

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C en E beide te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek  
Zaaknummer : 2010.01542  
Zittingsdatum : 16 februari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,  
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

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

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IdeaalPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 abdominoplastiek (buikwandcorrectie) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 4 februari 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 februari 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 brief van 14 oktober 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 16 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 december 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010146538) 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 op 26 januari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 februari 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 februari 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 21 februari 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 plastische chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: "St. na gastric bypass met > 40 kg gewichtsverlies. Evident abdomen pendulans!! Smetten+++".
- 4.2. Verzoekster stelt dat de buikwand overheerst. Aan de gestelde eis van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is voldaan. Het meedragen van een vetschort is belastend voor de rug. Door continue zelfzorg zijn de huidproblemen binnen de gestelde normen gebleven, maar deze hebben wel een impact op haar dagelijks leven.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij naar aanleiding van een maagverkleining bijna 50 kg is afgevallen. Momenteel weegt zij 65 kg. De aanvraag voor de buikwandcorrectie is reeds drie maal door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Er is sprake van overhangende buikhuid, maar niet in zodanige mate dat zij aan de voorwaarden van de zorgverzekering voldoet. Voorts is er geen sprake van smetten, aangezien zij zichzelf goed verzorgt. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat er sprake is van een psychisch probleem, maar dat is niet het geval. Verzoekster benadrukt dat zij last heeft van jeuk en problemen ondervindt bij het bewegen.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Een lichamelijke functiestoornis is aan de orde indien de buikhuid een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt dan wel indien sprake is van onbehandelbaar smetten. Dit is bij verzoekster niet aan de orde, terwijl evenmin is gebleken van verminking. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden, zodat zij geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Psychische klachten geven geen recht op vergoeding. Een spreekuurbezoek is niet zinvol, omdat de verstrekte informatie voldoende duidelijk is.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd de situatie van verzoekster duidelijk is. Plastisch-chirurgische ingrepen worden maar zeer beperkt vergoed. Om een buikwandcorrectie te kunnen vergoeden dient sprake te zijn van onbehandelbaar smetten, een ernstig overhangende buikhuid dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Een en ander wordt ondersteund door het CVZ-advies.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 t/m 43 van de zorgverzekering

8.3. Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat, en luidt, voor zover hier van belang als volgt:

**“20.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden**

*Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:*

- a. *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. *verminderingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);*

(...)

#### **20.4.2. Voorwaarden**

(...)

#### **Zorgadvies en akkoordverklaring**

*U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente lijst van verrichtingen (...)*

- 8.4. Artikel 20.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. In artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de aldaar genoemde vormen van medisch specialistische zorg worden vergoed.

#### 9. Beoordeling van het geschil

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak op een abdominoplastiek, indien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermindering als bedoeld in de polisvoorwaarden.
- 9.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooien of bij een ernstige bewegingsbeperking die ontstaat door de overhangende buikhuid. Dit laatste is het geval indien het overhangende buikschort een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Ook anderszins, waarbij met name moet worden gedacht aan onbehandelbaar smetten, is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In dit verband wordt onder onbehandelbaar smetten verstaan, door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in huidplooien die altijd daar ter plekke 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. Zijn onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten, dan wordt

een operatie niet ten laste van de zorgverzekering vergoed. Uit het dossier blijkt niet van de betrokkenheid van een dermatoloog, terwijl verzoekster verklaart door continue zelfzorg de huidproblemen binnen aanvaardbare normen te kunnen houden.

- 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 aangezichtsenuw, 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 nog aangevoerd dat vergoeding dient plaats te vinden vanwege psychische klachten door de overhangende buikhuid. Psychisch lijden, hoezeer hiervan in het onderhavige geval ook sprake is, vormt echter geen (verzekerings)indicatie op basis van artikel 20.4.1 van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De commissie stelt vast dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandeling zodat op basis daarvan geen vergoeding kan plaatsvinden.

#### **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, 23 februari 2011,

Voorzitter