



# 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, België, geneeskundige zorg, onderzoek en behandeling van Late Stage Lyme  
Disease en S.I.BO., Eva Sapi therapie, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201700613

Zittingsdatum : 8 november 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Politie Zorgpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top PZP en Tandarts PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op onderzoeken en behandelingen in verband met 'Late Stage Lyme Disease' en 'Small Intestine Bacterial Overgrowth' (hierna S.I.B.O.), uit te voeren te Brussel, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 20 juli 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 november 2017 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 20 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017042587) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een behandeling volgens het Eva-Sapi protocol geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Wat betreft de behandeling in verband met SIBO geldt dat, los van de vraag of de gevolgde behandeling voldoet aan de wetenschap en praktijk, in ieder geval niet is aangetoond dat verzoekster hier redelijkerwijs op was aangewezen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 oktober 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 8 november 2017 in persoon gehoord. Verzoekster heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 10 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Voorts heeft de commissie het Zorginstituut verzocht in het definitief advies in te gaan op de door verzoekster aangehaalde uitspraak van de rechtbank Gelderland en op haar stelling dat de antibiotica voor beide indicaties is voorgeschreven.  
Bij brief van 1 december 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierbij is herhaald dat het Zorginstituut in 2015 het standpunt heeft ingenomen dat langdurige behandeling met antibiotica bij patiënten met aanhoudende niet specifieke klachten niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voorts heeft het Zorginstituut opgemerkt dat een vergelijking met de door verzoekster aangehaalde uitspraak van de rechtbank Gelderland niet opgaat. In die kwestie betrof het namelijk een verzekerde met een bevestigde diagnose Lyme waarvoor betrokkene ook is behandeld.  
Een afschrift van dit advies is op 4 december 2017 aan partijen gezonden en zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De Belgische arts, prof. dr. De Meirleir, heeft op 23 februari 2017 ten aanzien van verzoekster verklaard:  
*"Hogergenoemde patiënte is bij ons in behandeling sedert einde 2015. De weerhouden diagnoses zijn:*  
*1. Late Stage Lyme Disease / Post-Lyme Disease*  
*2. S.I.B.O. - small intestinal bacterial overgrowth met verhoogde darmpermeabiliteit*  
*(...)*  
*Er waren geen argumenten om een actieve Lyme ziekte te weerhouden. Daarom konden de ILADS richtlijnen (antibiotherapie) niet geïmplementeerd worden. We verkozen een Eva Sapi protocol (gepubliceerd) te volgen i.v.m. diagnose 1.*  
*Wat betreft S.I.B.O. werden de internationale richtlijnen gevolgd (lokaal werkende antibiotherapie / probiotica, dieetmaatregelen). (...)"*

- 4.2. In aanvulling op hetgeen de Belgische arts heeft verklaard, stelt verzoekster dat zij sinds augustus 2011 ernstige medische klachten heeft zoals duizeligheid, zware migraineaanvallen en extreme vermoeidheid. Voor deze klachten is verzoekster verschillende keren opgenomen geweest en is zij door meerdere medisch specialisten in Nederland onderzocht. Omdat deze specialisten bij verzoekster geen juiste diagnose konden stellen, is zij hiervoor uitgeweken naar België. Daar heeft prof. dr. De Meirleir onder andere de diagnoses 'Late Stage Lyme disease' en S.I.B.O. gesteld. Voor deze diagnoses wordt verzoekster sinds 2015 regelmatig door genoemde arts behandeld.
- 4.3. De kosten van de behandeling op basis van de diagnose 'Late Stage Lyme Disease ' worden door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed, omdat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Ten onrechte gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat verzoekster wordt behandeld met antibiotica. De behandeling bij de betreffende diagnose bestaat echter uit de zogenoemde Eva Sapi-therapie in combinatie met aangepaste voeding. Deze therapie is erop gericht de Borrelia bacterie volledig uit te roeien. Voor de behandeling op basis van de diagnose S.I.B.O. geldt dat verzoekster weliswaar regelmatig een tiendaagse antibioticakuur krijgt, maar dit is om de overgroei aan bacteriën in de darmen tegen te gaan. Daarnaast slikt verzoekster dagelijks het middel Mutaflor. Dit middel ondersteunt de darmwand en is een middel op natuurlijke basis. Dat de ziektekostenverzekeraar het standpunt inneemt dat ook de behandeling van S.I.B.O. geen wetenschappelijke onderbouwing heeft, is opmerkelijk, aangezien de ziektekostenverzekeraar tot deze conclusie is gekomen door te googlen. Eveneens is opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar twijfelt of de diagnose S.I.B.O. wel juist is. Dit terwijl meerdere medisch specialisten in Nederland de diagnose hebben bevestigd.
- 4.4. Verzoekster benadrukt dat de verschillende behandelingen tot positieve resultaten hebben geleid. Waar verzoekster voorheen veel lichamelijke klachten had en enorme beperkingen ervoer, is zij inmiddels dusdanig herstellende dat zij weer een relatief normaal leven kan leiden.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de rechtbank Gelderland op 6 september 2017 (ECLI:NL:RBGEL:2017:4910) heeft geoordeeld dat de behandeling van lyme met antibiotica is aan te merken als verantwoorde zorg. Uit de overwegingen blijkt duidelijk dat de rechtbank van oordeel is dat een langdurige behandeling met antibiotica voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. In reactie op het advies van het Zorginstituut van 20 oktober 2017 stelt verzoekster dat de Eva-Sapi therapie niet apart wordt ingezet, maar in aanvulling op de antibiotica. Dat het Zorginstituut twijfels heeft over de diagnose kan geen onderwerp van discussie zijn, omdat deze is gesteld door een professor.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en bij het ontbreken van een dergelijke maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De ziektekostenverzekeraar moet bij de beoordeling van het recht op vergoeding toetsen of de betreffende zorg een verzekerde prestatie is.
- 5.2. Het Zorginstituut heeft op 26 oktober 2015 een standpunt uitgebracht met betrekking tot de langdurige behandeling met antibiotica bij PTLDS (Post Treatment Lyme Disease Syndrome), waarbij ook is gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing van de ILADS (International Lyme and Associated Diseases Society) richtlijn. De conclusie van het Zorginstituut is dat langdurige behandeling met antibiotica bij PTLDS niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Daarnaast is uit eigen onderzoek van de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat langdurige behandeling met antibiotica

bij PTLDS voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het vonnis van de rechtbank Gelderland verandert hier niets aan. In tegenstelling tot hetgeen de rechtbank in mei 2016 concludeerde, is er inmiddels wel voldoende evidence dat langdurige behandeling met antibiotica bij de diagnose 'Late Stage Lyme Disease' geen toegevoegde waarde heeft.

- 5.3. Voor zover verzoekster stelt dat zij op basis van de diagnose 'Late Stage Lyme Disease' wordt behandeld volgens het Eva Sapi-protocol, geldt dat in PubMed geen wetenschappelijke onderbouwing hiervan is gevonden. De ziektekostenverzekeraar is om die reden van mening dat ook de Eva Sapi-therapie met toepassing van fytotherapie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.  
Verder merkt de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar op dat het opvallend is dat nergens wordt benoemd óf, en wanneer, verzoekster door een besmette teek is gebeten, dan wel of er ooit een eerste stadium van Lyme is geweest die heeft geleid tot een primaire infectie.
- 5.4. Prof. dr. De Meirleir heeft geconstateerd dat verzoekster naast de ziekte van Lyme lijdt aan S.I.B.O.. Uit de overgelegde stukken wordt niet duidelijk op welke grond hij tot deze diagnose is gekomen. Nergens in het dossier wordt aangetoond dat wetenschappelijk onderbouwde diagnostische testen zijn uitgevoerd die de gestelde diagnose bevestigen. Wel wordt een enkele laesie gevonden, maar hier wordt vervolgens door prof. dr. De Meirleir geen behandelvervolg aan gegeven.  
Daar komt bij dat, indien al sprake is van S.I.B.O., moet worden gezocht naar een onderliggende oorzaak. Indien deze wordt gevonden, bestaat volgens de geldende richtlijnen de behandeling uit een eenmalige antibiotische behandeling van drie maal daags gedurende maximaal tien dagen. De antibiotische behandeling van verzoekster wordt echter maandelijks herhaald en bestaat uit slechts één dosis. De ziektekostenverzekeraar stelt, gezien het voorgaande, vast dat niet kan worden gesproken van een grondig medisch wetenschappelijk onderbouwde S.I.B.O. en dat - zo hiervan al sprake is - de behandeling niet accuraat is. De conclusie is daarom dat ook de behandeling op basis van de diagnose S.I.B.O. niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 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 de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"De zorg omvat:*

- *medisch specialistische behandeling;*
- *opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;*
- *opname, verpleging en verzorging;*
- *paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- *laboratoriumonderzoek . (...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"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. (...)"*

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; (...)"*

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.2. 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 a, 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 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 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 en diensten.

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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, 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. Verzoekster 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 dat geval buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering geldt het volgende.

#### Behandeling op basis van de diagnose 'Late Stage Lyme disease'

- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of Eva Sapi therapie bij de diagnose 'Late Stage Lyme Disease' 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.
- 9.3. Bij de beantwoording van de vraag of een behandeling aan voornoemd criterium voldoet, 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 is 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 (Population/Patient/Problem, 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.
- 9.4. 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.


- 9.5. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot Eva Sapi-therapie bij de diagnose 'Late Stage Lyme Disease' is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 20 oktober 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Geadviseerd wordt daarom tot afwijzing van dit deel van het verzoek. De commissie maakt de conclusie van het Zorginstituut tot de haren en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige kosten ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van de uitspraak van de rechtbank Gelderland, maakt het voorgaande niet anders. Het Zorginstituut heeft namelijk in zijn definitief advies van 1 december 2017 desgevraagd toegelicht dat de situatie van verzoekster niet kan worden vergeleken met de situatie als omschreven in de uitspraak van de rechtbank Gelderland. Het betreft geheel andere verdenkingen van diagnostische ziektebeelden en behandelingsituaties. De commissie tekent in dit verband nog aan dat het Hof Arnhem-Leeuwarden inmiddels een arrest heeft gewezen over dit onderwerp (ECLI:NL:GHARL:2017:11105). In dit arrest wordt aandacht besteed aan voornoemde uitspraak en concludeert het Hof dat de betrokken zorgverzekeraar niet tot vergoeding is gehouden.

#### Behandeling op basis van de diagnose S.I.B.O.


- 9.6. Naast de diagnose 'Late Stage Lyme Disease' is bij verzoekster de diagnose S.I.B.O. gesteld. Voor zover de ziektekostenverzekeraar vraagtekens zet bij de betreffende diagnose en de wijze waarop deze is gesteld, merkt de commissie op dat zij hierin niet kan treden, aangezien het primaat ter zake bij de behandelend arts ligt. Wat betreft het antwoord op de vraag of de door prof. dr. De Meirleir toegepaste behandeling bij de gestelde diagnose voor vergoeding in aanmerking komt, geldt het volgende. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat bij de diagnose S.I.B.O. volgens de toepasselijke richtlijnen de behandeling bestaat uit een eenmalige antibiotische behandeling van drie maal daags gedurende maximaal tien dagen. Aangezien verzoekster langer dan tien dagen wordt behandeld met een dosis van één maal daags, is de commissie met de ziektekostenverzekeraar van mening dat de behandeling niet volgens de toepasselijke richtlijnen wordt uitgevoerd. Gelet op deze conclusie is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden de hiermee gemoede kosten te vergoeden.




 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


-  9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 10 januari 2018,

 H.A.J. Kroon