

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Hulpmiddelen, kniebrace
Zaaknummer : 2010.01085
Zittingsdatum : 30 maart 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een CTI maatbrace voor de knie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 maart 2010 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 12 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij ongedateerde brief, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 19 oktober 2010, heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 februari 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 februari 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 februari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011017030) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de indicatie van verzoeker voor het langdurig aangewezen zijn op een kruisbandbrace niet afdoende is aangetoond.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 15 maart 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 18 februari 2010 een voorste kruisbandreconstructie ondergaan aan de rechterknie. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 februari 2010 een machtiging verleend voor een kniebrace ten bedrage van € 932,94. Op de machtiging staat als behandelaar de naam van de 'oude' leverancier vermeld. Met de uitkeringsspecificatie van 3 april 2010 is genoemd bedrag ten behoeve van verzoeker vergoed aan deze leverancier. Een bedrag van € 119,29 is ten laste van het nog openstaande eigen risico gebracht. De leverancier in kwestie heeft echter geen orthese geleverd aan verzoeker.
- 4.2. Verzoeker werkt als zelfstandig pijpleidinglasser. Hierbij moet hij 60 percent van de dag op zijn knieën liggen om gas- en oliepijpleidingen te lassen. Vanwege deze werkzaamheden is verzoeker aangewezen op een CTI maatbrace, mede omdat daar een rubber kniestuk op gemonteerd kan worden, waardoor langdurig werken op de knieën mogelijk wordt. Dit is niet mogelijk bij het gebruik van een slecht passende confectiebrace. Doordat de maatbrace precies past, kan verzoeker ook de leren lasbroek aan, die hij uit veiligheidsoverwegingen (vanwege het brandgevaar bij gasverbindingen) dient te dragen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij de beoordeling van de aanvraag onvoldoende rekening gehouden met de werkzaamheden die verzoeker beroepsmatig uitoefent.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 26 januari 2010 heeft de orthopedisch chirurg een eenvoudige rigide kniebrace aangevraagd. Als indicatie is hierbij vermeld "*chronisch VKB letsel*" [= voorste kruisband, Cie] rigide kniebrace. Overeenkomstig de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging toegekend voor een eenvoudige rigide kniebrace.

- 5.2. Op 1 maart 2010 heeft verzoeker de leverancier van de brace gebeld met de mededeling dat hij geen rigide kniebrace wenst, maar een maatwerkbrace. Verzoeker heeft deze nodig voor de motorsport.
- 5.3. Op 8 maart 2010 dient een andere leverancier een aanvraag in voor een CTI-brace. Als motivering wordt vermeld dat verzoeker vanwege diverse problemen en klachten geen zaken meer wenst te doen met de 'oude' leverancier. Voor de omzetting van de oorspronkelijke aanvraag naar de nieuwe aanvraag wordt geen nadere (medische) onderbouwing gegeven.
- 5.4. Voornoemde aanvraag is afgewezen op grond van artikel B5 van de zorgverzekering, omdat geen sprake is van doelmatige zorg. De eenvoudige rigide kniebrace volstaat in geval van letsel aan de voorste kruisbanden en is voor normaal gebruik toereikend. Daarbij is de aandoening aan de voorste kruisbanden een tijdelijke aandoening. De kniebrace zal daardoor slechts enkele maanden gebruikt worden.
- 5.5. Op 21 april 2010 stelt de orthopedisch chirurg dat verzoeker in verband met zijn werk als gas- en oliepijplasser geïndiceerd is voor een CTI-brace. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat in de oorspronkelijke aanvraag niet was vermeld dat de gevraagde brace verband hield met revalidatie na een operatie aan de knie. Dit was echter wel relevant voor de beoordeling van de aanvraag. Na de operatie dient de brace gedurende zes weken gedragen te worden. Daarna hoeft de brace alleen nog gedragen te worden bij meer risicovolle activiteiten. Verzoeker is op 18 februari 2010 geopereerd en de laatste aanvraag is van 21 april 2010. Dit is meer dan zes weken na de operatie. De brace is dan niet meer noodzakelijk voor normaal gebruik, maar uitsluitend noodzakelijk voor de werkzaamheden van verzoeker.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft ten behoeve van verzoeker een bedrag van € 932,94 vergoed aan de 'oude' leverancier. Deze leverancier heeft correct gehandeld en heeft voor het aanmeten van de kniebrace, overeenkomstig de eerste aanvraag, kosten gemaakt.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige CTI-kniebrace ten laste van de zorgverzekering.
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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel B19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op functionerende hulpmiddelen die de minister van VWS in het verzekeringspakket heeft opgenomen. Welke hulpmiddelen dat zijn, is te vinden in de Regeling zorgverzekering. In het Verzekeringsreglement heeft [naam ziektekostenverzekeraar] nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. (...)”

- 8.3. In artikel B5 is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg voor zover de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen. Tevens moet sprake zijn van doelmatige zorg.
- 8.4. De artikelen B5 en B19 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, 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. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. Rzv. In artikel 2.12 Rzv is de aanspraak op uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen opgenomen.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een kniebrace een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering.
- 9.2. Krachtens artikel 2.12 Rzv, waarnaar artikel B19 van de zorgverzekering verwijst, bestaat aanspraak op een kniebrace bij een ernstige aandoening indien de verzekerde langdurig en niet uitsluitend bij sportactiviteiten op het hulpmiddel is aangewezen. Onder deze aanspraak valt niet de eenvoudige rigide brace die in het kader van een medisch-specialistische behandeling wordt ingezet. Een zodanige brace valt namelijk onder de verzekerde prestatie medisch-specialistische zorg en wordt onder die noemer vergoed.
- 9.3. De behandelend arts heeft in zijn brief van 21 april 2010 geschreven dat verzoeker in verband met zijn kniebelastende werkzaamheden is aangewezen op de onderhavige

kniebrace. Deze stelling heeft hij evenwel niet medisch-inhoudelijk onderbouwd. Met een kruisbandcorrectie, zoals deze bij verzoeker heeft plaatsgevonden, worden de gevolgen van kruisbandletsel, te weten instabiliteit, opgeheven. Het CVZ heeft in zijn advies van 14 maart 2011 geconcludeerd dat uit het dossier niet blijkt waarom de knie na de kruisbandreconstructie, de bijbehorende revalidatie en oefening niet voldoende stabiel is. Derhalve is niet aannemelijk gemaakt dat verzoeker een indicatie heeft voor het langdurig gebruik van een kniebrace. De commissie neemt deze conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2011,

Voorzitter