

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, orthodontische hulp na ongeval
Regelgeving : Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 150 Rv
Zaaknummer : 202101349
Zittingsdatum : 12 januari 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 3 september 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan. Op 28 september 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 30 september 2021 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld zijn standpunt kenbaar te maken. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 1 november 2021 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 november 2021 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 januari 2022 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere informatie over te leggen van ná afronding van de eerdere orthodontische behandeling en vóór het ongeval. Op 9 februari 2022 heeft verzoekster de commissie informatie doen toekomen. Een kopie hiervan is op 14 februari 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 7 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van zijn reactie is aan verzoekster gezonden. Van de geboden mogelijkheid hierop te reageren heeft zij geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering ZieZo Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZieZo Aanvullend 1 en ZieZo Tand 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is in de periode van 20 februari 2012 tot en met 7 maart 2019 orthodontisch behandeld. Deze orthodontische behandeling duurde bij verzoekster langer dan gemiddeld omdat zij regelmatig epileptische aanvallen heeft. In oktober 2020 heeft verzoekster opnieuw een epileptische aanval gehad. Deze aanval was zo zwaar dat zij ten val is gekomen. Hierbij is ook haar gebit beschadigd geraakt. Om de schade te herstellen zijn bij de ziektekostenverzekeraar

verschillende aanvragen gedaan, die door deze zijn goedgekeurd. Op 20 januari 2021 is door de behandeld orthodontist bij de ziektekostenverzekeraar opnieuw een aanvraag ingediend. Ditmaal voor een orthodontische behandeling van de onderkaak. Op 1 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag afgewezen.

- 3.3. De behandelend orthodontist heeft bij brief van 20 januari 2021 het volgende over verzoekster verklaard:

"Bovengenoemde patiënte komt bij mij onder behandeling ter correctie van een orthodontisch behandelde KLI; disto-occlusie li; onregelmatig in forse protrusie staand onder- en bovenfront met wortelresorptie; divergente gelaatsopbouw; trauma elementen na ongeval (epileptische aanval) (IOTN4).

Op 21 oktober 2020 heeft patiënte een epileptische aanval (te benoemen als ziekte of ziekelijke afwijking van verzekerde) gehad en hierbij diverse elementen beschadigd. Te wetende 12, 11, 21, 22, 31, 32 en 41.

Om de elementen te kunnen restaureren is een orthodontische voorbehandeling noodzakelijk. Het plan luidt als volgt:

1. huidige bar in de onderkaak verwijderen en plaatsen vaste apparatuur in de onderkaak

2. terugplaatsen nieuwe c-c bar

** als voorbereiding op restauratieve tandheelkunde (voor deze behandeling is inmiddels door collega [naam] een machtiging aangevraagd (machtiging ID van Vecozo 1839988)*

3. invisible retainer in de bovenkaak

De duur van de actieve behandeling schat ik op 6-10 behandelmaanden."

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 7 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de orthodontische behandeling moet vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepaling uit de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en artikel 150 Rv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster verklaart dat zij in oktober 2020 een epileptische aanval heeft gehad die zó zwaar was dat zij zelfs voor controle naar het ziekenhuis moest. Als gevolg van het ongeval is het gebit

van verzoekster beschadigd geraakt. Zo zijn elementen afgebroken, is de spalk achter haar tanden losgeraakt en zijn haar voortanden naar voren gegaan. Om een en ander te herstellen is door de tandarts en orthodontist bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een orthodontische behandeling van de onderkaak. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de behandelingen in de bovenkaak en het vastmaken van de spalk in de onderkaak te zullen vergoeden. De orthodontische behandeling van de onderkaak komt daarentegen niet voor vergoeding in aanmerking. Dit laatste kan verzoekster niet volgen omdat sinds het ongeval het onder- en bovengebitt niet meer goed op elkaar aansluiten. Dat de stand van het gebit door het ongeval is veranderd wordt bevestigd door de behandelend orthodontist.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoekster als gevolg van het ongeval schade heeft opgelopen aan haar gebit. In de bovenkaak zijn elementen beschadigd en in de onderkaak is een spalk losgeraakt. De kosten, verbonden aan het herstel hiervan, zijn of zullen worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- Daarnaast is door de orthodontist een nieuwe orthodontische behandeling van het ondergebitt aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar meent dat geen causaal verband bestaat tussen de orthodontiebehandeling en het ongeval in oktober 2020. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft de overgelegde stukken bekeken en heeft vastgesteld dat in de aanvraag van de orthodontist staat dat de behandeling van de onderkaak als doel heeft de ontstane protrusie (het naar voren staan van de tanden door het ongeval) op te heffen. De ondertanden van verzoekster waren door het ongeval echter niet geluxeed en niet beschadigd (in de aanvraag van 26 oktober 2020 staat "niet gebroken en niet mobiel").
- Verder is een lichtfoto van 14 december 2020 (bijna 2 maanden na het ongeval) overgelegd. Op deze foto is een regelmatig onderfront te zien waarbij de tanden van het onderfront elkaar raken. Als de protrusie door het ongeval of de kracht van de tong tijdens de epileptische aanval is veroorzaakt, ontstaan er ruimtes tussen de ondertanden. Dit komt doordat de lengte van de tandboog door de plotselinge protrusie wordt vergroot. Op de overgelegde lichtfoto zijn evenwel géén ruimtes tussen de ondertanden waarneembaar.
- De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij niet ontkent dat sprake is van protrusie van het onderfront, maar dit is niet het gevolg van het ongeval.

Overwegingen commissie

- 6.4. Verzoekster heeft in oktober 2020 een ongeval gehad waarbij schade aan het gebit is ontstaan. Zo zijn elementen afgebroken, is de spalk achter haar tanden losgeraakt en zijn haar voortanden naar voren gegaan. Om de ontstane schade te herstellen hebben verschillende tandheelkundige behandelingen plaatsgevonden die ook door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de eveneens aangevraagde orthodontische behandeling van het ondergebitt ook door de ziektekostenverzekeraar dient te worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval (artikel D6). Voorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen zijn dat het ongeval moet hebben plaatsgevonden tijdens de looptijd van de verzekering en dat de behandeling moet zijn gericht op het herstel van het directe letsel als gevolg van dit ongeval. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen één jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is de (definitieve) behandeling uit te stellen omdat het gebit nog niet is volgroeid. De aanvullende ziektekostenverzekering noemt nog twee aanvullende voorwaarden, namelijk (i) dat betrokkene vooraf toestemming moet hebben verkregen van de ziektekostenverzekeraar en (ii) dat bij de aanvraag onder meer een behandelplan moet worden ingediend.
- 6.5. Verzoekster heeft, onder overlegging van verklaringen van haar orthodontist en tandarts, aangevoerd dat na het ongeval de boven- en onderkaak niet meer goed op elkaar passen. De commissie begrijpt de stelling van verzoekster aldus dat de veroorzaakte schade niet alleen

bestaat uit de afgebroken elementen en de losgeraakte spalk, maar ook uit het geheel of gedeeltelijk teniet gaan van het resultaat van de eerdere orthodontische behandeling. Ingevolge artikel D6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering dient het te gaan om 'direct letsel'. Gelet op deze ruime definitie deelt de commissie de mening van verzoekster dat het letsel ook kan bestaan uit het geheel of gedeeltelijk teniet gaan van het resultaat van de eerdere orthodontische behandeling.

Verzoekster heeft in dit verband aangevoerd dat de huidige orthodontische behandeling van de onderkaak wordt uitgevoerd om de ontstane protrusie door het ongeval op te heffen. Dit wordt door de tandarts onderschreven in zijn verklaring van 20 januari 2021.

De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat de stand van de ondertanden sinds het ongeval is veranderd, maar stelt dat dit hoogstwaarschijnlijk is veroorzaakt door een relaps. De ziektekostenverzekeraar is tot deze conclusie gekomen doordat op het ongevalsformulier van 26 oktober 2020 wordt verklaard dat de retentiedraad in de onderkaak is gebroken en verbogen. De tanden in de onderkaak zijn niet gebroken of mobiel. Om de ontstane schade te herstellen is vervanging van de retentiedraad aangevraagd. Als sprake was van protrusie dan was geen vervanging van de retentiedraad aangevraagd. Verder is een directe traumatische verplaatsing zonder mobiliteit niet mogelijk.

- 6.6. Omdat verzoekster aanspraak maakt op de dekking van de verzekering lag het, gelet op de stellingen van de ziektekostenverzekeraar en tegen de achtergrond van de regels omtrent bewijsverdeling zoals neergelegd in artikel 150 Rv en de hierop betrekkelijke jurisprudentie, op haar weg om aan te tonen dat de aangevraagde behandeling is gericht op het herstel van het directe letsel als gevolg van het verzoekster overkomen ongeval in oktober 2020 (causaal verband). Door verzoekster is weliswaar nadere informatie overgelegd, maar de ziektekostenverzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie voldoende gemotiveerd betwist dat uit deze informatie volgt dat sprake is van een causaal verband tussen het ongeval en de nieuw opgekomen noodzaak van een orthodontische behandeling (het 'direct letsel'), terwijl ook anderszins niet is gebleken dat sprake is van een dergelijk causaal verband. De ziektekostenverzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie dan ook terecht het verzoek om vergoeding van de orthodontische behandeling van de onderkaak afgewezen.

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 mei 2022,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

ZieZo

Aanvullend 1 maximaal 6 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

Aanvullend 2 maximaal 9 behandelingen per persoon per kalenderjaar.

D.5 Anticonceptiva voor verzekerden van 21 jaar en ouder

Wij vergoeden aan vrouwelijke verzekerden van 21 jaar en ouder de kosten van hormonale anticonceptiva en spiraaltjes (IUD's). Voor deze geneesmiddelen gelden de maximale vergoedingen die wij hebben vastgesteld.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 Een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist moet het anticonceptiemiddel hebben voorgeschreven.
- 2 Voor de anticonceptiepill is alleen bij de eerste aflevering een recept van een huisarts, arts van een centrum voor seksualiteit, verloskundige of medisch specialist noodzakelijk.
- 3 Het anticonceptiemiddel moet voor vergoeding zijn opgenomen in het GVS. GVS staat voor geneesmiddelenvergoedingssysteem.
- 4 Het anticonceptiemiddel moet worden geleverd door een gecontracteerde apotheek.

Alleen gecontracteerde zorg vergoed

Let op! Het anticonceptiemiddel moet geleverd worden door een apotheek die wij gecontracteerd hebben. Kiest u voor een apotheek die wij niet gecontracteerd hebben? Dan ontvangt u geen vergoeding.

Wilt u weten met welke apotheken wij een contract hebben? Gebruik dan de zorgverkenner op www.zk.nl/zorgverkenner.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a anticonceptiva als deze worden vergoed vanuit de basisverzekering op grond van een medische indicatie. In het kader van dit artikel verstaan wij onder een medische indicatie endometriose of menorrhagie (hevig bloedverlies).
- b de wettelijke eigen bijdrage (de bovenlimietprijs GVS), wanneer u de anticonceptiva vergoed krijgt vanuit de basisverzekering. Als u recht heeft op vergoeding vanuit de aanvullende verzekering geldt er geen wettelijke eigen bijdrage.

ZieZo

Aanvullend 1 100%

Aanvullend 2 100%

D.6 Tandheelkundige zorg als gevolg van een ongeval

Wij vergoeden tandheelkundige zorg door een tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg. De behandeling moet gericht zijn op het directe letsel als gevolg van een ongeval tijdens de looptijd van deze verzekering. Daarnaast moet de behandeling plaatsvinden binnen 1 jaar na het ongeval, tenzij het noodzakelijk is om een (definitieve) behandeling uit te stellen, doordat het gebit niet volgroeid is. Onze adviserend tandarts beoordeelt of er wel of geen sprake is van een volgroeid gebit of van tijdelijke behandeling. Ten tijde van zowel het ongeval als de behandeling moet er volgens deze verzekering dekking zijn.

Voorwaarden voor vergoeding

- 1 U moet van ons vooraf toestemming hebben gekregen. Voordat wij toestemming geven, beoordelen wij uw aanvraag voor de behandeling: is deze doelmatig en rechtmatig?
- 2 Wij vergoeden de kosten die gemaakt moeten worden voor zover deze gericht zijn op herstel van de situatie direct voorafgaand aan het ongeval. U heeft geen recht op vergoeding als de indicatie voor de aangevraagde behandeling al voor het ongeval aanwezig was. Dit ter beoordeling van onze adviserend tandarts.
- 3 Wij vergoeden alleen de kosten als er geen vergoeding is uit de basisverzekering.
- 4 Bij uw aanvraag voor toestemming moet een behandelplan met kostenbegroting en beschikbare röntgenfoto's zitten. Het behandelplan moet zijn opgesteld door uw tandarts, tandprotheticus, orthodontist of kaakchirurg.
- 5 Autotransplantaten (het verplaatsen van een eigen tand of kies naar de plaats van een ontbrekende tand) moet worden uitgevoerd door een multidisciplinair team autotransplantaten dat voldoet aan onze eisen qua deskundigheid. Kijk op onze website welke zorgverleners onderdeel uitmaken van dit team.

Wat wij (volgens dit artikel) niet vergoeden

Wij vergoeden niet de kosten van behandelingen die direct of indirect het gevolg zijn van:

- a ziekte of een ziekelijke afwijking van de verzekerde;
- b grove schuld of opzet van de verzekerde;
- c het gebruik van alcohol en/of verdovende middelen door verzekerde;
- d deelname door verzekerde aan een vechtpartij, anders dan uit zelfverdediging.

ZieZo

Aanvullend 1 maximaal € 10.000,- per ongeval

Aanvullend 2 maximaal € 10.000,- per ongeval

D.7 Tweede Arts Online

Wij vergoeden de kosten van Tweede Arts Online. Dit is een digitaal platform waarop u bij twijfel over een gestelde diagnose en/of behandeling een (medisch) specialist kan kiezen en hem/haar een vraag kan stellen over een gestelde diagnose en/of behandeling.

Voorwaarde voor vergoeding

U neemt contact op met de Persoonlijke Zorgcoach via telefoonnummer (071) 36 402 80. Uw persoonlijke Zorgcoach stuurt de aanvraag naar Tweede Arts Online.

ZieZo

Aanvullend 1 100%

Aanvullend 2 100%

