

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten
Zaaknummer : 2009.01482
Zittingsdatum : 2 december 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E, beide te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 april 2009 de aanvraag voor een implantaatbehandeling af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Naturapolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Uitgebreide Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend kaakchirurg heeft geconstateerd dat bij verzoeker sprake is van "retrognathie dwangbeet naar lateraal links". Het door hem bij de ziektekostenverzekeraar ingediende behandelplan voorziet in : "osteotomie bovenkaak, evt. ook proces-sus alveolaris osteotomie onderkaak links, om stabiele afsteuning te krijgen wel 1x implantaat rechter onderkaak nodig om frame af te kunnen steunen, prothetiek binnen CBT nadien" (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, met dien verstande dat voor de osteotomie op 24 juni 2009 alsnog een akkoord werd gegeven.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 15 augustus 2009 heeft verzoeker 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 2 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 oktober 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 6 oktober 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29108874) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkunde. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 8 december 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat als gevolg van een dubbele dwangbeet zijn partiële boven- en onderprothese regelmatig kapot gaan. Door de loszittende prothesen raakt zijn tandvlees geïrriteerd. Verzoeker heeft verder moeite met kauwen en ondervindt – daardoor – maagklachten, waarvoor hij medicijnen moet gebruiken. Voorts durft hij niet te lachen of uit eten te gaan, omdat dan de haakjes van de prothesen zichtbaar zijn. Zijns inziens is de dubbele dwangbeet een gevolg van deze “losse” prothesen. Hij heeft daar dan ook geen vertrouwen in en meent dat een constructie op implantaten is aangewezen, hetgeen wordt bevestigd door de kaakchirurg. Verzoeker verklaart dat de ziektekostenverzekeraar de zaak omdraait, en dat de implantaatbehandeling logischerwijs dient te volgen op de osteotomie, die anders namelijk zinloos is.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij continu last heeft van ontstekingen aan het tandvlees. Een gewoon frame bleek niet mogelijk te zijn om de klachten op te lossen; de kaakchirurg raadde een vaste constructie aan. Volgens de kaakchirurg is

bij verzoeker sprake van een dubbele dwangbeet. Verzoeker is van mening dat de osteotomie en implantaten samen één behandeling vormen.

4.3. Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker geen recht heeft op een implantaatbehandeling omdat daarvoor een indicatie ontbreekt en de behandeling ook onnodig kostbaar is. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat door de gemachtigde kaakchirurgische ingreep het probleem van het “scheefbijten” wordt verholpen. Wat dan resteert is een normale tandheelkundige Ausgangssituatie. De prothetische vervanging van de – vóór de ingreep reeds – ontbrekende elementen behoort niet tot de bijzondere tandheelkunde. De daarmee gemoeide kosten blijven daarom voor rekening van verzoeker, behoudens voor zover er dekking bestaat vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar aan te geven welke prothetische oplossing is aangewezen; dit is immers aan de zorgverlener.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de behandeling die door de specialist is aangevraagd, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Zoals ook uit het advies van het CVZ blijkt kan de dubbele dwangbeet met een osteotomie worden verholpen. Daarna is weer sprake van een gewone tandheelkundige situatie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op een implantaatbehandeling. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt:

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier 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 19 tot en met 43 van de zorgverzekering. Artikel 34 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op mondzorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 34 Mondzorg voor verzekerden van alle leeftijden

34.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op de mondzorg in bijzondere gevallen voor verzekerden van alle leeftijden. Het gaat om mondzorg die noodzakelijk is omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mond-stelsel hebt;*
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt;*
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft.*

Zonder die mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

U hebt ook recht op het plaatsen van een tandheelkundig implantaat en het plaatsen van het vaste gedeelte van de suprastructuur als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop de uitneembare prothese vastgemaakt kan worden. Vergoeding is ook mogelijk als u een ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel hebt en uw gebit zonder die tandheelkundige zorg zijn normale functie niet kan houden of krijgen, die het zonder die aandoening zou hebben gehad. (...)”

- 7.3. Artikel 34.1 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv), de Regeling zorgverzekering (Rzv), de toelichtingen op deze wet- en regelgeving, en het ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. 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. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.4 Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Volgens de tussen partijen geldende polisvoorwaarden kan het aanbrengen van implantaten slechts dan ten laste van de zorgverzekering worden gebracht, indien sprake is van een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, dat geen tandheelkundige functie kan worden behouden, gelijk aan die welke zou bestaan indien de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan. Blijkens de toelichting op het Bzv met betrekking tot artikel 2.7 lid 1 dient het daarbij te gaan om bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.
- 7.7. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is betoogd, zal nadat de osteotomie heeft plaatsgevonden sprake zijn van een normale tandheelkundige Ausgangssituatie. Deze situatie is geenszins te vergelijken met de in de toelichting op het Bzv genoemde voorbeelden. Een indicatie voor bijzondere tandheelkunde als bedoeld in artikel 34.1, eerste gedachtestreepje, van de zorgverzekering ontbreekt derhalve.
- 7.8. Verder is niet gebleken van een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening of van een medische behandeling die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft, zoals bedoeld in artikel 34.1, tweede en derde gedachtestreepje, van de zorgverzekering.
Zou overigens wel een indicatie voor bijzondere tandheelkunde aanwezig zijn, hetgeen nadrukkelijk niet het geval is, dan moet de implantaatbehandeling onder de ge-

geven omstandigheden als ondoelmatig worden beschouwd, nu immers niet is vastgesteld dat verzoeker – nadat de osteotomie heeft plaatsgevonden – niet kan volstaan met normale prothetische voorzieningen. Het aanbrengen van implantaten moet in dit verband worden gezien als een ultimum remedium.

- 7.9. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoeker geen aanspraak kan maken op een implantaatbehandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel 19 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“19.1. Mondzorg algemeen

19.1.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden mondzorg algemeen. Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

19.1.2. Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen

U hebt recht op vergoeding van mondzorg algemeen zoals vermeld staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om mondzorg zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet.

(...)

19.2. Kronen, bruggen en inlays

(...)

19.3. Gebitsprotheses

(...)

19.4. Overige mondzorg

(...)”

- 7.11. Op het vergoedingenoverzicht is de hoogte van de vergoeding met betrekking tot mondzorg geregeld:

“Mondzorg Maximaal € 1.150,-- per jaar voor onderstaande zorg samen

1^e en 2^e Preventieve onderzoek (C11/C12) 100%

Kronen, bruggen en inlays (codes die beginnen met “R”) 75%

Gebitsprothese (codes die beginnen met “P” of “J”) 75%

Overige mondzorg 75%”

- 7.12. Verzoeker heeft aldus, onder de in de polis opgenomen voorwaarden, ter zake van mondzorg recht op vergoeding van maximaal € 1.150,-- per jaar. Aangezien door hem geen nota's zijn ingediend, en de ziektekostenverzekeraar derhalve nog geen standpunt heeft kunnen innemen ten aanzien van de vergoeding, komt de commissie aan de beoordeling in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering niet toe.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter