



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, postbariatrische bovenbeenlift
Zaaknummer : 201402937
Zittingsdatum : 23 september 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (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, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een dermoliplectomie van de bovenbenen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 26 november en 6 december 2013 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 16 juli 2014, en e-mailbericht van 1 oktober 2014 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 2 april 2015 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 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.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juli 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 september 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 6 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015084742) 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 van verminking. Er is doorgaans geen vergoeding mogelijk bij forse bovenbenen, met eventueel kapot schuren van de benen. De lichamelijke klachten lijken met name voor te komen bij het sporten. Klachten bij het sporten en wandelen zijn, hoewel deze hinderlijk zijn voor verzoekster, niet aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster is op 23 september 2015 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 25 september 2015 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 2 oktober 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Bij verzoekster is in 2010 een sleeve resectie uitgevoerd. Hierdoor is zij ruim 70 kilo afgevallen. Verzoekster heeft in 2012 een lower body lift en een borstreconstructie ondergaan. In 2013 heeft zij een aanvraag ingediend voor een dermolipsectomie van de bovenbenen. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
-  4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft op 11 september 2013 verklaard dat bij verzoekster sprake is van: *"Postbariatrische ptosis van de bovenbenen met Pittsburgh Rating Score 2 met een overschot in verticale en horizontale richting. Geschatte resectiebreedte 18 cm. Forse varix links ventraal bovenbeen. Matig lipoedeem van boven- en onderbenen."*
-  4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou verzoekster geen last hebben van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Verzoekster bestrijdt dit. De functiestoornissen bestaan uit beperkingen in het dagelijks leven, maar vooral bij het sporten, *"doordat de weefselmassa's aan de binnenzijden van de bovenbenen ernstig heen en weer bewegen en haar beweging uit cadans brengen."* Na slechts enkele minuten lopen beginnen haar benen erg veel pijn te doen, waardoor zij niet in staat is om te sporten. Verzoekster ervaart pijn die enerzijds wordt veroorzaakt door een abnormaal hoge druk op het weefsel waardoor de bloedcirculatie wordt bemoeilijkt, en anderzijds door tegen elkaar schurende weefsels waardoor wonden ontstaan. Haar klachten worden hierdoor voldoende geobjectiveerd. Verzoekster probeert de pijn te verlichten door het dragen van zeer

strakke broeken. Dit is echter geen adequate oplossing voor het probleem. De pijn zou hierdoor juist eerder kunnen toenemen, als gevolg van relatief zuurstofgebrek in het weefsel.

4.4. Naar aanleiding van een vraag van de Ombudsman Zorgverzekeringen over de lower body lift die door de ziektekostenverzekeraar in 2012 is vergoed, heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat deze niet zozeer is aangevraagd, maar dat het een behandeling betreft waarvoor geen voorafgaande machtiging nodig was. De ziektekostenverzekeraar stelt hierdoor niet te kunnen melden of destijds sprake was van een functiestoornis van de buik en flanken waardoor vergoeding zou zijn gerechtvaardigd. Uit de brief van 13 januari 2012 van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat namens verzoekster in 2012 een aanvraag is ingediend voor de lower body lift. De ziektekostenverzekeraar heeft in deze brief medegedeeld dat deze ingreep niet hoefde te worden aangevraagd, omdat met het betreffende ziekenhuis de afspraak was gemaakt dat de behandelend arts beoordeelt of de ingreep noodzakelijk was. Zoals is gebleken, heeft de behandelend arts destijds geoordeeld dat de lower body lift noodzakelijk is, net zoals dat nu geldt voor de dermolipectomie van de bovenbenen. Het ziekenhuis heeft aan verzoekster medegedeeld dat naar aanleiding van voornoemde brief telefonisch contact is opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Er heeft destijds dus wel degelijk voorafgaand overleg plaatsgevonden. Om voor vergoeding van een lower body lift in aanmerking te komen, moet sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals een ernstige bewegingsbeperking, net zoals dit geldt voor de aangevraagde dermolipectomie van de bovenbenen.

4.5. De ziektekostenverzekeraar laat consequent na toe te lichten waarom in de situatie van verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Ondanks het feit dat de medisch specialist de medische noodzaak van de aangevraagde operatie en de causaliteit onderschrijft.

4.6. Uit het verslag van het VieCuri Medisch Centrum van 5 februari 2015, ter zake van het onderzoek van 19 oktober 2012, blijkt dat verzoekster kampt met lipoedeem in de benen. Haar lichaam slaat in feite alles op in de benen, waardoor het verder 'hangen' van de huid onmogelijk is.

4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat niet alleen sprake is van een psychisch en esthetisch probleem, maar ook van een medisch probleem aangezien de huid kapot schuurt. Verzoekster vindt het vreemd dat de lower bodylift en de borstreconstructie wél zijn vergoed, maar de aangevraagde dermolipectomie van de bovenbenen niet omdat zij niet zou voldoen aan de voorwaarden. Hierbij merkt zij op dat zij veel meer last heeft van haar bovenbenen dan zij ooit heeft gehad van haar buik. Bovendien was toen ten aanzien van de lower bodylift, net zoals nu geldt voor de bovenbenen, sprake van Pittsburgh Rating Scale graad 2. Verzoekster is op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. Zij moest haar broek naar beneden doen en een rondje draaien. Zij acht dit geen deugdelijk onderzoek. Verzoekster benadrukt dat zij zich aan de voorwaarden houdt. Zij is veel afgevallen, maar wordt hier niet voor beloond. Bovendien is haar figuur nu in disbalans.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 3 van de zorgverzekering ziet op de aanspraak op plastische chirurgie. Ingevolge dit artikel bestaat aanspraak op een dermolipectomie van de bovenbenen indien sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van verminking. Aantoonbare lichamelijke functiestoornissen zijn ernstige lichamelijke klachten die alleen door plastische chirurgie zijn op te lossen. Verminking moet zijn veroorzaakt door een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Voornoemde begrippen zijn verder uitgewerkt in de werkwijzer plastische chirurgie van de VAGZ.

5.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gesproken bij smetten van de huid dat niet reageert op behandeling, of als de verzekerde door de omvang van de benen moeilijk kan lopen (ernstige bewegingsbeperking). Gebleken is dat verzoekster kan lopen. Het

lopen wordt niet bemoeilijkt door een standsafwijking. Daarom heeft verzoekster geen ernstige bewegingsbeperking. Het uit cadans raken tijdens het lopen is lastig voor verzoekster, maar is niet aan te merken als ernstige bewegingsbeperking. De medisch adviseur heeft tijdens het spreekuurbezoek geen smetten geconstateerd.

5.3. De ernst van een verminking wordt bij extreem afvallen bepaald aan de hand van de Pittsburgh Rating Scale. Om voor vergoeding van een plastisch chirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te komen, moet ten minste sprake zijn van een score 3. De behandelend plastisch chirurg heeft in zijn brief van 11 september 2013 verklaard dat bij verzoekster sprake is van score 2. Dit is niet ernstig genoeg om te spreken van verminking. Daarom heeft verzoekster op grond van dit criterium geen aanspraak op een dermoliplectomie ten laste van de zorgverzekering.

5.4. Ten aanzien van de lower body lift uit 2012 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij de aanvraag hiervoor destijds niet heeft beoordeeld. De chirurg heeft destijds een behandeling aangevraagd met DBC 11002423. Voor deze DBC gold in januari 2012 geen aanspraakbeperking en deze viel onder de reguliere medisch specialistische zorg. Hiervoor hoefde dus geen aanvraag te worden ingediend. Dit is bij brieven van 13 januari 2012 medegedeeld aan verzoekster en de behandelend arts.

5.5. Dat verzoekster in 2012 de lower body lift vergoed heeft gekregen, betekent niet dat zij thans de aangevraagde dermoliplectomie ook vergoed krijgt. De aanvraag voor de dermoliplectomie wordt apart beoordeeld.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster op het spreekuur van de medisch adviseur is geweest. Deze heeft vastgesteld dat bij verzoekster geen sprake is van een ernstige bewegingsbeperking of onbehandelbaar smetten. Uit de VAGZ-werkwijzer blijkt dat het dragen van een broek een oplossing kan zijn voor de onderhavige klachten.
De verschillende aangevraagde ingrepen worden per aanvraag beoordeeld. De borstreconstructie is destijds goedgekeurd omdat sprake was van een recidiverende smetproblematiek. De toen eveneens aangevraagde dermoliplectomie van de bovenarmen werd afgewezen.

5.7. 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, die volgens de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook op deze verzekering van toepassing is, 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 verzoekster aanspraak heeft op een dermoliplectomie van de bovenbenen, 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen aanspraak heeft op vergoeding van zorg door

gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 3 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie 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;
(...)”*

- 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.

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. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op een dermolipectomie van de bovenbenen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 3 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 9.2. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen kan worden aangenomen dat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat. Daarvan kan in de eerste plaats sprake zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking, bijvoorbeeld door het moeilijk kunnen bewegen door de forse omvang van de bovenbenen. Verzoekster heeft verklaard dat zij veel last heeft van het huidoverschot waardoor zij slechts korte tijd kan lopen en sporten bijna onmogelijk is. Daarnaast schuurt de huid kapot. Ook heeft zij pijnklachten. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 29 juli 2015 geconcludeerd dat genoemde klachten niet zijn aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Voorts is van ernstig onbehandelbaar smetten bij verzoekster niet gebleken.

- 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 geval van verzoekster geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Vergoeding lower body lift in 2012

- 9.5. Tussen partijen is niet in geschil dat de ziektekostenverzekeraar in 2012 de kosten van een lower body lift heeft vergoed ten behoeve van verzoekster. Verzoekster meent op grond hiervan aanspraak te kunnen maken op de aangevraagde dermolipectomie van de bovenbenen, omdat hiermee is aangetoond dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis. De commissie deelt de mening van verzoekster niet; beide ingrepen zijn aparte aanspraken en dienen derhalve apart te worden beoordeeld. Een functiestoornis als gevolg van een huidoverschot ter hoogte van de buik is niet maatgevend voor het bestaan van een eventuele functiestoornis van de bovenbenen. Of verzoekster in 2012 een verzekeringsindicatie had voor de lower body lift is daarom thans niet relevant. Verzoekster had op grond van deze vergoeding ook niet gerechtvaardigd erop mogen vertrouwen dat de aangevraagde dermolipectomie van de bovenbenen zou worden toegewezen.

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, 7 oktober 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester