

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E  
en F, beide te G  
Zaak : EU/EER, mondzorg, bijzondere tandheelkunde, implantaten  
Zaaknummer : 2012.01725  
Zittingsdatum : 29 mei 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, 2010 en 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009, 2010 en 2011, art. 22 Vo nr. 1408/71, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Optimaal (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling Optimaal en Tandarts Uitgebreid 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van tandheelkundige zorg, ondergaan te Bocholt (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 19 maart 2010 en 15 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 14 december 2012 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld nader commentaar te geven. Ook na rappel is niet gereageerd, zodat de commissie besloten heeft de behandeling van het geschil zonder nader schriftelijk commentaar van de ziektekostenverzekeraar voort te zetten.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 10 april en 14 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 april 2013 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 mei 2013 (zaaknummer 2013048619) heeft het CVZ 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.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 mei 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 3 juni 2013 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. Bij brief van 10 juni 2013 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Het CVZ heeft het verslag van de hoorzitting van 29 mei 2013 voorgelegd aan zijn tandheelkundig adviseur. Deze adviseur merkt op dat verzoeker geen indicatie heeft voor de gevraagde tandheelkundige zorg. Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet deze hulp noodzakelijk zijn om een tandheelkundige functie te behouden die gelijkwaardig is aan die als de colitis ulcerosa zich niet had voorgedaan. Tandheelkundige behandeling van een acute orale ontsteking bestaat evenwel niet uit een ingrijpende gebitsrehabilitatie.. Het CVZ verklaart dat het voorlopige advies, met inachtneming van het voorgaande als aanvulling, als definitief kan worden aangemerkt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend chirurg heeft met betrekking tot verzoeker het volgende verklaard: *“Uit het medisch rapport (...) kunnen wij constateren dat [verzoeker] reeds geruime tijd een colitis ulcerosa van het colon heeft. Daarnaast maakte hij in 2003 een uitgebreide diverticulitis door van het colon met fisteling, waarvoor een acute Hartmann operatie werd uitgevoerd. Hierbij werd een eindstandig colostoma aangelegd. 2003 werd gekenmerkt door een etappe van acute ontsteking en sepsis waarbij verspreiding van bacteriën in de bloedbaan voor de hand lag. Welke bacteriën dat zijn kan ik u niet mededelen. 2010 en 2011 werden gekenmerkt door vermoeidheidsklachten, diarree en verminderde eetlust. Dit ging gepaard met buikkrampen. In totaal zou hij 14 kg. zijn afgevallen. (...) overgegaan werd tot colonoscopie. Tot ieders verbazing toonde dit het beeld van een pancolitis, waarbij biopten werden genomen. (...) Als we alle zaken op een rijtje zetten lijkt het aannemelijk, dat de gebitsproblemen van [ver-*

zoeker] een gevolg zouden kunnen zijn van de initiële bacteriële infectie van de dikke darm met sepsis en fisteling en die geëindigd is in een Hartmann operatie in 2003. Nadien is hij hiervan opgeknapt doch heeft opnieuw een chronische infectie gekregen van het colon, met name een colitis ulcerosa. (...)

- 4.2. De behandelend tandarts heeft aan verzoeker het volgende verklaard: *“Als onderdeel van de bij u doorgevoerde parodontitis-behandeling is onder andere een bakterietest afgenomen. De uitslag van deze test is intussen bij ons binnengekomen en daar is in ieder geval uitgekomen dat u een verhoogd aantal van meerdere bacteriestammen in uw mond heeft. Het is daarom belangrijk de behandeling verder voort te zetten o.a. door middel van een antibiotica-kuur, welke u reeds van onze mondhygiëniste heeft meegekregen. Een samenhang tussen het verhoogde aantal bacterien en de daaruit voortvloeiende gevolgen voor de tandheelkundige behandeling en uw langdurige ontsteking van de darmen is in mijn ogen dan ook erg aannemelijk. (...)*”.
- 4.3. Verzoeker heeft in december 2010 en in 2011 diverse behandelingen moeten ondergaan aan zijn gebit in verband met een bacteriële infectie. Zoals is toegelicht door de tandarts was er geen andere oplossing. De declaratie van de kosten is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat de prothetische constructie niet gedekt zou zijn onder de zorgverzekering. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar erop gewezen dat hij ook een aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop medegedeeld dat de kosten zijn afgewezen, omdat de behandeling niet spoedeisend was, en de kosten in het buitenland zijn gemaakt. Gelet op de verklaringen van de chirurg en de tandarts is er een direct verband tussen de behandeling en de infectie. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de kosten van de tandheelkundige behandeling te vergoeden.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het vreemd is dat in het CVZ-advies wordt gesteld dat het niet aannemelijk is dat zijn ziekte verband houdt met de toestand van zijn gebit. Volgens de behandelend artsen is dit verband namelijk wel zeer aannemelijk. Verzoeker heeft zorg nodig door darmproblemen. In eerste instantie werd de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar afgewezen omdat de behandeling in Duitsland zou plaatsvinden. Daarna werd gesteld dat er geen causaal verband is tussen de gebitsproblemen en de darmproblemen. De behandelend arts heeft echter schriftelijk bevestigd dat de bacterie die de problemen in de mond veroorzaakt, dezelfde is als die de ontstekingen in de darmen veroorzaakt. Verzoeker benadrukt dat hij een stoma heeft. Voorts stelt verzoeker dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet is meegenomen in de beoordeling.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Gelet op de regelgeving is het de bedoeling van de wetgever dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder vanuit de zorgverzekering uitsluitend bijzondere tandheelkundige zorg wordt vergoed. Er bestaat alleen recht op vergoeding van implantaten indien sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese. Deze situatie is bij verzoeker niet aan de orde.
- 5.2. Bij verzoeker is voorts geen sprake van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-  
stoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel. Ook is geen sprake

van een niet-tandheeskundige lichamelijke of geestelijke aandoening die het hem onmogelijk maakt "gewone" tandheeskundige zorg te ondergaan. Daarnaast is de situatie als bedoeld in artikel 2.7 lid 1 sub c van het Besluit zorgverzekering niet aan de orde, omdat niet is gebleken dat verzoeker een medische behandeling moet ondergaan die onvoldoende aantoonbaar resultaat heeft als hij die bijzondere tandheeskundige zorg niet heeft ondergaan en verzoeker zonder die andere zorg geen tandheeskundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als die aandoening zich niet had voorgedaan. Hierbij dient het te gaan om behandelingen aan het lichaam die niet tot resultaat leiden indien er geen bijzondere tandheeskunde wordt toegepast en niet om (al dan niet bepaalde) tandheeskundige zorg die noodzakelijk is omdat er iets "mis" is met het lichaam.

- 5.3. De stelling van de chirurg dat de gebitsproblemen van verzoeker een gevolg zouden kunnen zijn van de initiële bacteriële infectie mag juist zijn, maar is voor de dekking onder de zorgverzekering niet relevant.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is ter aanvulling aangevoerd dat de eerste afwijzing met als reden dat de behandeling in Duitsland zou plaatsvinden, is hersteld. Het CVZ-advies wordt onderschreven. Er is bij verzoeker geen indicatie voor bijzondere tandheeskunde. Er bestaat aanspraak op bijzondere tandheeskundige als wordt voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2.7 Bzv. Het kan zo zijn dat verzoeker behoefte heeft aan tandheeskundige zorg, maar dat betekent niet dat daarop aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. Tot slot biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan voor de termijn van afhandeling en het feit dat niet is gereageerd op enkele vragen die door verzoeker zijn gesteld.
- 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 de artikelen 17 van de zorgverzekering en 15 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is in de jaren 2009, 2010 en 2011 geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 18.13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van mondzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“lid 1 Algemeen**

*Mondzorg omvat de vergoeding van kosten van zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is.*

- a. *indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-, kaak-, mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;*
- b. *indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of*
- c. *indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan. (...)*

**lid 2 implantaat**

*Het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur is tevens onder de zorg in het eerste lid onder a begrepen, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare volledige overkappingsprothese. (...)*

- 8.4. Artikel 18.2 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**“lid 1 Algemeen**

*De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. (...)*

- 8.5. De artikelen 18.2 en 18.13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.
- 8.7. 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.

- 8.8. De artikelen 3.1 en 3.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen de aanspraak op tandheelkundige zorg en luiden, voor zover hier van belang:

**“3 Omvang van de dekking**

*Tot € 750,- per verzekerde per kalenderjaar voor de onder artikel 3 onder de punten 3.1, 3.2. en 3.3 tezamen gemaakte tandheelkundige kosten.*

**3.1 Reguliere tandheelkundige behandelingen**

*Vergoeding:*

*Volledig, tot het hierboven genoemde maximum bedrag, voor de volgende behandelingen:*

- *consultatie en diagnostiek;*
- *röntgendiagnostiek;*
- *preventie en mondhygiëne;*
- *anesthesie;*
- *restauraties door middel van plastische materialen;*
- *chirurgische ingrepen.*

*Voorwaarden:*

*Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.*

**3.2 Overige tandheelkundige behandelingen**

*Vergoeding:*

*75% van de kosten (inclusief techniekkosten en honorarium), tot het hierboven genoemde maximum bedrag, voor de volgende behandelingen:*

- *uitneembare prothetische voorzieningen (geen vergoeding voor volledige prothese en overkappingprothese);*
- *restauraties door middel van niet plastische materialen;*
- *pulpabehandeling (endodontie);*
- *parodontologie;*
- *gnathologie;*
- *implantaten met uitsluiting van kosten zoals omschreven onder artikel 4.6.*

*Voorwaarden:*

*Onder de vergoedingen zijn niet begrepen behandelingen en kosten welke verband houden met en/of voortvloeien uit gebitsregulatie (orthodontie). Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts, kaakchirurg of mondhygiënist.”*

- 8.9. Artikel 3.3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende tandheelkundige zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

**“3.3 Spoedeisende tandheelkundige hulp in het buitenland**

*Vergoeding:*

*Volledig, inclusief techniekkosten en/of materiaalkosten, tot het hierboven genoemde maximum bedrag.*

*Voorwaarden:*

*Alleen spoedeisende tandheelkundige hulp bij tijdelijk verblijf in het buitenland komt voor vergoeding in aanmerking. Onder spoedeisend wordt verstaan, behandelingen die niet kunnen worden uitgesteld tot terugkomst in Nederland. Tandheelkundige behandelingen worden uitgevoerd door een tandarts of kaakchirurg. (...)*

- 8.10. Artikel 4.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

**“4.6 Tandheelkundige implantaten**

*de kosten van implantaten indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dient ter bevestiging van een uitneembare prothese;”*

- 8.11. Artikel 22 van EG-Verordening nr. 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. *De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)*

*c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:*

*i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*

*ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.*

2. *(...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)*”

- 8.12. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. *Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)*”

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**



- 9.1. Verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Er is derhalve sprake van planbare zorg. Op deze situatie zien de artikelen 22 van Vo. nr. 1408/71 (voor de behandelingen van vóór 1 mei 2010) en 20 van Vo. nr. 883/2004 (voor de behandelingen van na 1 mei 2010).
- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, zodat toestemming op grond van de onderscheiden verordeningen mocht worden geweigerd en ook op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op de onderhavige zorg bestaat. Met betrekking tot de (verzekerings)indicatie geldt het volgende.
- 9.3. De zorgverzekering biedt dekking voor tandheelkundige zorg indien sprake is van een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel, en de verzekerde zonder de tandheelkundige zorg geen tandheelkundige functie kan verwerven of behouden die gelijk is aan de functie die zou hebben bestaan indien de aandoening zich niet had voorgedaan.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de tandheelkundige zorg noodzakelijk is geworden door ontstekingen in zijn darmen, waardoor bacteriën zich hebben verspreid en deze terecht zijn gekomen in de mond. Als gevolg hiervan moesten enkele elementen worden verwijderd, en waren implantaten noodzakelijk.  
Niet is in geschil dat verzoeker lijdt aan colitis ulcerosa. Verzoeker heeft naar het oordeel van de commissie echter onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de noodzaak van de tandheelkundige behandeling samenhangt met de onderliggende aandoening zodat geen sprake is van een verworven afwijking als bedoeld in artikel 18.13 van de zorgverzekering. Ook is niet gebleken van een ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel.
- 9.5. Verder is geen sprake van een niet-tandheelkundige aandoening die bijzondere tandheelkunde noodzakelijk maakt. Gelet op de toelichting bij artikel 2.7 lid 1 sub b dient het hierbij bijvoorbeeld te gaan om spastische of epileptische patiënten, of patiënten met zeer hevige angst. Hiervan is bij verzoeker niet gebleken.
- 9.6. Voorts is bij verzoeker niet aan de orde dat een medische behandeling onvoldoende resultaat zal hebben indien geen bijzondere tandheelkundige zorg wordt toegepast. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan patiënten die een operatie aan het hart dienen te ondergaan, welke operatie risicovol is indien infecties in de mond optreden. In dat geval dient het gebit eerst te worden gesaneerd. Bij verzoeker speelt deze situatie niet; de onderhavige tandheelkundige behandeling – een ingrijpende gebitsrehabilitatie – heeft geen relatie met een uit te voeren medische behandeling.
- 9.7. Een indicatie voor een implantaatbehandeling bestaat op grond van artikel 18.13 lid 2 van de zorgverzekering tot slot ingeval van een ernstig geslonken tandeloze kaak. Aan deze voorwaarde wordt door verzoeker niet voldaan.
- 9.8. Aangezien verzoeker geen indicatie heeft voor bijzondere tandheelkundige zorg, was de ziektekostenverzekeraar gerechtigd hem het E111- respectievelijk het S2-formulier te onthouden, en bestaat voorts geen aanspraak op grond van de zorgverzekering.

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

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van tandheelkundige zorg tot een maximum van € 750,- per kalenderjaar. Bij zorg in het buitenland biedt de aanvullende ziektekostenverzekering enkel aanspraak als het gaat om spoedeisende tandheelkundige zorg. Bij brief van 11 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een eerdere brief van 8 maart 2010, waarin aan verzoeker is medegedeeld dat hij aanspraak heeft op het maximale bedrag van € 750,-. Verzoeker heeft voor de jaren 2009, 2010 en 2011 aanspraak op genoemd bedrag, met inachtneming van de voorwaarden. De commissie concludeert dat hierover tussen partijen geen geschil (meer) bestaat.

### **Conclusie**

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, voor zover het betrekking heeft op de zorgverzekering. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding mogelijk van maximaal € 750,- per kalenderjaar.
- 9.11. De commissie acht termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.10.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- dient te vergoeden.

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter