

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Plastische chirurgie, buikwandcorrectie, herstel rectus diastase en
navelbreuk
Zaaknummer : 2010.01611
Zittingsdatum : 13 april 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

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 aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen EV2-FNV en TandVerzorgd 1 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het reven van een rectus diastase, waartoe een aanvraag is gedaan voor een buikwandcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juni 2010 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 14 juni 2010 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 email van 2 december 2010 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 maart 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 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 17 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011022803) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 13 april 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan d zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 april 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 april 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster op 31 mei 2010 vastgesteld dat zij een zeer forse rectus diastase heeft van meer dan zes cm. Er is een indicatie voor *“het reven van de rectus met gebruik van het oude sectio cercaria litteken”*.
- 4.2. Inmiddels heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster stelt dat geen sprake is van een cosmetische ingreep, maar van een medisch noodzakelijke correctie van een rectus diastase en een navelbreuk. Als gevolg van de rectus diastase was verzoekster na het eten constant misselijk. Gezien haar geringe gewicht, is het belangrijk dat zij gewoon blijft eten. De navelbreuk deed pijn als zij iets tilde.
- 4.4. Nu de algemeen chirurg haar heeft verwezen naar de plastisch chirurg, mocht verzoekster aannemen dat de ingreep vergoed zou worden. Verzoekster benadrukt dat geen sprake is van een buikwandcorrectie. Het herstellen van de navelbreuk is noodzakelijk, omdat deze levensbedreigend is. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld een gedeelte van de ingreep te vergoeden, maar deze is hierop niet

ingegaan.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoekster is met een navelbreuk naar een algemeen chirurg doorverwezen. Deze chirurg vond de ingreep te gecompliceerd, en verwees haar door naar een plastisch chirurg. Deze arts deelde mede dat de navelbreuk niet het enige probleem was. Er was ook een diastase aanwezig van het schaambeek tot het sternum. Spreekster zegt last te hebben gehad van een opgezette buik en misselijkheid. Verzoekster begrijpt niet dat de kwestie wordt afgedaan als een cosmetische ingreep. Een navelbreuk is levensbedreigend. Verzoekster vraagt zich af waarom geen DBC-code bestaat voor deze gecombineerde ingreep. De plastisch chirurg spreekt van een gecompliceerde navelbreuk. Verzoekster vindt het vreemd te dat zij niet is uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- 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 de aanvraag van de plastisch chirurg van 2 juni 2010 wordt alleen gesproken over het reën van de rectus diastase. Het herstellen van een navelbreuk wordt hierin niet genoemd. In de brief van 14 mei 2010 vermeldt de algemeen chirurg een mogelijke hernia epigastrica. Aangezien de nota alleen het reën van de rectus diastase betreft, gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat alleen deze ingreep heeft plaatsgevonden. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de stelling, dat de ingreep heeft plaatsgevonden in verband met een levensbedreigende navelbreuk, niet met medische stukken is onderbouwd.
 - 5.2. Het reën van de rectus diastase wordt gezien als een cosmetische ingreep. Het maakt hierbij niet uit of deze ingreep wordt verricht door een algemeen chirurg of een plastisch chirurg. Aangezien er geen separate DBC is voor het reën van een rectus diastase, wordt deze ingreep aangevraagd met een DBC voor een buikwandcorrectie. Gezien het voorgaande wordt het reën van een rectus diastase beoordeeld op grond van de polisvoorwaarden die gelden voor een buikwandcorrectie, te weten het aanwezig zijn van een lichamelijke functiestoornis en/of verminking. Bij verzoekster is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering. Hiervan is sprake bij een overhangend buikschort dat een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Dat de aanwezigheid van een diastase van de rectusmusculatuur als zodanig leidt tot een ernstige bewegingsbeperking is volgens de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk. Evenmin is gebleken van een verminking in de zin van de zorgverzekering.
 - 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de stukken niet naar voren komt dat sprake was van een navelbreuk. De vraag of al dan niet sprake was van een gecompliceerde navelbreuk is niet aan de orde. Uit de medische stukken blijkt hiervan niet. Er bestond geen twijfel over de indicatie, zodat verzoekster niet is uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur. Bij een navelbreuk wordt een andere beoordeling toegepast dan bij een diastase.
 - 5.4. 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 verzoekster ten laste van de zorgverzekering aanspraak kan maken op het reven van een rectus diastase.

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 B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

*-- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
-- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
(...)”*

- 8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de aanvraag van 2 juni 2010 van het Maxima medisch centrum te Eindhoven blijkt dat een behandeling met DBC-code 11.0.231.23 is aangevraagd. Deze DBC-code staat voor *“reguliere zorg // abdominoplastiek, incl navel reïnsertie en reven fascia abdominalis / Operatief met klinische episode”*. Er wordt in de aanvraag geen melding gemaakt van het herstellen van een navelbreuk.
- 9.2. Nu sprake is van een vorm- of aspectverbeterende behandeling dient de aanvraag te worden beoordeeld op grond van de polisvoorwaarden voor plastische chirurgie, meer specifiek op basis van de voorwaarden die gelden voor een buikwandcorrectie.
- 9.3. Uit het dossier blijkt dat inmiddels een buikwandoperatie heeft plaatsgevonden in CosMedic te Veldhoven.
- 9.4. Voor een buikwandcorrectie bestaat onder meer een indicatie indien sprake is van een lichamelijke functiestoornis, waarvan, blijkens de toelichting op de wijziging van de Rzv, sprake kan zijn als betrokkene last heeft van onbehandelbaar smetten. Dit zijn door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huid-plooien die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Dit laatste is echter in deze procedure gesteld noch gebleken.
- 9.5. Een indicatie voor een buikwandcorrectie kan voorts aanwezig zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is naar het oordeel van de commissie eerst sprake indien in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Zo is dit ook in de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) verwoord. Gesteld noch gebleken is dat een dergelijke situatie bij verzoekster aan de orde is.
- 9.6. Evenmin is bij verzoekster sprake van verminking in de zin van de polisvoorwaarden, omdat daarvoor noodzakelijk is dat zich een ernstige misvorming voordoet, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Hiervan is niet gebleken.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 april 2011,

Voorzitter