

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining  
Zaaknummer : 2011.02725  
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (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 50+ en Uitgebreide Tandarts Collectief afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 oktober 2011 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 brief van 11 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoekster heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 18 januari 2012 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mail van 30 maart 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 21 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012066761) 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 in de vorm van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang. Verder is geen informatie beschikbaar over eventuele conservatieve behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juni 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 29 juni 2012 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 11 juli 2012 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. Verzoekster heeft cupmaat G, bij een lengte van 165 centimeter en een gewicht van 87 kilogram. Zij heeft erg veel last van haar borsten, in de vorm van nek-, schouder- en rugklachten. Hiervoor heeft zij sinds enige tijd fysiotherapie, hetgeen niet voldoende resultaat oplevert. Volgens de ziektekostenverzekeraar is haar BMI te hoog. Omdat verzoekster door haar borstomvang niet intensief kan sporten, is het voor haar echter onmogelijk het gewicht omlaag te krijgen. Dit wordt bevestigd door haar huisarts en diëtiste. Bovendien is in het verleden gebleken dat de borstomvang geen verband houdt met het gewicht. Als verzoekster afvalt, betekent dit niet dat haar borsten in omvang afnemen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij medicijnen slikt tegen hoge bloeddruk. Dit leidt volgens de bijsluiter tot vochtophoping en gewichtstoename. Door haar borsten kan verzoekster niet op voldoende niveau sporten; zij heeft nek-, schouder- en rugklachten. Verzoekster heeft diverse diëten gevolgd, onder andere bij een diëtiste. Verder heeft zij een tijdlang fysiotherapie gehad en koopt zij duurdere BH's vanwege de betere pasvorm.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. Verzoekster heeft aanspraak op een borstverkleining indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde bij een cupmaat DD of groter, geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, en waarbij conservatieve behandelingen zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie ten minste zes maanden zijn geprobeerd en onvoldoende resultaat hadden. Er is geen vergoeding mogelijk bij een BMI hoger dan 30. De BMI moet ook ten minste twaalf maanden stabiel zijn. Aangezien de BMI van verzoekster 32 is, heeft zij geen aanspraak op een borstverkleining, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de verklaring van de huisarts niets staat over de inspanningen om tot een gewichtsverlaging te komen. Het gaat enkel over de fysiotherapie, maar deze zal voor de nek-, schouder- en rugklachten zijn gevolgd.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.29. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### ***"B.4.4.1. Omschrijving van de zorg***

*Behandelingen die van plastisch-chirurgische aard zijn, omvatten zorg die medisch specialisten plegen te bieden, en zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:*

- a. *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. *verminderingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie); (...)*

- 8.4. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."*

- 8.5. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.4.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.

- 8.7. 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. De zorgverzekering biedt dekking voor een borstverkleining indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit kader aan de orde bij een cupmaat DD of groter, waarbij geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten aanwezig zijn die zijn gerelateerd aan de borstomvang en waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten. Hierbij dienen conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie te zijn geprobeerd, zonder resultaat. Daarnaast is een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig in geval van chronisch, onbehandelbaar smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. In beide gevallen dient de BMI niet hoger te zijn dan 30.
- 9.3. Van verminking is in dit verband sprake bij een asymmetrie van twee cupmaten en meer of bij het verkleinen van de contralaterale borst in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie.
- 9.4. Verzoekster heeft een cupmaat G. Zij heeft fysiotherapie geprobeerd, zonder voldoende resultaat. Haar BMI is echter 32, hetgeen gelet op het voorgaande een con-

tra-indicatie oplevert voor een borstverkleining. Verzoekster heeft dienaangaande aangevoerd dat het voor haar niet mogelijk is het gewicht zelfstandig lager te krijgen, mede omdat zij niet intensief kan sporten. Zij is ook onder behandeling geweest van een diëtiste. Verder is haar gewicht nooit van invloed geweest op haar borstomvang, zodat zij niet verwacht dat afvallen ervoor zal zorgen dat de borsten voldoende worden verkleind.

- 9.5. Een cupmaat G ligt ruim boven de hiervoor genoemde norm van cupmaat DD, en ook nadat verzoekster zodanig zal zijn afgevallen dat haar BMI lager dan 30 is, zal haar borstomvang zeer waarschijnlijk nog steeds buiten de normale variatiebreedte vallen. Om een BMI van 30 te bereiken is namelijk een gewichtsverlies van slechts vijf kilo noodzakelijk. Het is niet aannemelijk dat indien een zodanig gewichtsverlies al zou kunnen worden gerealiseerd – hetgeen verzoekster bestrijdt – dit tot gevolg zal hebben dat de cupgrootte met een aantal maten afneemt. Voor zover het vereiste dat de BMI lager dient te zijn dan 30 is gesteld teneinde de kans op complicaties tijdens een medische ingreep te verkleinen, geldt dat deze beoordeling toekomt aan de behandelend arts.

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

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een borstverkleining, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 25 juli 2012,

Voorzitter