



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, hersteloperatie na
buikwandcorrectie
Zaaknummer : 201500308
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een abdominoplastiek inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 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 e-mailbericht van 29 juni 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 14 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 november 2015 schriftelijk 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 18 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015099670) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 9 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de voorgedragen pleitnota 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. De behandelend plastisch chirurg in het Catharina Ziekenhuis heeft op 29 oktober 2014 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"(...) 22-08-13 fleur-de-lis abdomino gecompliceerd door wondinfectie drielandenpunt. 03-06-14 correctie litteken drielandenpunt. Patiënte is ontevreden met cosmetisch resultaat. (...) Surplus in horizontale richting. Houdt ook in horizontale richting. Bulging bovenbuik vanwege enige rectus diastase. Fors flank fatpad en slappe huid aldaar. (...) Beeldvormend onderzoek: Plan Liposculpture en resectie huid ter plaatse van flanken in combinatie met volledige re-do abdominoplastiek met fleur-de-lis component. (...) Feitelijk wordt een lower bodylift verricht. Reven van de rectus in zowel horizontale als verticale richting. Reconstructie van mons in verband met trekking litteken aldaar. (...)".*
-  4.2. Verzoekster is na een gastric bypass 75 kg afgevallen. Zij heeft hier een vetschort aan overgehouden, en kreeg last van onbehandelbaar smetten. Zij heeft op 22 augustus 2013 op kosten van de ziektekostenverzekeraar een abdominoplastiek ondergaan. Ook werd een fleur-de-lis operatie uitgevoerd, vanwege het vetschort in de onderbuik en boven de navel. Deze operatie is uitgevoerd in het ziekenhuis Rijnstate. Na de operatie kreeg verzoekster een forse ontsteking, waarvoor zij twaalf dagen in het ziekenhuis is verbleven. De buik leek na de operatie helemaal strak, maar is door de ontsteking gaan trekken, zodat een behoorlijke misvorming van de onderbuik ontstond. Er was veel littekenweefsel ontstaan in de buik, hetgeen als een soort grote ballon aanvoelde. Verzoekster kon niet normaal meer hardlopen.
-  4.3. De behandelend arts in het ziekenhuis Rijnstate besloot tot een hersteloperatie, die op 3 juni 2014 is uitgevoerd. Het herstel ging goed, maar verzoekster zag na het verwijderen van het verband dat er nog weinig was veranderd. Het grote littekenweefsel is verdwenen, maar met sporten heeft zij nog steeds last van haar buik. Lange buikspieroefeningen kan zij niet of nauwelijks uitvoeren. Als gevolg hiervan heeft weer een gewichtstoename plaatsgevonden, en zijn haar spieren minder ontwikkeld,

waardoor ischias is ontstaan. De behandelend plastisch chirurg in het ziekenhuis Rijnstate heeft echter medegedeeld niets meer voor verzoekster te kunnen betekenen.

4.4. Verzoekster is op advies van voornoemde plastisch chirurg door haar huisarts verwezen naar een plastisch chirurg in het Catharina Ziekenhuis, die haar heeft medegedeeld dat een reconstructie nog wel mogelijk is. Hij heeft met pen op haar buik uitgetekend wat er nog aan vel moet worden verwijderd om de buik weer mooi te krijgen. Het gaat om een lower bodylift, hetgeen een intensieve operatie is. Ook moet wederom een fleur-de-lis operatie worden uitgevoerd.

4.5. De ziektekostenverzekeraar weigert vergoeding op de grond dat verzoekster niet meer voldoet aan de eisen die gelden voor een abdominoplastiek. Dat de hersteloperatie niet wordt vergoed, begrijpt verzoekster niet. Uit de foto's blijkt dat nog steeds sprake is van een misvorming. Bovendien heeft de arts in het Catharina Ziekenhuis medegedeeld dat een hersteloperatie noodzakelijk is, en door de ziektekostenverzekeraar zou moeten worden vergoed. Verzoekster voldoet weliswaar niet aan Pittsburgh Rating Scale graad 3, maar heeft veel lichamelijke beperkingen die een vergoeding rechtvaardigen.

4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Een lower body lift na bariatrische chirurgie kan alleen ten laste van de zorgverzekering worden gebracht indien, naast het voltooid gewichtsverlies en een stabiel BMI van 35 of lager, sprake is van verminking volgens Pittsburgh Rating Scale graad 3 of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Bij verzoekster is sprake van een probleem dat is ontstaan als gevolg van een geneeskundige verrichting, maar verminking volgens Pittsburgh Rating Scale graad 3 is bij haar niet aan de orde. Gelet op hetgeen is vermeld in de aanvraag van de plastisch chirurg, bestaat bij verzoekster ook geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Daarom heeft zij geen aanspraak op de aangevraagde ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Volgens artikel 22 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een buikwandcorrectie bij een overhangende buikplooï van 6 centimeter of meer, waarbij smetten aanneemelijk is, en bij een gewicht dat in verhouding staat tot de lengte ($BMI \leq 30$). Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarden, zodat ook vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op de gevraagde ingreep.

5.3. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is bij verzoekster wel sprake van een bijzondere zorgvraag. Haar situatie is echter niet zo uitzonderlijk dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat moet worden afgeweken van de gestelde criteria.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.



- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

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



- 8.4. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 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.
Plastische chirurgie 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.



- 8.7. Artikel 22 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een buikwandcorrectie en luidt, voor zover hier van belang:



"Omschrijving

Correctie van de buikwand.



*Wie mag de zorg verlenen
Medisch specialist.*

Vergoeding (...) ten hoogste € 2.500 voor de gehele looptijd van de verzekering

Indicatie

Een overhangende buikhuidplooï waarbij de plooï – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$) (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt allereerst vast dat partijen spreken over een lower bodylift, en dat de plastisch chirurg heeft opgemerkt dat dit de ingreep is die in feite wordt uitgevoerd. De aanvraag vermeldt echter dat het gaat om een "*Abdominoplastiek incl. navelreïnsertie en reven fascia abdominalis*". De ziektekostenverzekeraar en de commissie dienen bij de beoordeling van de aanvraag uit te gaan van de behandeling zoals omschreven in de aanvraag. Dienaangaande geldt het volgende.
- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie (abdominoplastiek) indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan ondanks adequate behandeling niet te voorkomen dan wel te genezen smetten in de huidplooien dat altijd ter plekke aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen moet duidelijk zijn te objectiveren. Voorts kan sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij een ernstige bewegingsbeperking. Dit criterium wordt aldus uitgelegd dat het overhangende buikschort ten minste een kwart van de lengte van het bovenbeen dient te bedekken.
Bij verzoekster was ten tijde van de eerste operatie sprake van onbehandelbaar smetten. Niet gebleken is dat deze situatie thans nog steeds aan de orde is. Met de twee uitgevoerde ingrepen is dit probleem verholpen. Ook is niet gebleken van een ernstige bewegingsbeperking. Dat verzoekster last heeft van de buikspieren tijdens het sporten, is hiervoor - hoewel vervelend ook - onvoldoende.
- 9.4. 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.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Artikel 22 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt dat aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie bij een overhang van de buikplooï van 6 centimeter of meer, waarbij smetten aannemelijk is. Ook moet sprake zijn van een BMI van 30 of lager.
Gesteld noch gebleken is dat verzoekster een overhang van de buikhuid heeft van 6 centimeter of meer en dat bij haar - ook na de eerste ingreep - nog sprake is van smetten. Bovendien is in de aanvraag vermeld dat de BMI op dat moment 30,7 was, zodat ook aan dit criterium niet is voldaan.

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, 2 december 2015,



A.I.M. van Mierlo

