



Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek (buikwandcorrectie) bij
rectusdiastase en buikhernia
Zaaknummer : 201400458
Zittingsdatum : 23 juli 2014



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C te D, en
- 2) E te F,

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 Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis vier sterren en de Beter Af Tandarts Polis twee sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 een buikwandcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 januari 2014 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 6 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 11 februari 2014 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 mei 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 juni 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. Bij brief van 27 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014069014) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Uit de stukken blijkt niet dat een causale relatie bestaat tussen de klachten en de overhang van de buikwand. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juli 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 24 juli 2014 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. Bij brief van 30 juli 2014 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 31 juli 2014 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 11 augustus 2014 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft over verzoekster het volgende verklaard: *“Heeft buikwand probleem, na 2x zwangerschap, 2010 en 2007, 15 kg - 18 kg aangekomen, nu G 65, L 167, gezond, medic: Thyrax, uit België, omdat in Nederland geen schildklier afw. is aangetoond, wel in België, daarom daar controle bij Endocrinoloog aldaar, ook verder oestrogenen en hydro cortison, 10 mg per dag. Nic-, arbeid: studente, allergie: -, OK hernia buikwand, in (...) heekunde, april 2012, 2 x sectio. Ond: herniatie buikwand, met forse rectus diastase, en slappe huid, litteken boven navel van ingreep, accoord buikwand correctie met rectus. (...)”*.
- 4.2. Verzoekster heeft verklaard na twee zwangerschappen een hernia diafragmatica te hebben gekregen. De breuk is in 2012 primair gesloten. Binnen drie maanden was de breuk terug. Deze was bovendien aanzienlijk groter geworden. Verzoekster is door de huisarts naar een algemeen chirurg verwezen. Deze chirurg wilde een mat plaatsen. Omdat verzoekster wenst dat de breuk met lichaamseigen materiaal wordt hersteld, heeft de algemeen chirurg haar doorverwezen naar een plastisch chirurg. De plastisch chirurg heeft medegedeeld dat de rectus kan worden gecorrigeerd met een buikwandcorrectie. Het probleem wordt dan bij de kern aangepakt, omdat de zwakke plek in de buikwand volledig wordt hersteld.
- 4.3. Sinds het bestaan van de rectus diastase en de hernia diafragmatica heeft verzoekster veel buik- en rugklachten, zowel laag in de rug als thoracaal. Anders dan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, die verzoekster niet lichamelijk heeft onderzocht en desondanks ongemotiveerd stelt dat geen causaal verband bestaat tussen de rectus diastase en de rugklachten is wel sprake van een causaal verband, omdat er minder rompstabiliteit is doordat het spierkorset minder stevig is.
- 4.4. Verzoekster begrijpt niet dat de ingreep waarbij een mat wordt geplaatst wel wordt vergoed, en een buikwandcorrectie niet, terwijl met de beide ingrepen het zelfde probleem wordt opgelost.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat geen sprake is van een hernia diafragmatica, maar van een hernia epigastrica. Zij wenst hiervan een herstel met lichaamseigen materiaal. Verder heeft zij opgemerkt dat bij een rectus diastase het spierweefsel en bindweefsel intact is. Bij een hernia epigastrica is dit juist niet het geval.
- 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. Sinds 1 januari 2007 is een buikwandcorrectie niet meer expliciet uitgesloten van vergoeding in de regelgeving. Desalniettemin wordt deze ingreep slechts in zeer uitzonderlijke situaties vergoed. Recht op vergoeding bestaat indien sprake is van een bewegingsbeperking als gevolg van een overhang van de buikwand tot meer dan een kwart van de lengte van de bovenbenen. De BMI moet kleiner of gelijk zijn aan 30 gedurende minstens 12 maanden. Ook bestaat aanspraak bij een verminkte buikwand, waarvan de ernst vergelijkbaar is met derdegraads brandwonden. Tot slot is een vergoeding mogelijk indien sprake is van niet te voorkomen of te genezen ernstig smetten in de huidplooien, waarbij een buikwandcorrectie de enige oplossing vormt. Ook in die situatie dient de BMI gedurende minstens 12 maanden kleiner dan of gelijk aan 30 te zijn.
- 5.2. Op 9 december 2013 is verzoekster gezien op het spreekuur van de medisch adviseur. Deze heeft op basis van onderzoek geconcludeerd dat geen oorzakelijk verband bestaat tussen de lage rugklachten en de rectus diastase. Ook is geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een buikwandcorrectie, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. Verzoekster was in 2013 aanvullend verzekerd volgens de Beter Af Plus Polis vier sterren, die een dekking kende van € 250,- per kalenderjaar. Een factuur met betrekking tot de plastisch-chirurgische ingreep heeft de ziektekostenverzekeraar nooit ontvangen. Sinds 1 januari 2014 heeft verzoekster een Beter Af Plus Polis twee sterren, die geen dekking kent voor plastische chirurgie. Daarom heeft zij, indien de ingreep na genoemde datum is uitgevoerd, geen aanspraak op een vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de stelling dat sprake is van een hernia epigastrica de beslissing niet anders maakt. De medisch adviseur heeft de aanvraag beoordeeld, en heeft geconcludeerd dat hiermee niet wordt voldaan aan de voorwaarden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 3 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)*
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt); (...)*

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener heeft u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven. (...)"

- 8.4. Artikel 3 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 8.6. 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.

- 8.7. Artikel 3 van de 'aanspraken' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op cosmetische chirurgie en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Voorwaarden

De ingreep betreft een behandeling door een medisch specialist. Een correctie van de oorstand moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. De door ons gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen.

Uitsluiting

Wij vergoeden niet de kosten voor behandelingen met botox, fillers, (autologe) lipofilling, peeling, laser- of refractiechirurgie. (...)

 4 sterren 100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren (...)"

-  8.8. Artikel 7.1 van de 'algemene voorwaarden' van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, zoals vermeld op de nota, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-Zorgproduct wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend."

-  9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

-  9.1. Verzoekster heeft aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering indien bij haar sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
-  9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een bewegingsbeperking is onder andere aanwezig indien de overhangende buikhuid een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Niet gebleken is dat de buikhuid van verzoekster aan genoemd criterium voldoet. Verder is verzoekster niet vanwege smetklachten onder behandeling (geweest) van een dermatoloog, zodat geen sprake is van onbehandelbaar smetten. Ook anderszins is bij haar niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
-  9.3. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term "verminking" in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.
-  9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij sinds het bestaan van de rectus diastase en de hernia epigastrica veel buik- en rugklachten ondervindt. Wat hiervan ook zij, zodanige klachten vormen geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. De stelling van verzoekster dat de alternatieve behandeling - te weten het operatief plaatsen van een mat - wél wordt vergoed kan haar niet baten, omdat indien al een vergoeding zou worden verleend voor laatstgenoemde behandeling, die vergoeding niet kan worden aangewend voor een andersoortige behandeling, te weten de aangevraagde buikwandcorrectie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van cosmetische chirurgie tot een bedrag van maximaal € 250,- per drie kalenderjaren. Deze vergoeding is niet door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster verleend, omdat de kosten van de ingreep nog niet zijn gemaakt. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 27 augustus 2014,



Voorzitter

