



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstreconstructie door middel van LD-flap  
zonder prothese, dermolipectomie bovenarmen, upper bodylift  
Zaaknummer : 201602076  
Zittingsdatum : 31 mei 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,  
tegen

VGZ 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 basis van de verzekering Ruime Keuze (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 GemeentePakket Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico 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 borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese in combinatie met een dermoliplectomie van de bovenarmen, en - nadien - een upper bodylift (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 20 en 22 april 2015 en 29 oktober 2015 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 brieven van 29 februari 2016 en 12 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 5 januari 2017 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt en heeft hierbij alsnog goedkeuring verleend voor de dermoliplectomie van de bovenarmen.

Hij handhaaft evenwel de afwijzing ten aanzien van de mamma-reconstructie door middel van LD-flap zonder prothese. Een afschrift van de brief van de ziektekostenverzekeraar is op 13 maart 2017 aan verzoekster gezonden. Zij is hierbij in de gelegenheid gesteld op het nadere standpunt van de ziektekostenverzekeraar te reageren.

- 3.6. Verzoekster heeft bij brief van 27 maart 2017 gereageerd op het nadere standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft bij die gelegenheid medegedeeld dat haar verzoek thans nog ziet op de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar van de aanvraag voor een mamma-reconstructie door middel van LD-flap zonder prothese. Een afschrift van de brief van verzoekster is op 29 maart 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 3 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 2 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017015612) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Er is geen objectief aantoonbaar verband tussen de pijnklachten en de ptosis van de borsten. Verder is geen sprake van chronisch onbehandelbaar smetten en evenmin van een verminking zoals bedoeld in de regelgeving. Psychische en sociale functiestoornissen bieden geen aanspraak op de behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 mei 2017 aan partijen gezonden.
  - 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. In vervolg op de hoorzitting is verzoekster uitgenodigd voor een bezoek aan het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
  - 3.11. Bij brief van 7 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst van het spreekuurbezoek op 27 juli 2017. Een afschrift van deze brief is op 14 augustus 2017 aan verzoekster gezonden.
  - 3.12. Bij brief van 24 augustus 2017 heeft verzoekster gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 augustus 2017. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
  - 3.13. Bij brief van 28 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 augustus 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft desgevraagd opgemerkt dat het dossier geen medische informatie van de behandelend plastisch chirurg bevat over een samenhang tussen de aangevraagde ingrepen, zoals door verzoekster is gesuggereerd. De dermolpectomie kan als aparte operatie worden uitgevoerd en dit brengt geen extra risico's, buiten de normale risico's bij een operatieve ingreep, mee.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft op 9 juni 2016 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“In antwoord op uw vraag voor wat betreft uitblijven van een dermoliepectomie van de armen en een borstreconstructie (upper bodylift) aan te merken is als een lichamelijke functiestoornis, is op basis van de aan mij ter beschikking staande informatie in dossier en foto's reëel aan te geven dat patiënte in haar activiteiten van het dagelijks leven last met functioneren heeft. Of dit volgens de letter van de wet en regelgeving in de Ziekenfondswet als een lichamelijke functiestoornis omschreven kan worden is door mij niet met zekerheid te beantwoorden”*.
- 4.2. Verzoekster kampte met overgewicht. Na het volgen van een streng dieet is zij na twee jaar geopereerd aan haar buik en dijen. De kosten van deze lower bodylift zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Na een herstelperiode van zes maanden heeft verzoekster de behandelend plastisch chirurg opnieuw bezocht. Deze heeft geconcludeerd dat ook een operatie aan de bovenarmen en een borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese dienen plaats te vinden. Verzoekster stelt hierbij dat het niet om een borstvergroting gaat. Zij merkt op klachten te hebben gekregen aan de grote borstspier waardoor zij pijn heeft bij het gebruik van de armen. Daarnaast kampt zij met huidoverschot op het bovenlichaam zodat sprake is van hangende borsten. Verzoekster ondervindt veel hinder in het lichamenlijk functioneren omdat haar bovenlichaam zwaarder is dan haar onderlichaam. Zo heeft zij moeite met het aankleden, douchen en bewegen. Uit de foto's van de armen en rug blijkt duidelijk dat afwijkingen bestaan in het uiterlijk. Ook is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis die objectiveerbaar is. In dit verband verwijst verzoekster naar de verklaring van de plastisch chirurg van 9 juni 2016. Voorts zijn wonden en smetplekken op de armen en borsten aanwezig. Het gaat hierbij niet om recidiverende smetplekken.
- 4.3. Naast lichamelijke klachten ervaart verzoekster psychische klachten. Zij durft geen relatie aan te gaan en voelt zich misvormd. Verzoekster stelt dat haar psychische klachten een gevolg zijn van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de kosten van de lower bodylift wel te vergoeden, maar die van de nadien aangevraagde upper bodylift niet. Zij voelt zich in de steek gelaten door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster doet in dit verband een beroep op artikel 2.4, eerste lid, onderdeel b, Bzv. Aangezien de kosten van de lower bodylift zijn vergoed, is de ziektekostenverzekeraar kennelijk van mening dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden. Door de aanvraag voor de upper bodylift ten onrechte af te wijzen, omdat verzoekster niet zou voldoen aan de voorwaarden, handelt de ziektekostenverzekeraar derhalve onrechtmatig. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (thans: Zorginstituut Nederland) heeft de zorgverzekeraars destijds aanbevolen kwaliteitscriteria te ontwikkelen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanbeveling niet in acht genomen.
- 4.4. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 maart 2017 heeft verzoekster op 27 maart 2017 medegedeeld haar verzoek aan de commissie, met betrekking tot de mamma-reconstructie door middel van LD-flap zonder prothese, te handhaven. Zij merkt hierbij op dat de behandelend plastisch chirurg haar heeft medegedeeld dat de borstreconstructie niet los van de dermoliepectomie van de bovenarmen kan worden gezien. Beide ingrepen dienen tegelijkertijd te worden uitgevoerd. Voorts voert verzoekster aan dat de lower bodylift die zij heeft ondergaan, dient te worden gevolgd door een upper bodylift, te weten de borstreconstructie en dermoliepectomie van de bovenarmen. Het uitblijven van deze upper bodylift heeft ertoe geleid dat bij verzoekster sprake is van verminking in de zin van de verzekeringswoorden. Verder blijkt uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 9 juni 2016 dat verzoekster in haar dagelijkse activiteiten wordt beperkt. Daarom is tevens sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat een samenhang tussen de dermoliepectomie van de bovenarmen en de borstreconstructie bestaat. Het materiaal dat bij de armen wordt verwijderd, zal namelijk door de behandelend plastisch chirurg worden gebruikt voor de reconstructie van de borsten. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar om enkel de dermoliepectomie

van de bovenarmen te vergoeden, is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid dan ook onaanvaardbaar.

4.6. Met betrekking tot het verslag van het bezoek aan het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar merkt verzoekster op dat de medisch adviseur niet is ingegaan op het doel van het spreekuur, te weten het bespreken van de samenhang tussen de borstreconstructie en de dermolpectomie van de bovenarmen, waardoor deze ingrepen tegelijkertijd dienen te worden uitgevoerd. De medisch adviseur schrijft slechts dat door de behandelend plastisch chirurg niet één maar twee aanvragen zijn ingediend, en dat om die reden de aanvragen apart dienen te worden beoordeeld. De medisch adviseur gaat aldus voorbij aan de vraag of bij verzoekster gezondheidsproblemen kunnen ontstaan indien enkel de dermolpectomie van de bovenarmen wordt uitgevoerd.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek voor het thans nog resterende deel dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 20 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op plastische chirurgie en/of reconstructieve chirurgie. De voorwaarden van dit artikel zijn gebaseerd op artikel 2.4 Bzv.

Een behandeling van plastisch-chirurgische aard komt voor vergoeding in aanmerking indien:

- de verzekerde een afwijking heeft die hem aantoonbaar ernstig beperkt in zijn lichamelijk functioneren;
- de verzekerde een ernstige verminking heeft door een ziekte, ongeval of medische handeling. Hierbij moet worden gedacht aan ernstige brandwonden, zware reumatische vervormingen, zaagverwondingen of een amputatie;
- de verzekerde een duidelijk zichtbaar aangeboren misvorming heeft. Hierbij kan worden gedacht aan splijtingen in lip, kaak of gehemelte en vaatgezwollen of opvallende geboortevlekken. Niet iedere aangeboren afwijking is ernstig genoeg om een verminking te noemen. Psychische klachten kunnen nooit tot een vergoeding leiden.

5.2. Op 26 februari 2015 zijn ten behoeve van verzoekster aanvragen ingediend voor een dermolpectomie van de bovenarmen respectievelijk een mamma-reconstructie door middel van LD-flap zonder prothese. Op beide aanvragen is vermeld dat het gaat om een upper bodylift. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel van verminking. De door verzoekster aangevoerde pijnklachten zijn onvoldoende objectiveerbaar om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft een verklaring van de plastisch chirurg overgelegd waaruit naar haar mening blijkt een objectiveerbare lichamelijke functiestoornis bestaat. De plastisch chirurg schrijft dat het reëel is dat verzoekster last heeft met functioneren. Hieruit volgt evenwel niet dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verder blijkt uit de ontvangen informatie niet van verminking die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding of een amputatie. Een zichtbare verandering is niet ernstig genoeg om te kunnen spreken van verminking als bedoeld in de voorwaarden.

5.3. Op 15 oktober 2015 is ten behoeve van verzoekster een tweede aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, nu voor een upper bodylift. De ziektekostenverzekeraar heeft geen nieuwe informatie ontvangen waaruit volgt dat verzoekster wél in aanmerking komt voor een upper bodylift. Verzoekster stelt dat sprake is van wonden en smetplekken op de armen en borsten. Uit de aanvragen blijkt echter niet dat zij kampt met chronische onbehandelbare smetten. Verder vormt het psychisch lijden van verzoekster geen grond voor vergoeding van plastisch-chirurgische ingrepen. Verzoekster komt daarom niet in aanmerking voor de aangevraagde behandelingen.

5.4. In zijn brief van 7 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat zijn medisch adviseur de ten behoeve van verzoekster ingediende aanvragen opnieuw heeft beoordeeld. Op basis van de beschikbare medische informatie heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat bij

verzoekster Pittsburgh Rating Scale graad 2 of 3 aan de orde is. De medisch adviseur geeft haar "het voordeel van de twijfel" zodat sprake is van verminking en verzoekster alsnog goedkeuring krijgt voor de dermoliplectomie van de bovenarmen.

Wat betreft de mammarreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese voldoet verzoekster niet aan de verzekeringsvoorwaarden. Er is geen sprake van verminking en het bestaan van een lichamelijke functiestoornis wordt door verzoekster niet aannemelijk gemaakt, ook niet met de brief van de behandelend plastisch chirurg van 9 juni 2016. De ziektekostenverzekeraar merkt volledigheidshalve nog op dat hij deze brief en de foto's heeft meegenomen in zijn beoordeling.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvragen voor beide ingrepen apart worden beoordeeld. De redelijkheid en billijkheid wordt meegenomen in de medische beoordeling. Dat het materiaal van de bovenarmen eventueel wordt gebruikt voor de reconstructie van de borsten betekent niet automatisch dat de aanvraag voor de borstreconstructie om die reden óók moet worden goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar is bereid verzoekster uit te nodigen op het spreekuur van de medisch adviseur.

5.6. Verzoekster is op 27 juli 2017 gezien door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft geconstateerd dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel van verminking. Zij komt daarom niet in aanmerking voor de borstreconstructie. Met betrekking tot de samenhang tussen de aangevraagde ingrepen verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het verslag van de medisch adviseur. Volgens deze heeft de behandelend plastisch chirurg ervoor gekozen twee aanvragen - één per ingreep - in te dienen. Indien samenhang zou bestaan tussen de beide ingrepen, dan had de medisch adviseur één aanvraag verwacht.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek voor het thans nog resterende deel dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van 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, voor zover het de borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese betreft, 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 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### **"Omschrijving**



*Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (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; (...).*

***Informatie over behandelingen van plastisch-chirurgische aard***

*In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u meer informatie over deze zorg. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website."*

- 8.4. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Bij de beoordeling van de onderhavige kwestie dient, zoals de commissie al in eerdere zaken heeft beslist, de door de zorgaanbieder ingediende aanvraag als uitgangspunt te worden genomen. Op 26 februari 2015 zijn ten behoeve van verzoekster aanvragen ingediend voor een borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese en een dermolipectomie van de bovenarmen. Hierbij is vermeld dat de gecombineerde behandeling een upper bodylift betreft.  
De commissie stelt vast dat partijen tijdens de procedure overeenstemming hebben bereikt over de dermolipectomie van de bovenarmen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar alsnog goedkeuring heeft verleend voor deze behandeling. Thans is nog in geschil of aanspraak bestaat op een borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese. Aanspraak op deze behandeling bestaat in geval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 20 van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Het enkele feit dat verzoekster bij het dagelijks functioneren hinder en pijnklachten in de armen ondervindt vanwege de hangende borsten betekent niet dat sprake is van een ernstige bewegingsbeperking in deze zin. Voorts blijkt dit niet uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg. Daarnaast staat onvoldoende vast dat sprake is van onbehandelbaar smetten. Uit het dossier volgt niet dat verzoekster vanwege smetklachten wordt behandeld door een dermatoloog en, zo dit al het geval is, dat die behandeling niet succesvol is zodat operatief ingrijpen nog de enige optie is.

- 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 aangezichtsenuw, 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.
- 9.4. Op 15 oktober 2015 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een upper bodylift, die door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Normaliter komt door het indienen van een nieuwe aanvraag de vorige aanvraag - in dit geval de beide aanvragen van 26 februari 2015 - te vervallen. De commissie ziet evenwel aanleiding deze laatste aanvragen in stand te laten en ook de aanvraag van 15 oktober 2015 inhoudelijk te beoordelen, aangezien bij verzoekster en de behandelend plastisch chirurg kennelijk onduidelijkheid bestond over de aan te vragen behandeling.
- Bij de beoordeling of de afwijzing van de upper bodylift al dan niet terecht heeft plaatsgevonden, gaat de commissie uit van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' (hierna: VAGZ Werkwijzer). Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. In de VAGZ Werkwijzer is opgenomen dat vergoeding van plastische chirurgie ter verbetering van de lichaamscontour mogelijk is als wordt voldaan aan de volgende criteria: (i) voltooid gewichtsverlies en gestabiliseerd gewicht (gedurende ten minste twaalf maanden), en (ii) een BMI kleiner of gelijk aan 35. Van verminking kan, in de lichaamsgebieden rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons, worden gesproken bij Pittsburgh Rating Scale graad 3. Huidsurplus van andere lichaamsdelen is bij een Pittsburgh Rating Scale graad 3 niet per definitie aan te merken als verminking. Hiervoor gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, is in de situatie van verzoekster niet gebleken dat zij voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in de VAGZ Werkwijzer. Zodoende heeft verzoekster geen (verzekerings)indicatie voor de op 15 oktober 2015 aangevraagde upper bodylift ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. In aanvulling op het vorenstaande merkt de commissie volledigheidshalve nog op dat psycho-sociale klachten geen (verzekerings)indicatie vormen op grond waarvan ten laste van de zorgverzekering aanspraak bestaat op een behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoekster is gesteld, met name dat zij recht heeft op vergoeding van de borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese, omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bij haar uitgevoerde lower bodylift wél heeft vergoed, kan niet leiden tot een ander oordeel.
- Hetzelfde geldt voor de stelling dat beide ingrepen - borstreconstructie door middel van LD-flap zonder prothese en dermolpectomie van de bovenarmen -, vanwege de samenhang en gelet op de redelijkheid en billijkheid, tegelijkertijd dienen te worden uitgevoerd. Het is aan verzoekster om de gestelde samenhang tussen beide ingrepen te onderbouwen aan de hand van medische informatie. Dit heeft zij nagelaten. Bovendien kan de dermolpectomie van de bovenarmen, gelet op het definitief advies van het Zorginstituut, als aparte operatie worden uitgevoerd. De commissie neemt dit standpunt over en maakt het tot de hare. De commissie begrijpt overigens wel dat het niet tegelijkertijd uitvoeren van beide ingrepen voor verzoekster niet praktisch is, maar dat maakt niet dat het onverkort toepassen van de eis dat voor een plastisch-chirurgische behandeling een (verzekerings)indicatie moet bestaan naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.






#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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





## Conclusie

- 
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek voor het thans nog resterende deel dient te worden afgewezen.
- 
- 9.9. Omdat de ziektekostenverzekeraar tijdens de procedure alsnog toestemming heeft gegeven voor de dermolipectomie van de bovenarmen, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van verzoekster dient te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek voor het thans nog resterende deel af.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 13 september 2017,



A.I.M. van Mierlo

