 27005909 (INDICATIEGESCHIL) <i>Het College heeft gesignaleerd dat in de praktijk veel onduidelijkheid bestaat over het psychosociaal probleem als grondslag voor de indicatie voor AWBZ-zorg. In dit advies heeft het College daarom een beoordelingskader geformuleerd om te verhelderen wanneer het psychosociaal probleem als grondslag kan worden gehanteerd. In dit kader wordt, kort samengevat, uiteengezet dat in de eerste plaats moet worden vastgesteld dat er sprake is</i>	152

van psychosociale problemen die leiden tot ernstige ontwrichting van de verzekerde in relatie tot zijn omgeving. Vervolgens moet worden bezien of de psychosociale problematiek kan worden teruggevoerd op een andere grondslag dan de psychosociale grondslag. Als de problematiek voortkomt uit een andere, onderliggende grondslag, dan is die grondslag (meestal de grondslag psychiatrie, psychogeriatricie of verstandelijke handicap) bepalend. Als de psychosociale problematiek niet kan worden teruggevoerd op een andere grondslag, kan verzekerde op grond van een psychosociale grondslag zijn aangewezen op AWBZ-zorg, mits vaststaat dat de beperkingen niet (voldoende) door verzekerde zelf, en/of door middel van andere hulpverleningsmogelijkheden kunnen worden opgeheven.

		152
5.5.	ZKNR. 27008726 (INDICATIEGESCHIL)	155
	<i>In dit geschil werd een uitbreiding van de bestaande indicatie gevraagd in verband met de overgang van verzekerde van ZMLK naar dagbesteding. De indicatiebeoordeling vond vervolgens integraal plaats waarbij volgens de ouders ten onrechte geen rekening werd gehouden met de nieuwe toekomstige woonsituatie van hun dochter ('begeleid zelfstandig wonen'). Het College heeft aan de hand van de nieuwe Beleidsregels indicatiestelling AWBZ (het afwegingskader) nog eens uitvoerig uiteengezet welke stappen er zijn te nemen in het indicatieonderzoek. Het onderzoek is in beginsel een momentopname die zich richt op de actuele (medische) situatie van verzekerde, zowel wat betreft aard en mate van beperkingen als omgevingsfactoren waaronder de huidige woonsituatie. Een voorzienbare toekomstige wijziging in de omstandigheden van verzekerde, die mogelijk leidt tot een andere (nieuwe) zorgvraag, kan in beginsel niet meegenomen worden bij een voorliggende indicatiebeoordeling. Uiteraard betekent dit niet dat nooit rekening kan worden gehouden met veranderende woonomstandigheden bij een verzekerde. De vraag is in dat verband hoe concreet deze plannen zijn, op welke termijn een en ander gerealiseerd gaat worden en of de zorgbehoefte in de nieuwe woonsituatie al is vast te stellen. Daarbij is ook van belang met welk doel de herindicatie wordt gevraagd. In dit geval is terecht nog geen rekening gehouden met de op termijn te realiseren zelfstandige woonsituatie van verzekerde voorzover deze van invloed zal zijn op haar huidige zorgbehoefte. Er zal immers sprake zijn van een voor verzekerde ingrijpende wijziging, waarvan nog niet vaststaat tot welke zorgbehoefte deze zal leiden. Zo zal in kaart moeten worden gebracht welke (mantel-) zorg/begeleiding de ouders thans geven en of hiervoor in de toekomstige situatie AWBZ-zorg kan worden geïndiceerd. Over de betwiste geldigheidsduur van het indicatiebesluit heeft het College opgemerkt dat deze aan de hand van de in de beleidsregels gestelde criteria moet worden beoordeeld.</i>	155
<b>6.</b>	<b>VERGADERING VAN 16 MEI 2007</b>	<b>162</b>
6.1.	ZKNR. 27013933 (ADVIESAANVRAAG ZVW)	162
6.2.	ZKNR. 27007602 (ADVIESAANVRAAG ZVW)	164
6.3.	ZKNR. 26101874 (ADVIESAANVRAAG ZVW/AWBZ)	170
6.4.	ZKNR. 27019882 (INDICATIEGESCHIL)	173
6.5.	ZKNR. 27024837 (INDICATIEGESCHIL)	178

**Uitgave:**  
 College voor zorgverzekeringen  
 Postbus 320  
 1110 AH Diemen

de korte termijn effecten te kunnen vergelijken met de 'gouden standaard behandeling' maar ook die op de lange termijn. Tenslotte moet sprake zijn van harde uitkomstmaten. Uitgaande van de normen voor 'best evidence' moet dan ook worden geconcludeerd dat de EVLB nog niet kan worden aangemerkt als een behandeling die gebruikelijk is in de kring van de beroepsgenoten, nu er voor deze behandeling geen RCT's zijn die voldoen aan de daaraan te stellen voorwaarden.

### **Juridische beoordeling**

De vraag die beantwoord moet worden is of de endoveneuze laserbehandeling ter behandeling van varices tot de verzekerde prestaties krachtens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving behoort.

Op basis van de toepasselijke regelgeving en het hiervoor weergegeven advies van de medisch adviseur is het College van mening dat de endoveneuze laserbehandeling ter behandeling van varices (nog) niet kan worden aangemerkt als "gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgenoten" en daarmee niet valt onder de omvang van de geneeskundige zorg, zoals bepaald in het Besluit Zorgverzekering.

### **Advies van het College**

Het College adviseert u bovenvermeld advies te betrekken in een eventuele beslissing naar verzekerden.

## **2.7. Zknr. 26073455 (Vrijwillige adviesaanvraag)**

*In dit advies heeft het College onderzocht in welke gevallen een verzekerde redelijkerwijs op een tweede cochleair implantaat is aangewezen. Op grond van dat onderzoek adviseert het College om een aanvraag voor een tweede cochleair implantaat vooralsnog af te wijzen en alleen bij postmeningitis-dooftheid plaatsing van het inwendige deel bij beide oren toe te staan.*

### **Uw adviesaanvraag**

U wilt advies over de vraag of er medische indicaties zijn voor de implantatie van een tweede cochleair implantaat. U hebt naar aanleiding van een specifieke aanvraag hiervoor ten behoeve van een 20-jarige vrouw in de Universiteitskliniek van Aken zelf contact opgenomen met een collega van het Leidse Cochleaire Implantatieteam (CIRCLE) van het LUMC en gevraagd naar eventuele medische indicaties voor een tweede CI. Hij vertelde u dat er hierover geen officiële documenten/protocollen bestonden en dat volgens hem de enige harde medische indicatie de postmeningitis doofheid was. Hij noemde het een grijs gebied, waarover de meningen sterk verdeeld waren. Vervolgens hebt u ook nog geïnformeerd bij collega Snik van het Radboud Ziekenhuis. Deze vertelde u dat er dit jaar vanuit de lokale component (extra middelen) bij 10 kinderen een CI geïmplantéerd zou worden om onderzoek te doen in hoeverre een tweede CI kosten-effectief is. Waarschijnlijk zou dit pas het geval zijn als het tweede CI voor 20% van de kosten van het eerste zou kunnen worden geleverd en hierover werd al onderhandeld met de fabrikant. Tot nu toe zonder resultaat, geen enkele korting op een tweede CI. Volgens hem zou een tweede CI wel eerder koste-effectief zijn bij kinderen die nog de taal moeten verwerven, omdat zij daardoor eerder in aanmerking zouden kunnen komen voor gewoon onderwijs.

Volgens de website van de Nederlandse KNO-vereniging wordt in principe één CI geïmplantéerd en in welk oor hangt af van een aantal factoren, dat per CI-team en per kandidaat kan verschillen.

### **Wet- en regelgeving**

In dit advies zijn de volgende bepalingen van belang.

### Zorgverzekeringswet (Zvw) en Besluit zorgverzekering (Bzv)

- Artikel 10, onder a Zvw. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.
- Artikel 11, derde lid Zvw bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Bzv.
- Artikel 2.1.1 Bzv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.
- Artikel 2.1.2 Bzv regelt 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.
- Artikel 2.1.3 Bzv regelt dat onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- In de Nota van Toelichting bij het Bzv is het volgende opgemerkt: De inhoud en omvang van de zorgvormen worden niet alleen bepaald door de omschrijvingen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 maar ook door het tweede lid van artikel 2.1. Dit tweede lid, samen met de woorden "plegen te bieden" in de artikelen 2.4 en verder (de te verzekeren prestaties), is een geactualiseerde vertaling van het gebruikelijkheids criterium zoals dat op grond van de Ziekenfondswet voor de huisartsen- en de medisch-specialistische zorg was geregeld.

### **Medische beoordeling**

Voor een medische beoordeling van de vraag heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

#### *Cochleair implantaat*

Sinds ongeveer 10 jaar wordt, mede op basis van een rapportage van de ZFR naar aanleiding van een onderzoek, dat in het kader van de Ontwikkelingsgeneeskunde had plaatsgevonden, de plaatsing van één cochleair implantaat als gebruikelijke zorg aangemerkt. Het is daarmee een te verzekeren prestatie voor de indicatie: zeer ernstige dubbelzijdige doofheid bij kinderen en volwassenen. De vraagstelling betreft dus geen vraag naar de gebruikelijkheid van de behandeling maar een naar de doelmatigheid van een tweede implantaat.

Inmiddels wordt er sinds enige jaren op incidentele basis en doorgaans in een onderzoeksetting, ook wel tweezijdig geïmplanteerd met de huidige apparatuur. Met oudere apparatuur is er in het verleden ook al wel dubbelzijdig geïmplanteerd, echter zonder goede resultaten, waarna langere tijd weer alleen éenzijdig is geïmplanteerd.

De populatie van patiënten, die potentieel in aanmerking komt voor een tweede cochleair implantaat, kan in drie subgroepen ingedeeld worden:

- Kinderen met een aangeboren ernstige dubbelzijdige doofheid in de pre-linguale fase (jonger dan = ongeveer 4,5 jaar), bij wie het gehoor dus nog niet (uit)ontwikkeld is.
- Kinderen met een aangeboren dubbelzijdige doofheid ouder dan 4,5 jaar met of zonder al één cochleair implantaat, die dus nooit een normale gehoorsontwikkeling hebben kunnen doormaken. Dit is in Nederland een afnemend indicatiegebied, omdat waarschijnlijk deze groep in de tijd steeds kleiner zal worden (hooguit nog spijtoptanten, mensen waarvan de ouders om allerlei redenen ze als kind niet hebben laten opereren).
- Kinderen en volwassenen met een verworven ernstige dubbelzijdige doofheid, waarbij er waarschijnlijk een subgroep moet worden onderscheiden = 4,5 jaar oud. Bij de hoofdgroep is in principe sprake (geweest) van een normale gehoorsontwikkeling, bij de subgroep echter maar ten dele, afhankelijk van het moment van doof worden.

### *Literatuuronderzoek*

Op 8 augustus 2006 is een literatuuronderzoek verricht naar de toegevoegde waarde van een tweede cochleair implantaat<sup>10</sup>. Gezien de snelle technische ontwikkelingen is de searchperiode beperkt tot de laatste 5 jaar.

De search leverde 49 publicatie op, waarvan er 31 bruikbaar zijn voor verdere analyse<sup>11</sup>.

Uit het literatuuronderzoek blijkt niet, dat er bij één van de drie hierboven genoemde indicatiegroepen een prospectief gerandomiseerd onderzoek is gepubliceerd naar de meerwaarde van een tweede cochleair implantaat ten opzichte van een enkelzijdige implantatie.

Ook zijn geen vergelijkende cohort onderzoeken gevonden, er zijn alleen retro- en prospectieve series en cohort onderzoeken waarin patiënten over het algemeen hun eigen controle zijn.

Een verdere beperking is dat de daarin gebruikte uitkomstmaten veelal intermediaire effectmaten betreffen zoals de mate van richting herkenning en spraak- of woordherkenning tijdens ruis, en dat dit alleen onder laboratoriumomstandigheden in een geluidsstudio maar niet in een "real life situation" is gemeten.

Er zijn nog geen onderzoeken gepubliceerd, waarbij is gekeken naar "harde" uitkomstmaten zoals verbetering in schoolprestaties of maatschappelijk functioneren. Deze intermediaire effectmaten zijn dus ook niet voor tweede cochleaire implantaten gevalideerd.

Er is één modellerings onderzoek naar de kosten van de eventuele verbetering van de kwaliteit van leven (34). De conclusie luidt dat voor alle indicaties er zeker geen sprake zal zijn van een acceptabele kosten-effectiviteit.

Daarnaast is ook gezocht naar standpunten van overheidsorganisaties, HTA-organisaties en (sociale verzekerings-) ziektekostenverzekeraars in het buitenland.

- Overheidsorganisaties in zowel Zweden, als Duitsland en de VS beschouwen een tweede implantaat (nog) niet als een gebruikelijke en doelmatige behandeling.
- HTA-organisaties: er zijn geen publicaties van Cochrane of andere systematische reviews, die aangeven dat er sprake is van gebruikelijke en doelmatige zorg.
- Twee grote particuliere zorgverzekeraars (Aetna en CIGNA) beschouwen het ook nog als experimentele zorg in die zin dat de meerwaarde nog niet vaststaat.

### *Praktijksituatie*

In Duitsland wordt op incidentele basis soms een tweede cochleair implantaat geplaatst ten laste van de sociale ziektekostenverzekering. Dit wil niet zeggen dat een tweede cochleair implantaat in Duitsland onder de verzekeringsaanspraak valt. Door een specifieke financieringssysteem kunnen de kosten soms niet afgewezen worden. Het is daarmee echter nog geen algemeen geaccepteerde behandelingsmethode, die door de Duitse sociale ziektekostenverzekering gedekt wordt.

Ook in Nederland wordt incidenteel in onderzoeksverband een tweede cochleair implantaat geplaatst bij een strikt geselecteerde patiëntengroep. Het betreft hier eveneens een uitzonderlijke financieringsregeling, die geldt voor zorg door academische ziekenhuizen. Hierdoor is het nu mogelijk dat bijvoorbeeld in het UMCN St. Radboud al een aantal kinderen met een specifieke indicatie (in een onderzoeksverband) een tweede implantaat krijgen ten laste van een daarvoor geormerkt deel van het budget. Dit leidt ertoe dat de kosten van deze zorg niet op de individuele verzekerde of zijn verzekeraar verhaald worden, maar als algemene kostenpost verdeeld worden over in principe alle nota's via de sluittarieven.

---

<sup>10</sup> Zoektermen: "bilateral cochlear implants" OR "bilateral cochlear Implantation" OR bilateral cochlear implant"; "Cochlear Implantation/methods" AND bilateral

<sup>11</sup> De overige betroffen:

- dierexperimenteel onderzoek (42)
- operatietechniek en obductiegegevens (4,5a,22,27,43,44,4a,5a)
- soft- en hardware aanpassingen (1,2,5,11,15)
- gebruik onder extreme omstandigheden (25)
- een mening peiling onder KNO-artsen (7,31)
- verouderde literatuur (40,41)

Op deze wijze komt de verrichting niet tot een aparte declaratie en komt er derhalve geen discussie over een eventuele aanspraak. Uit deze speciale financieringsregeling kan evenmin de conclusie getrokken worden dat een tweede cochleair implantaat al tot de verzekerde prestatie behoort

### *Beschouwing*

Destijds, toen de implantatie van cochleaire implantaten gebruikelijk werd, werd slechts éénzijdig geïmplanteerd. Dit sloot qua aanspraak ook goed aan bij de (beperkende) criteria die eerder al voor audiologische hulpmiddelen golden en die geformuleerd zijn op basis van kosten-effectiviteitsoverwegingen. Een tweede implantaat was toen niet aan de orde. Nu buiten apart gefinancierde implantaties in onderzoeksverband om in toenemende mate behoefte lijkt te ontstaan om tweezijdig geïmplanteerd te worden, dient zich de vraag aan of bij bepaalde verzekerden de mate van verbetering in het horen zodanig is, dat geconcludeerd kan worden dat deze verzekerden redelijkerwijs op een tweede cochleair implantaat zijn aangewezen.

Bij een cochleair implantaat is, in tegenstelling tot een BAHA, niet van te voren te toetsen of een tweede plaatsing een meerwaarde zal hebben in die zin dat er sprake is van een duidelijke klinisch relevante verbetering van richtinghoren en spraakverstaan. Dat brengt met zich mee dat de inschatting of hiervan sprake zou kunnen zijn uit onderzoeksverband zal moeten blijken. Vanuit deze invalshoek is de gevonden literatuur beoordeeld.

Uit de 31 artikelen kan geconcludeerd worden dat in een laboratoriumsetting:

- het vermogen om te horen uit welke richting geluid komt slechts toeneemt voor een beperkt deel der patiënten en dat de toename niet klinisch relevant is. Een aanzienlijk deel van de patiënten blijkt met één implantatie ook al een goede richtingsdiscriminatie te bereiken.
- de mogelijkheid tot een betere onderscheiding van woorden (spraakverstaan) eveneens maar voor een beperkt deel van de groep toeneemt en de toename gering is.
- bij patiënten met aangeboren of vroeg ontstane doofheid een tweede implantaat vrijwel nooit lijkt te leiden tot een zinvolle gehoorsverbetering.

Deze effecten zijn buiten de laboratoriumsetting niet gemeten, maar het is niet waarschijnlijk dat zij in een real life situatie beter zullen zijn.

Bij vroeg ontstane doofheid, veroorzaakt door een ontsteking (postmeningitis doofheid), is het medisch technisch nodig om zo snel mogelijk bij beide oren het inwendige deel in te brengen om te garanderen dat in ieder geval op één van de twee implantaten het uitwendige deel (de processor) aangesloten kan worden. Door de ontsteking treedt er namelijk littekenvorming en verbening op, waardoor het later inbrengen van het inwendige deel niet meer mogelijk is. En bij jonge kinderen kan het inwendige deel nog wel eens losraken of uitgroeien, waardoor het andere oor gebruikt zou kunnen worden. Deze handelwijze staat echter staat los van vraag of aansluitend een tweede uitwendig deel (processor) aangewezen is.

### *Conclusie*

Het antwoord op de vraag of een tweede cochleair implantaat redelijkerwijs is aangewezen (klinisch relevante verbetering van richtinghoren en spraakverstaan) kan volgens de geraadpleegde literatuur bij geen van de drie hierboven onderscheiden doelgroepen bevestigend worden beantwoord. Evenmin is bij een individuele verzekerde met voldoende zekerheid vooraf vast te stellen dat deze voor hem of haar een duidelijke klinisch relevante verbetering geeft.

### **Juridische beoordeling**

De vraag die beantwoord moet worden is in welke gevallen implantatie van een tweede cochleair implantaat redelijkerwijs is aangewezen.

Gelet op het advies van de medisch adviseur gaat het potentieel om de volgende populatie van verzekerden:

- kinderen met een aangeboren ernstige dubbelzijdige doofheid in de pre-linguale fase (jonger dan = ongeveer 4,5 jaar)
- kinderen met een aangeboren dubbelzijdige doofheid ouder dan 4,5 jaar
- kinderen en volwassenen met een verworven ernstige dubbelzijdige doofheid,

De vraag of een tweede cochleair implantaat voor deze drie groepen aangewezen is, moet naar het oordeel van de medisch adviseur negatief beantwoord worden. Uit de huidige wetenschappelijke literatuur blijkt dat de mate van verbetering van de gehoorsfunctie in het algemeen te beperkt is en in het individuele geval onvoldoende voorspelbaar is, om te oordelen dat bovenstaande groepen redelijkerwijs zijn aangewezen op een tweede cochleair implantaat ten laste van de Zorgverzekering.

Voor de volledigheid merkt het College nog op dat gezien het advies van de medisch adviseur alleen bij postmeningitis-dooftheid plaatsing van het inwendige deel bij beide oren aangewezen is.

### **Advies van het College**

Op grond van het vorenstaande adviseert het College u om een aanvraag voor een tweede cochleair implantaat vooralsnog af te wijzen en alleen bij postmeningitis-dooftheid plaatsing van het inwendige deel bij beide oren toe te staan.

## **2.8. 25071186 (Verstrekkingsgeskil)**

*In dit geschil speelt de vraag wanneer een verzekerde is aangewezen op een tweede BAHA. Voorwaarde is dat de verbetering van richtinghoren, spraakverstaan in ruis en "natuurlijk horen" tenminste objectiveerbaar klinisch relevant is. Dit kan getest worden met behulp van een klassieke beengeleider. Ook uit de toepassing van een gewoon hoortoestel op het betreffende oor kan een en ander worden afgeleid.*

### **Het geschil**

De KNO-arts heeft op 10 januari 2005 voor verzekerde verzocht om een vergoeding te willen overwegen voor een tweede BAHA-aanpassing. Verzekerde, een man van 26 jaar, heeft een verworven slechthorendheid aan beide oren. De revalidatie met de eerste BAHA aan het linkeroor in 2002 is goed verlopen. Om spraakverstaan in rumoer te realiseren en gezien het grote belang van richtinghoren bij zijn werk als vrachtwagenchauffeur, moet verzekerde aan het rechteroor ook een hoortoestel dragen. In 2003 was eenzelfde aanvraag voor een tweede BAHA-aanpassing van de klinisch-fysicus-audioloog reeds eerder door u afgewezen. Inmiddels is gebleken dat het dragen van een luchtgeleidingshoortoestel bij verzekerde herhaaldelijk heeft geleid tot een onrustige radicaalholte. Een dergelijk hoortoestel is dus medisch gecontra-indiceerd. Volgens de KNO-arts is een tweede BAHA-aanpassing aangewezen. De aanvraag heeft u opnieuw afgewezen, omdat op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 geen vergoeding kan worden verleend voor een BAHA beiderzijds. Daarnaast wordt er volgens het Reglement Hulpmiddelen van uw ziekenfonds geen toestemming verleend voor vergoeding van deze zorgvoorziening wanneer deze bestemd is voor het gebruik op de werkplek. Dergelijke hulpmiddelen komen krachtens de wet REA voor vergoeding in aanmerking.

Verzekerde heeft tegen deze beslissing een bezwaarschrift ingediend. Tijdens de hoorzitting heeft hij aangegeven dat een tweede BAHA-hoortoestel veel goedkoper zou zijn en met name ook veel prettiger dan de herhaaldelijke pijnlijke operaties en ontstekingen die zich anders zullen blijven voordoen.

U blijft het gevraagde afwijzen omdat verzekerden op grond van de Regeling slechts aanspraak hebben op één hoortoestel van het type BAHA.

### **Wet- en regelgeving**

In dit geschil zijn de volgende bepalingen van belang.

Tot 1 januari 2005 was in artikel 2, eerste lid onder d.d. juncto artikel 29, vierde lid van de Regeling hulpmiddelen 1996 de aanspraak geregeld op een hoortoestel dat kan worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel). Sinds 1 januari 2005 is de eerste verstrekking van het uitwendige deel van het BAHA-hoortoestel onderdeel van de aanspraak op medisch-specialistische zorg. De aanspraak op grond van de Regeling is vanaf die datum beperkt tot alleen de vervanging van deze hoortoestellen. Met deze wijziging heeft de Minister de aanbeveling uit het signaleringsrapport CVZ 2003 opgevolgd om uit te gaan van toepassing van de geïntegreerde verstrekking medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis, die in het jaar 2000 was ingegaan.

Op grond van artikel 8, eerste lid, onder a en c, van de Ziekenfondswet hebben verzekerden aanspraak op medisch-specialistische zorg ter voorziening in hun geneeskundige verzorging. Op basis van het derde lid van artikel 8 Ziekenfondswet is de inhoud en omvang van deze aanspraak nader uitgewerkt in artikel 12 en 13, eerste lid, onder a, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Medisch-specialistische zorg omvat genees-, heel-, en verloskundige zorg, naar de omvang bepaald door hetgeen in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk is.

### **Historie**

Op 26 september 2002 heeft het College het rapport 'Vereenvoudiging en verruiming indicatiecriteria hoortoestellen' uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (publicatienummer 02/119). In dit rapport concludeerde het CVZ dat de resultaten van de systematische review, retro- en prospectieve studie (PACT: Platform for Audiological Clinical Testing) een (wetenschappelijke) onderbouwing geven aan de meerwaarde van een stereofonische aanpassing. Naast de gevonden meerwaarde van een stereofonische aanpassing bleek uit de systematische review dat wetenschappelijk is aangetoond dat de restcapaciteit van een slechthorend oor onomkeerbaar achteruit gaat indien het oor onvoldoende geluids aanbod krijgt (deprivatie-effect). Dit verschijnsel pleit voor een aanpassing *per oor* (35dB). Deze conclusie was gebaseerd op het PACT-onderzoek 'de meerwaarde van een tweezijdige aanpassing met hoortoestellen'. De minister heeft dit advies om budgettaire redenen nooit overgenomen.

Het College heeft destijds gekeken of deze conclusie ook zou kunnen gelden voor de BAHA-hoortoestellen, alhoewel dat niet in het PACT-onderzoek was meegenomen. Op basis van "Nijmeegs" onderzoek is destijds aangenomen dat ook bij BAHA-hoortoestellen tweezijdige aanpassing meerwaarde heeft (Bosman AJ, Snik AFM, Van der Pouw CTM, Mylanus EAM, Cremers CWRJ: Audiometric evaluation of bilaterally fitted bone-anchored hearing aids. *Audio* 2001; 40: 158-167.)

### **Stappen in de toetsing**

Het verzoek om een verstrekking of vergoeding van (een deel van) de kosten dient in het algemeen in drie stappen te worden beoordeeld. In de eerste plaats moet de vraag worden beantwoord of de behandeling een verstrekking is in de zin van de Ziekenfondswet/AWBZ. Als sprake is van een verstrekking moet vervolgens worden beoordeeld of aan alle verstrekkingvoorwaarden is voldaan (bv. voorschrift, c.q. verwijzing huisarts). Tenslotte moet beoordeeld worden of de verzekerde redelijkerwijs op de behandeling in kwestie is aangewezen. Is dit niet het geval, dan kan de aanspraak op de behandeling immers niet tot gelding worden gebracht (artikel 2a, eerste lid van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering).

### **Medische beoordeling**

Voor een medische beoordeling van het geschil heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. Op basis van dat dossier deelt de medisch adviseur het volgende mee.

#### *Algemeen*

De BAHA (Bone Anchored Hearing Aid) is een semi-implanteerbaar percutaan hoortoestel (beengeleiderhoortoestel).

In de Regeling hulpmiddelen 1996 was slechts de verstrekking van één BAHA -hoortoestel opgenomen, omdat door het bijzondere effect bij de beengleiding, waardoor het tegenovergelegen cochlea (slakkenhuis) tot op zekere hoogte ook wordt gestimuleerd, (vergelijkbaar met het effect van de zogenaamde CROS-toepassing), een tweede BAHA-hoortoestel niet nodig werd geacht. Daarbij golden dezelfde grenswaarden als voor de verstrekking van gewone hoortoestellen (Bijlage 3 van de Regeling hulpmiddelen). Verzekerden die reeds voor 1 januari 2005 een BAHA verstrekt kregen op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 leden per definitie aan gehoorsverliezen van 35 dB of meer aan beide oren. Men kwam immers pas voor een (BAHA)-hoortoestel in aanmerking wanneer het beste oor een gehoorsverlies van minstens 35 dB had en een luchtgeleidingstoestel redelijkerwijs niet kon worden aangepast.

Per 1 januari 2005 is de eerste verstrekking van het uitwendige deel van het BAHA -hoortoestel onderdeel van de aanspraak op medisch-specialistische zorg.

Eén BAHA is aangewezen bij patiënten met bilaterale geleidings- of gemengde gehoorsverliezen waarbij luchtgeleidingstoestellen niet succesvol gebruikt kunnen worden (bijvoorbeeld bij chronische otitis media (middenoorontsteking), otitis externa (ontsteking van de gehoorgang) of bij personen met een congenitale gehoorgangatresie (aangeboren afwezigheid van de gehoorgang) en waarbij chirurgie geen passende oplossing is. Dit zijn inmiddels algemeen geaccepteerde indicaties voor dit type hoortoestel. De gebruikelijkheid van de eenzijdige BAHA-aanpassing bij deze indicaties staat in de literatuur niet ter discussie. Er zijn geen harde grenswaarden zoals bij de Regeling.

Er zijn echter patiënten waarbij het "CROS-effect" onvoldoende is ten behoeve van het richting horen, het spraakverstaan in rumoer en om 'natuurlijk' te kunnen horen. Nu de eerste plaatsing van een BAHA onder de medisch-specialistische zorg valt, komt voor deze verzekerden de mogelijkheid van een dubbele BAHA-aanpassing in beeld. Uitgaande van indicatiestelling *per oor* (bij minimaal 35 dB gehoorverlies aan het oor) – zoals gebruikelijk is in de kring er beroepsgenoten – hebben deze verzekerden in beginsel een indicatie voor een BAHA aan het andere oor op basis van bovengenoemde omschrijving van de algemeen aanvaarde indicaties. Indicatiestelling per oor (35 Db) is in lijn met de aanbevelingen van het College in bovengenoemd rapport uit 2002. Er bestaan echter voor de beoordeling of een verzekerde uit een oogpunt van doelmatigheid is aangewezen op een tweede BAHA geen harde criteria voor *de mate* waarin sprake moet zijn van *verbetering* van richtinghoren, spraakverstaan in ruis en "natuurlijk horen" – zoals er bij de indicatiestelling voor één BAHA ook geen harde criteria gelden voor *de mate van verbetering* van het spraakverstaan. Maar de verbetering dient tenminste wel objectiveerbaar klinisch relevant te zijn.

Volgens de aanvragende KNO-arts zal slechts 10-20% van zijn BAHA-populatie voor de dubbele aanpassing in aanmerking komen. De aanpassing van een tweede BAHA is dus voor de meeste patiënten niet doelmatig.

Of een tweede BAHA wél soelaas biedt, kan getest worden met behulp van een klassieke beengeleider. Ook uit de toepassing van een gewoon hoortoestel op het betreffende oor kan een en ander worden afgeleid.

#### *Beoordeling van de situatie van verzekerde*

In de oorspronkelijke aanvraag was onvoldoende medische informatie beschikbaar. Naar aanleiding van een verzoek om extra informatie is in de brief gedateerd 8 mei 2006 aangegeven dat de tweede BAHA op 27 februari is geplaatst. Het betreft (en betrof) een beoordeling van de indicatie en doelmatigheid achteraf. De onderstaande informatie is gebaseerd op de brief van 27 februari.

Bij verzekerde (geboren in 1980) is sprake van chronische otitis media duplex sinds 1990. In 1993 ontwikkelde zich rechts een epitympanaal cholesteatoom wat sanatie behoeft. Reoperatie in 1997. Ook links werd in 1999 sanatie uitgevoerd. Bij verzekerde is een snel persisterend conductief gehoorsverlies beiderzijds, hetgeen moeilijk te revalideren bleek met conventionele hoortoestellen. Dit gaf afsluiting van de gehoorgang en onmiddellijke otorrhoëa. Dit was aanleiding om een hoorbril aan te passen. Dit gaf drukpijn aan het mastoïd. In 2002 werd een eerste BAHA geplaatst aan de linkerzijde.

Bij verzekerde was een radicalisatie noodzakelijk van het rechteroor vanwege cholesteatoom vorming. Na langdurige complicaties in de zin van continuerende otorrhoea is hij in december 2005 opnieuw geopereerd, zoals verzekerde zelf telefonisch heeft meegedeeld aan het College. Verzekerde heeft daarna kennelijk besloten niet langer te wachten en in januari of februari 2006 heeft de tweede schroefimplantatie plaatsgevonden. Verzekerde was tot dat moment functioneel eenorig. Hij had veel hinder van eenorigheid in het dagelijks leven door het gemis aan richtinghoren en de problemen met spraakverstaan in ruis. Van beroep is verzekerde chauffeur op de vrachtwagen. Bij verzekerde heeft weliswaar geen proefplaatsing plaatsgevonden d.m.v. plaatsing van een tweede BAHA op een beugel, maar de ervaringen met een tweede conventioneel hoortoestel rechts en BAHA links waren eerder positief

Overigens wordt in de brief aangegeven dat toonaudiogrammen van 20 december 2001 en 10 juli 2003 zouden zijn toegevoegd. Het audiogram uit 2001 ontbreekt, dat van 10 juli 2003 is aanwezig, het tweede audiogram is gedateerd op 04-05-2006. Het tweede audiogram geeft een gemiddelde verbetering waarvan ongeveer 20 dB ten opzichte van het audiogram uit 2003 (bij 1000, 2000 en 4000 Hz). Geconcludeerd kan worden dat verzekerde aan het rechter oor een dB-verlies heeft van tenminste 35 dB, dat hij een contra-indicatie heeft voor een luchtgeleidingshoortoestel en dat hij al ervaring had met tweezijdig horen. Hieruit leidt de medisch adviseur af dat aannemelijk is dat er sprake zou zijn van een geobjectiverde klinische relevante verbetering.

De medisch adviseur is van oordeel dat in dit geval voldoende aannemelijk is gemaakt dat verzekerde uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening redelijkerwijs is aangewezen op de tweede schroefimplantatie met BAHA.

### **Juridische beoordeling**

De vraag die beantwoord moet worden is of uw verzekerde in dit geval aanspraak heeft op een tweede schroefimplantatie met BAHA.

Gelet op de toepasselijke regelgeving en het advies van de medisch adviseur komt het College tot het volgende oordeel.

Een schroefimplantatie met aanpassing van een BAHA is een gebruikelijke behandeling. De plaatsing van één BAHA is doorgaans gezien het beengeleidingseffect voldoende om het gehoorverlies adequaat te compenseren. Plaatsing van twee BAHAs is dan niet nodig. De behandelaar van verzekerde heeft in dit geval echter voldoende aannemelijk gemaakt dat verzekerde niet kan volstaan met één BAHA en dat het effect van de toepassing van de tweede BAHA klinisch relevant is. Verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op de behandeling.

In de conceptbeslissing is de tweede BAHA eveneens afgewezen omdat er voor voorzieningen die bestemd zijn voor gebruik op de werkplek een voorliggende voorziening bestaat, namelijk de wet REA. Hierover merkt het College het volgende op. Per 1 januari is de wet WIA (de Wet Inkomen en Arbeid) in de plaats gekomen van de wet REA.

Onder de wet REA gold het volgende:

Indien een hulpmiddel in verband met werkzaamheden of studie wordt aangevraagd, dient verstrekking hiervan in het kader van de Wet Reïntegratie Arbeidsgehandicapten (Wet REA) plaats te vinden. In beginsel geldt voor de Wet REA dat, zodra er een relatie is met werk of met opleiding, een arbeidsgehandicapte in aanmerking kan komen voor een werkvoorziening. In dat verband moet het dan gaan om een voorziening die *uitsluitend* wordt aangevraagd voor gebruik op de werk- en/of studieplek. Als een hulpmiddel zowel privé als op het werk wordt gebruikt, kan in het kader van de ziekenfondsverzekering rekening worden gehouden met de extra eisen die de werksituatie aan het hulpmiddel stelt, voor zover dat binnen de verstrekingsvoorwaarden van de ziekenfondsverzekering mogelijk is.

Een hoortoestel is geen voorziening die slechts bestemd is voor gebruik op de werkplek. Dat geldt eveneens voor een tweede BAHA. Een drager van twee BAHAs zal beide hoortoestellen

ook gewoon in het dagelijkse leven dragen. Het College is dan ook van oordeel dat een aanvraag voor vergoeding bij het UWV in casu niet aan de orde is. Voor zover het College bekend is houdt de wet WIA voor wat betreft het bovenstaande geen wezenlijke verandering in vergeleken met de wet REA.

Overigens viel de *vervanging* van het BAHA-hoortoestel (het uitwendige gedeelte) ten tijde van de Ziekenfondswet nog steeds onder de Regeling Hulpmiddelen 1996. Onder de Zorgverzekeringswet is deze op vergelijkbare wijze geregeld in de per 1 januari 2006 geldende Regeling Zorgverzekering maar met dit verschil dat de vervanging van BAHA-hoortoestellen (meervoud) ten laste van de basisverzekering expliciet mogelijk is geworden. Daarbij gelden als indicatie-eisen nog wel de klassieke voorwaarden voor de bilaterale hoortoestelaanpassing, terwijl dergelijke voorwaarden in het kader van de medisch-specialistische zorg niet in de wetgeving zijn opgenomen. Deze incongruentie in de wetgeving zou ertoe kunnen leiden dat een verzekerde met een nutteloze schroef blijft zitten. Het College heeft de Minister hier reeds op gewezen.

#### **Advies van het College**

Op grond van het vorenstaande komt uw verzekerde in aanmerking voor de tweede schroefimplantatie met BAHA. Het College adviseert u uw beslissing te herzien.

## **2.9. 26030244 (Verstrekkingengeschil)**

*De vraag is of een verzekerde tijdens vakantie in Spanje aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van vervoer naar de zorgverlener. Ondanks het bepaalde in de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in het arrest Herrera, moet toch nog worden onderzocht of de kosten van vervoer als verstrekking voorkomen in de Spaanse ziektekostenregeling.*

#### **Het geschil**

Bij brief d.d. 12 december 2005, mede ondertekend door de huisarts, vraagt verzekerde of zij in aanmerking komt voor toestemming om tijdens een vakantie in Spanje injecties op Spaans recept te kopen om deze vervolgens in Spanje bij een Nederlandse arts te laten toedienen en voor vergoeding van de reiskosten die zij in dit verband moet maken. Het gaat om de kosten van vervoer vanaf haar vakantieverblijfplaats, de camping te Oropesa, tot Benidorm, de plaats waar de injecties worden toegediend (250 km enkele reis).

Op 30 december doet u verzekerde een E112-formulier toekomen, waarop u uitdrukkelijk vermeldt dat reiskosten niet zullen worden vergoed. Voor het overige geeft u verzekerde de gevraagde toestemming.

Verzekerde dient bij brief van 4 januari 2006 een bezwaarschrift in tegen uw beslissing om de reiskosten niet te vergoeden.

U bent voornemens uw afwijzing te handhaven. Daarbij stelt u dat u ten onrechte een E112-formulier hebt afgegeven, en toetst de aanvraag vervolgens aan het bepaalde in artikel 22, eerste lid, onder a van Verordening (EEG) 1408/71. U bent van mening, gelijk de Advocaat-Generaal van het Europese Hof van Justitie in zijn conclusie van 19 januari 2006 in de zaak C-466/04 (Herrera), dat uit de bewoordingen van artikel 22 van Verordening (EEG) 1408/71 duidelijk blijkt dat het in dit artikel neergelegde recht van een verzekerde beperkt is tot gezondheidskundige zorg gedurende een tijdelijk verblijf in een andere staat en dat deze bepaling geen betrekking heeft op aanvullende kosten zoals reiskosten die met betrekking tot een medische behandeling in het buitenland worden gemaakt.

Daarnaast toetst u de aanvraag van verzekerde aan het nationale recht. U concludeert dat op grond van de Regeling Ziekenvervoer Ziekenfondswet (oud)- en de door u gehanteerde beleidsregel geen aanspraak bestaat op vergoeding van de door verzekerde in Spanje te maken reiskosten.