



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, ongeval  
Zaaknummer : 201600808  
Zittingsdatum : 21 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---



1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,  
tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
  - 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag 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). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 500 afgesloten (hierna: 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een tandheelkundige behandeling bestaande uit onder meer het vervaardigen en plaatsen van twee bruggen en het restaureren van twee elementen met composiet (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak - voor zover deze ziet op de zorgverzekering - is afgewezen. Ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat mogelijk aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 januari 2016 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 brief van 3 augustus 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 4 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016124114) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"Wanneer na een trauma van het tand-kaak-mondstelsel, en na een osteotomie (zoals in casu) een dysgnathie zou resteren die noodzaakt tot prothetisch ingrijpen, kan dit een aanspraak op bijzondere tandheelkundige hulp opleveren."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 november 2016 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is verzocht voornoemd nader onderzoek te verrichten.
- 3.9. Bij brief van 21 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat verzoeker op 24 november 2016 een afspraak heeft bij het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde Rijnstate te Arnhem. Aangezien deze afspraak buiten de door de commissie gestelde reactietermijn voor het nader onderzoek valt, heeft de commissie aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld deze termijn te verlengen tot en met 8 december 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 december 2016 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 12 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 21 december 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 januari 2017 heeft verzoeker de ter zitting toegezegde aanvullende informatie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 januari 2017 gereageerd op voornoemde aanvullende informatie. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2017 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

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

- 4.1. Verzoeker heeft op 15 september 2015 tijdens een vakantie in Zwitserland een ongeluk gehad. Bij een val van de trap heeft verzoeker onder meer zwaar letsel opgelopen aan zijn aangezicht, kaken en bovengebit. De voortanden boven waren afgebroken en één van de twee bruggen in de bovenkaak is tijdens het ongeval of bij het vervoer naar het ziekenhuis zoekgeraakt, terwijl de andere brug in de operatiekamer is verwijderd. Daarnaast had verzoeker twee wervels gebroken en een derde wervel was ingezakt. Tijdens de operatie op 17 september 2015 in Bern zijn de breuken in onder meer oogkassen, jukbeenderen en kaken hersteld. Bij een correctieoperatie op 9 oktober 2015 in het Radboudziekenhuis te Nijmegen is het jukbeen links iets verder naar voren geplaatst. De tandarts heeft op 13 en 23 november 2015 de voortanden van het bovengebit provisorisch hersteld en twee tijdelijke bruggen aangebracht op de plaats van de oude bruggen. De in Bern verwijderde brug bleek na de operaties niet meer te passen.
- 4.2. In maart 2016 stond de onderkaak van verzoeker nog steeds uit het lood (naar links). Met de tijdelijke brug aan de rechterkant kon verzoeker matig tot redelijk kauwen, maar de kiezen aan de

linker kant lieten een ruimte open van ongeveer 3 mm. Bovendien stonden aan die zijde de kiezen niet recht boven elkaar.

De tandarts had met verder herstel gewacht tot half maart 2016 omdat zij hoopte dat de kaken verder zouden 'inklinken' en de kiezen van beide kaakhelften wellicht naar elkaar zouden 'toegroeien'. Blijkbaar is dit ook gebeurd, want aanvankelijk was er nog 5 mm tussenruimte. Op 30 maart 2016 heeft de tandarts de tijdelijke brug links vervangen door een nieuwe tijdelijke brug, die hoger is dan de eerste, waardoor aan de linkerzijde weer kauwvlak ontstaat.

Tot 30 maart 2016 was kauwen voor verzoeker een bewerkelijke zaak. Hij kon maar aan één kant kauwen, terwijl het voedsel de neiging had naar links weg te schieten. Door gebrek aan voldoende kauwvlak konden voedingsmiddelen niet altijd voldoende klein worden vernalen en gebeurde het regelmatig dat deze toch te groot werden doorgeslikt. Daardoor bleven vóór de slokdarm of de luchtpijp van verzoeker geregeld etensresten hangen, die zich niet of maar moeizaam lieten weghoesten. Na twee operaties aan de kaken en de jukbeenderen staan zijn boven- en onderlip erg strak over de tanden, waardoor hij niet makkelijk met gesloten mond kan kauwen.

Daarnaast is de zenuw, die links naar de onderlip loopt, door de kaakbreuk gevoelloos geworden, waardoor verzoeker dit gedeelte van zijn mond bij het eten en praten niet altijd onder controle kan houden, hetgeen leidt tot onbedoeld vochtverlies op die plaats.

Ook het spraakvermogen van verzoeker wordt hierdoor bemoeilijkt.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar maakt een volstrekt kunstmatig onderscheid tussen medisch specialistische spoedeisende zorg en reguliere dan wel bijzondere tandheelkunde. Verzoeker is het hier principieel niet mee eens. Bovendien was hij niet op de hoogte van dit onderscheid. Het letsel is ontstaan als gevolg van een en hetzelfde ongeval. Zowel de schade aan de botten als die aan het gebit dient noodzakelijkerwijze te worden hersteld om te komen tot een aanvaardbaar functioneren van het tand-, kaak- en mondstelsel. Dat stelsel bestaat weliswaar uit verschillende delen, maar voor een acceptabele functie van het geheel dient ieder onderdeel ervan te worden hersteld. Het ene gedeelte kan niet functioneren zonder het andere, en het herstellen van het ene deel vooronderstelt ook het herstel van het andere.

Als verzoeker zou meegaan met het door de ziektekostenverzekeraar aangebrachte onderscheid tussen 'reguliere' en 'bijzondere tandheelkunde', dan meent hij dat de ziektekostenverzekeraar onmogelijk staande kan houden dat het herstellen van een verwoest gebit - als gevolg van een ernstige ongeval - kan worden gezien als 'reguliere tandheelkunde'. Reguliere tandheelkunde betreft volgens verzoeker reguliere zaken zoals de halfjaarlijkse controle, het verwijderen van tandsteen, het vullen van gaatjes en eventueel het herstellen van "*gebitsnoodzakelijke*" elementen.

Het herstel van de voortanden en de bruggen valt volgens verzoeker in ieder geval buiten de categorie reguliere tandheelkunde. Daarvoor was de algehele tandtechnische schade te omvangrijk. Naast het verloren gaan van de twee bruggen waren de voortanden zonder uitzondering zwaar beschadigd, en dat maakte happen en/of kauwen onmogelijk. Verzoeker heeft ruim zes weken een vloeibaar dieet moeten volgen, vervolgens gedurende enige tijd een dieet van zacht voedsel, en na de plaatsing van de tijdelijke tanden en kiezen kan hij aan de rechterzijde nog maar beperkt kauwen.

Het herstel van de voortanden en de bruggen valt volgens verzoeker in de categorie 'noodzakelijk herstel', omdat zonder reparatie bijten en kauwen niet mogelijk zijn, en daarmee een "*wezenlijke lichaamsfunctie feitelijk uitvalt*". Door het ongeval zijn beide bruggen weggefallen, waardoor tanden en kiezen verloren zijn gegaan. Bovendien was de onderkaak op meerdere plaatsen gebroken, waardoor sprake was van een botdefect.

- 4.4. Verzoeker meent op grond van de zorgverzekering recht te hebben op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling op basis van de aanspraak op bijzondere tandheelkunde. Een scheve onderkaak, die - na twee operaties - een blijvende speling van (nog altijd) 3 mm laat met de bovenkaak, en die bovendien niet meer recht onder de bovenkaak staat, moet wel degelijk worden beschouwd als een 'ernstige verworven afwijking'. Verzoeker heeft deze afwijking als gevolg van het ernstige ongeval 'verworven' en dat verwerven is ontegenzeggelijk op ernstige wijze geschied. Daarbij is de verworven afwijking op zich ook 'ernstig' (mocht het bijwoord hier toch als bijvoeglijk naamwoord moeten worden geïnterpreteerd).

- 4.5. Verzoeker merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen ineens een heel andere opsomming gebruikt van de afwijkingen die aanspraak geven op bijzondere tandheelkundige zorg ten laste van de zorgverzekering dan hij eerder in de procedure tegenover verzoeker heeft gehanteerd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat een deel van de behandeling in 2015 en 2016 is uitgevoerd, maar dat deze in 2017 wordt voortgezet. Hij vraagt of deze vervolgbehandeling ook onder de toezegging valt.  
Verzoeker merkt op dat hij zijn vrijwillig eigen risico na de afwijzende beslissing niet heeft aangepast. Als de aanvraag in 2015 correct was beoordeeld door de ziektekostenverzekeraar, zou verzoeker voor 2016 niet hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Nu heeft hij echter een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Deze zal worden verrekend met de vergoeding die nu ten laste van de zorgverzekering wordt verleend. Hij tekent hierbij aan dat de premie zonder het vrijwillig eigen risico wel hoger zou zijn geweest. Hij schat dit op ongeveer € 250,-- per jaar. De schade die hij hierdoor heeft geleden, bedraagt derhalve ongeveer € 250,--.  
Daarnaar gevraagd zegt verzoeker toe dat hij de benodigde informatie opvraagt bij de tandarts en deze zal doorsturen naar de commissie.
- 4.7. Verzoeker heeft bij brief van 4 januari 2017 de begroting van de tandarts aan de commissie gezonden ter zake van de in 2017 uit te voeren behandeling, zoals is afgesproken tijdens de hoorzitting.  
Verzoeker merkt op dat het geschil met de toezegging van de ziektekostenverzekeraar in principe is opgelost. De behandeling van het gebit is echter nog niet voltooid. In 2017 zullen nog een aantal behandelingen moeten plaatsvinden. Hierop ziet voornoemde begroting.  
Voorts herhaalt verzoeker het gestelde ter zitting ter zake van zijn vrijwillig eigen risico van € 500,-- in 2015. Indien in 2015 een machtiging was verleend voor de tandheelkundige zorg, zou hij in 2016 geen vrijwillig eigen risico hebben genomen. Verzoeker acht het daarom redelijk dat de ziektekostenverzekeraar hem alsnog in de gelegenheid stelt het hoge eigen risico over het jaar 2016 met terugwerkende kracht terug te brengen tot het verplichte gedeelte, en dat ziektekostenverzekeraar hem het vrijwillige eigen risico (€ 500,--) minus het premievoordeel als gevolg van dat hoge eigen risico (€ 240,--) restitueert.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De aanspraak op mondzorg ten laste van de zorgverzekering dient apart gezien te worden van de aanspraak op medisch specialistische zorg. De diverse botbreuken ten gevolge van het ongeval betreffen medisch specialistische spoedeisende zorg, die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voor de tandheelkundige behandeling moet worden beoordeeld of sprake is van reguliere dan wel bijzondere tandheelkunde.  
Op grond van de zorgverzekering bestaat in het kader van bijzondere tandheelkunde aanspraak indien sprake is van:  
*"- een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaakmondstelsel; of*  
*- een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening; of*  
*- een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft;*  
*en het gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad".*  
Bij de zeer ernstige tandheelkundige afwijkingen, waarvoor bijzondere tandheelkundige hulp nodig is, gaat het in beginsel om de volgende afwijkingen:  
*"1. een oligodontie, waarbij het aantal niet-aangelegde elementen zo groot is dat er sprake is van een ernstige functiestoornis;*

2. een amelogenesis imperfecta van ernstige aard, dan wel een omvangrijke glazuuraantasting van niet-carieuze aard, een en ander tenzij de tandboog ernstig is gemutileerd;
3. een kaakorthopedische afwijking, maar alleen als deze behoudens medische contra-indicatie, door middel van een osteotomie gecorrigeerd behoort te worden en daarbij een prothetische voor- of nabehandeling noodzakelijk is;
4. ernstige cranio-mandibulaire dysfunctie;
5. een blijvend dento-alveolair defect door een ongeval, tenzij ten tijde van het ongeval naar tandheelkundige opvattingen onvoldoende tandheelkundige functie aanwezig was of al was aangevuld met een partiëleprothese of een frameprothese;
6. een cheilo-, gnatho- of palatoschisis;
7. een oro-maxillo-faciaal defect, maar alleen als de toestand van het tand-kaakmondstelsel tot stabilisatie is gekomen."

Bij verzoeker is geen sprake van één van de bovengenoemde situaties of indicaties.

- 5.2. Veelal wordt gedacht dat de zorgverzekering dekking biedt voor herstel van beschadigde dentitie na een trauma. Dit is echter alleen het geval bij een blijvend dento-alveolair defect. Door het verlies van tanden met het omliggende bot, is in dat geval een dermate groot defect ontstaan dat de tandheelkundige functie niet meer te behouden is, waardoor aanspraak kan bestaan op bijzondere tandheelkunde.  
Bij een blijvend dento-alveolair defect door trauma dient sprake te zijn van verlies van tanden en/of kiezen (dento) inclusief het omliggende bot (alveolair). In de situatie verzoeker zijn geen tanden en/of kiezen verloren gegaan. Derhalve is evenmin daarmee samenhangend een botdefect ontstaan. Er zijn twee, reeds voor het ongeval geplaatste, bruggen in de zijdelingse delen los gekomen en verloren gegaan, en de voortanden zijn beschadigd.
- 5.3. Verzoeker heeft op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een vergoeding van maximaal € 500,-- per kalenderjaar. Dit bedrag is in 2015 aan verzoeker vergoed.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 december 2016 medegedeeld dat naar aanleiding van de bevindingen van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde is geconcludeerd dat bij verzoeker sprake is van een zodanig ernstige verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat hij zonder de voorgestelde zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verweven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom een machtiging afgegeven voor de aangevraagde behandeling.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hetgeen is aangevraagd, ook is goedgekeurd. Of de behandeling die in 2017 nog moet plaatsvinden hier ook onder valt, kan de ziektekostenverzekeraar op dit moment niet zeggen.  
Ter zake van het vrijwillig eigen risico merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit een nieuw punt is. Hij heeft er evenwel geen bezwaar tegen om dit punt in de procedure toe te laten, maar wil hierover nog wel kunnen nadenken en hierop op een later moment reageren.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 januari 2017 gereageerd op de brief van verzoeker van 4 januari 2017 en de daarbij gevoegde aanvullende informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft een machtiging verleend conform de toegestuurde begroting.  
Daarnaast gaat de ziektekostenverzekeraar akkoord met het voorstel dat verzoeker ter zitting heeft gedaan ter zake van het vrijwillig eigen risico en het genoten premievoordeel over 2016, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de nota voor het eigen risico crediteert voor zover het het vrijwillig eigen risico betreft. Verzoeker ontvangt vervolgens een nota van € 240,-- voor het door hem in 2016 genoten premievoordeel dat hierdoor met terugwerkende kracht komt te vervallen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden 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 aangevraagde tandheelkundige behandeling alsnog volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

- 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 december 2016 aan de commissie heeft medegedeeld alsnog een machtiging te verlenen voor de aangevraagde behandeling. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 27 januari 2017 aan de commissie medegedeeld dat hij een machtiging heeft verleend voor de nog uit te voeren tandheelkundige behandeling conform de begroting van 3 januari 2017. Hiermee komt de ziektekostenverzekeraar volledig tegemoet aan het verzoek. Daarom behoeft het verzoek geen verdere behandeling.
- 8.2. De commissie neemt goede nota van de toezegging van de ziektekostenverzekeraar ter zake van het vrijwillig eigen risico 2016 en het in 2016 door verzoeker genoten premievoordeel: de ziektekostenverzekeraar zal de nota voor het door verzoeker verschuldigde vrijwillig eigen risico 2016 crediteren, en verzoeker is aan de ziektekostenverzekeraar het door hem genoten premievoordeel van € 240,-- verschuldigd.
- 8.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten alsnog tegemoet te komen aan het verzoek, dient hij tevens het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

9. Het bindend advies

- 9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 en 8.2 is omschreven vast.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 8 februari 2017,

H.A.J. Kroon