

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Plastische chirurgie, mammareductie (borstverkleining)
Zaaknummer : 2010.01774
Zittingsdatum : 5 januari 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna 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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een mammareductie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 7 juli 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 27 augustus 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 (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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 stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 november 2010 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 november 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 december 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 19 november 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 7 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010137256) 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. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar is op 5 januari 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 5 januari 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 10 januari 2011 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 plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "mammahypertrofie". In de aanvraag voor een borstverkleining heeft hij toegelicht dat als gevolg van de hypertrofie bij verzoekster nek- en rugklachten zijn ontstaan, dat sprake is van een verkeerde houding en van smetplekken onder de mammae. Verzoekster is 1,70 meter lang, weegt 75 kilogram en heeft cupmaat 85G.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij last heeft van een ernstige vorm van talgvorming, waardoor ontstekingen ontstaan. Zij moet de talgtunnels daarom regelmatig (laten) uitknippen. Zij heeft last van ernstige abcessen die regelmatig operatief verwijderd moeten worden. Door de littekens die hierdoor ontstaan is het moeilijk om verdachte bulten in haar borsten te ontdekken. Verzoekster heeft al veelvuldig antibiotica gebruikt, en is onder behandeling geweest bij een dermatoloog. De behandelingen mochten echter niet baten; de resultaten waren slechts van tijdelijke aard. Verzoekster probeert zoveel mogelijk zelf te doen om problemen te voorkomen, zoals het preventief laten verwijderen van okselhaar door een schoonheidsspecialiste en het (laten) uitknippen van de talgtunnels.
- 4.3. Verzoekster heeft tevens nek- en rugklachten, waarvoor zij fysiotherapie krijgt. De fysiotherapie werkt matig en slechts tijdelijk.
- 4.4. De kosten van het operatief verwijderen van de abcessen en de fysiotherapie worden door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster meent dat het ook financieel voordeliger is als de ziektekostenverzekeraar de borstverkleining vergoedt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Zij begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar vergoeding weigert. Uit de verklaringen van de

artsen blijkt dat deze ingreep noodzakelijk is. Verzoekster is inmiddels onder behandeling bij een orthopeed. Daarnaast heeft zij last van smetplekken en is daarvoor onder behandeling bij de huisarts. De huid wordt op elkaar gedrukt, waardoor de smetplekken aanwezig blijven. Het lijkt erop dat het bestaan van smetplekken door de ziektekostenverzekeraar wordt ontkend. Verzoekster neemt aan dat er vereisten bestaan voor vergoeding. Als daaraan is voldaan, bestaat aanspraak op vergoeding.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij de door verzoekster overgelegde ongedateerde aanvraag niet heeft ontvangen. De aanvraag die wel is ontvangen is gedateerd op 20 mei 2010 en wijkt inhoudelijk af van de ongedateerde aanvraag.

5.2. Naar aanleiding van de aanvraag van 20 mei 2010 is verzoekster uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur op 21 juni 2010. De medisch adviseur heeft vastgesteld dat geen sprake is van verminking of een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met objectief aantoonbare functiestoornissen. De door verzoekster aangevoerde nek- en schouderklachten zijn niet objectief aantoonbaar. Verzoekster is weliswaar onder behandeling van een fysiotherapeut geweest, maar dit was in verband met een tennisarm. Dit geldt ook voor haar bezoek aan de orthopeed. Evenmin is sprake van onbehandelbare smetplekken.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat hij zich kan vinden in het advies van het CVZ. De ziektekostenverzekeraar begrijpt de argumenten van verzoekster, en dat zij zich niet prettig voelt met de situatie. Dat de arts een behandeling noodzakelijk vindt, betekent echter niet dat sprake is van verzekerde zorg. Verzoekster heeft geen verzekeringsindicatie voor de ingreep. Een rapport van een orthopeed brengt daarin geen verandering. De medisch adviseur heeft geen onbehandelbaar smetten geconstateerd. Wel was sprake van andere ontstekingen die geen verband houden met smetten. De aanwezigheid van smetten wordt niet ontkend; het gaat hier echter niet om onbehandelbaar smetten.

5.4. 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is een borstverkleining te verstrekken ten laste van de zorgverzekering.

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 16 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 17, lid 2, onder d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien binnen minstens 3 weken vooraf schriftelijk toestemming bij [naam ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd en deze door [naam ziektekostenverzekeraar] is verleend, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

*- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(...)”*

- 8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering is volgens artikel 2, lid 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak op een borstverkleining, indien bij haar sprake is van een indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 17 van de zorgverzekering.
- 9.2. Een lichamelijke functiestoornis kan in dit kader aan de orde zijn indien sprake is van cup DD of groter, er geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang bestaan waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, en conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie, zijn geprobeerd zonder resultaat. Verzoekster heeft cupmaat 85G. Uit het dossier blijkt niet dat vaststaat dat de nek- en schouderklachten een rechtstreeks gevolg zijn van de borstomvang. Verzoekster is onder behandeling van een fysiotherapeut geweest vanwege nek- en rugklachten. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de fysiotherapeutische behandeling echter betrekking op een tennisarm. Verder blijkt uit de stukken niet dat conservatieve behandelingen zonder succes zijn geprobeerd. Evenmin is gebleken dat de abcessen, talgvorming en de ontstekingen een gevolg zijn van de grootte van de borsten. Ook anderszins is niet gebleken van een 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 aangezichtszenew, 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.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 januari 2011,

Voorzitter