



Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V., en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie van de borstband met correctie van de okselregio na extreem gewichtsverlies, toezegging  
Zaaknummer : 201501633  
Zittingsdatum : 13 januari 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
  - 2) Menzis N.V., beide te Wageningen
- 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 verzekering Menzis ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 500 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Ten behoeve van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een gynaecomastie-extirpatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 april 2015 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 1 juni 2015 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. Op 31 augustus 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) per e-mail 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 heeft de commissie bij brief van 6 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 november 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Op 9 november 2015 heeft verzoeker per e-mail aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 10 november 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 november 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 december 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 10 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015142554) 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 (verzekerings)indicatie heeft voor vergoeding van de aangevraagde ingreep ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast gevraagd heeft het Zorginstituut toegelicht dat bij verzoeker geen sprake is van een duidelijke feminisatie van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer. Voorts heeft het Zorginstituut verklaard dat het passende DBC-Zorgproduct voor een gynaecomastie-extirpatie 990004048 is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 december 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 13 januari 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 15 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 21 januari 2016 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft hierin toegelicht dat de behandelend plastisch chirurg de geplande ingreep heeft beschreven als *"reconstructie van borstband na extreem afvallen in combinatie met wegsnijden huid-vetsurplus in de okselregio"*. Hierbij is een zorgactiviteit opgegeven die behoort bij gynaecomastie-extripatie. Blijkbaar vond de arts dit de meest passende code voor de geplande ingreep. In het geschil gaat het om de vraag of sprake is van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Op basis van het dossier blijkt dit niet het geval, aldus de medisch adviseur van het Zorginstituut. Een afschrift van het definitief advies is op 25 januari 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit stuk te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 31 januari 2016 gereageerd op het definitief advies. Hij heeft hierbij diverse bijlagen gevoegd. Een afschrift van zijn reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Bij verzoeker is in 2006 een sleeve-operatie uitgevoerd, en in 2007 een duodenal switch. Hierdoor is hij in totaal 200 kilo afgevallen. Als gevolg hiervan heeft hij last van overtollige huid. Verzoeker heeft op 24 november 2014 een lower bodylift ondergaan, waardoor een deel van zijn klachten is verholpen. In april 2015 is ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een "gynaecomastie enkel- of dubbelzijdig".
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft op 23 september 2015 verklaard dat voor de uit te voeren ingreep geen passende DBC/DOT-combinatie is beschreven. Daarom is gekeken of er een bestaande DBC is die zo goed mogelijk aansluit bij de voorgestelde ingreep. Voorbeelden hiervan zijn volgens de plastisch chirurg: DBC 213 (gynaecomastiecorrectie bij de man), DBC 211 (borstreductie of ptosiscorrectie), of DBC 505 (herstel van defect/tekort niet in functioneel gebied

waarvoor transplantatie of transpositie groter dan 3%). De operatie die zal worden uitgevoerd is een reconstructie van de borstband na extreem afvallen in combinatie met het wegsnijden van het huid- en vetsurplus in de okselregio.

- 4.3. Verzoeker heeft veel last van de borstvorming in de vorm van smet- en irritatieplekken, en stank. Daarnaast heeft verzoeker problemen met zijn rug gekregen, doordat hij een verkeerde lichaamshouding aanneemt om de borstvorming te verbergen. Verzoeker draagt oversized kleding voor het verbergen van de borstvorming. Hij durft niet te zwemmen, omdat hij dan wordt nagekeken en uitgescholden. Verzoeker merkt op dat de borsten bovendien ongelijk hangen. Hij is daarom van oordeel dat sprake is van een ernstige verminking. Verzoeker merkt voorts op dat hij zo hard heeft getraind dat een operatie aan zijn armen, benen en billen niet meer nodig is.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 februari 2014 een machtiging verleend voor een mamma-reconstructie. Verzoeker begrijpt niet dat de aangevraagde operatie - een borstreconstructie - nu door de ziektekostenverzekeraar wordt afgewezen.
- 4.5. Verzoeker is op 9 november 2015 op het spreekuur van de plastisch chirurg geweest. De plastisch chirurg heeft de uit te voeren operatie op het lichaam van verzoeker getekend en verzoeker langs de medisch fotograaf gestuurd. Verzoeker stelt dat uit de foto's blijkt dat de tepels meer dan twaalf cm moeten worden verplaatst om op het normale niveau te komen. Daarnaast bedraagt het huidoverschot onder de oksels ongeveer vijftien cm. Dit is volgens de plastisch chirurg heel fors.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de operatie op 5 januari 2016 heeft plaats gevonden. Hierbij is twintig centimeter huid verwijderd, en zijn de tepels twaalf centimeter verplaatst. Er was dus wel degelijk sprake van verminking. Verzoeker heeft door de operatie grote littekens op zijn borst. Hij heeft de operatie dan ook niet ondergaan om er beter uit te zien. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar het advies gekregen de operatie te laten declareren met een andere DBC-code, namelijk code 505. Dit blijkt een zogenoemde 'groene' DBC te zijn, die zonder voorafgaande aanvraag kan worden gedeclareerd. Verzoeker heeft uit fatsoen hierover toch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hem is verteld dat voor de code 505 inderdaad geen voorafgaande aanvraag hoeft te worden gedaan, maar dat dit in zijn geval wél nodig is. In het advies van het Zorginstituut staat dat de ziektekostenverzekeraar de operatie in 2014 uit coulance heeft vergoed. Dit klopt volgens verzoeker niet. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds eerst een machtiging verleend en deze daarna weer ingetrokken. De machtiging zou zijn verleend door iemand die hiertoe niet bevoegd was. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom besloten de operatie alsnog te vergoeden. Verzoeker benadrukt dat het niet ging om coulance, maar om verzekerde zorg. Verder is de onderhavige ingreep een andere dan die in 2014 is uitgevoerd. Daarnaast gevraagd, heeft verzoeker verklaard dat sprake was van smetten; de huid tussen de huidplooien en onder zijn armen was kapot. Om het smetten te verminderen, heeft hij zelf gebruikt. Hij heeft deze zelf zelf aangeschaft. Daarnaast heeft hij talkpoeder gebruikt, de plekken steeds droog gemaakt, en speciale vesten gedragen. Niets hielp echter. Verzoeker is niet behandeld door een dermatoloog. Na de lower bodylift is het smetten van zijn bovenlichaam erger geworden. Het smetten was steeds aanwezig. Het deed ook pijn, maar het was niet zo erg dat hij niet kon functioneren. Verzoeker merkt op dat er geen andere aanvullende verzekering bestaat die dekking biedt voor de onderhavige ingreep. Hij heeft daarom geld moeten lenen om de operatie te kunnen bekostigen. Er was sprake van een onhoudbare situatie. Verzoeker stelt voorts dat iedereen op basis van de foto's kan zien dat vóór de behandeling sprake was van overmatig huidoverschot. Hij vindt het kwalijk dat – omdat hij intussen is geopereerd – door de ziektekostenverzekeraar wordt gezegd dat het thans niet meer mogelijk is een beoordeling uit te voeren.
- 4.7. Verzoeker heeft bij brief van 31 januari 2016 gereageerd op het definitieve advies van het Zorginstituut. Verzoeker vermoedt dat het Zorginstituut het dossier niet voldoende zorgvuldig heeft gelezen. Volgens het Zorginstituut is op basis van het dossier niet gebleken dat sprake

is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoeker merkt op dat uit ten minste vijf afzonderlijke documenten blijkt dat vóór de ingreep sprake was van zowel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als ernstige verminking. Ook komt meermaals naar voren dat smetplekken bestonden. Verzoeker herhaalt dat de eerder door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC 505 een zogenoemde 'groene' DBC is, waarvoor derhalve vooraf geen toestemming hoeft te worden gevraagd.

Bij brief van 10 december 2015 en e-mailbericht van 14 december 2015 heeft de behandelend plastisch chirurg bevestigd dat geen adequate DBC-code bestaat voor operaties die volgen na extreem gewichtsverlies. Bij verzoeker is geen sprake van een gynaecomastie, omdat de pathologie zich uitstrekt naar de oksel- en rugregio. Verminking wordt aan de hand van de Pittsburgh Rating Scale gedefinieerd als het huidsurplus ná extreem afvallen bij morbide obesitas. De plastisch chirurg verklaart dat: *"Helaas is de thorax bij de man niet in deze schaal opgenomen en moet er aansluiting gezocht worden bij de andere gebieden van deze schaal. Mijn interpretatie is dan dat bij [naam verzoeker] een deformiteit zich laat zien die gelijk is met een Pittsburgh rating scale verminking grad 3 aan de thorax en okselregio waarvoor een reconstructie zou moeten plaatsvinden. De meest geëigende DBC zou dan de 505 zijn op basis van mijn expert opinion."*

De huisarts heeft op 28 januari 2016 het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt heb ik enkele malen gezien wegens klachten van irritatie van de huid met name onder de overhangende huidplooien in de borst/armregio, gepaard gaand met een vervelende lichaamsgeur. Deze klachten bleven ondanks algemene adviezen bestaan en gaven dagelijkse irritatie en jeuk. Door het overhangende vel met daarbij transpireren leek mij een verwijzing naar een dermatoloog vanwege zijn constitutie niet zinvol."*

4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Ten behoeve van verzoeker is een aanvraag ingediend voor een gynaecomastie-extirpatie. Op deze ingreep bestaat aanspraak indien sprake is van aangetoond klierweefsel, waarbij geen onderliggende oorzaak is of waarbij deze reeds is behandeld, en de gynaecomastie langer bestaat dan twaalf maanden. Daarbij dient sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis (i.c. ernstige pijnklachten die gerelateerd zijn aan het klierweefsel en een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren), of van verminking (i.c. een duidelijk vrouwelijke ontwikkeling van de borst, vergelijkbaar met Tannerstadium M4 of meer). Bij verzoeker is geen sprake van klierweefsel in de borsten en ook niet van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

5.2. Verzoeker heeft eerder aangevoerd dat het zou gaan om een mammalift. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een mammalift indien de borsten worden gelift in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie, vanwege de asymmetrie die mogelijk ontstaat na plaatsing van een prothese. Hiervan is bij verzoeker geen sprake.

5.3. De ziektekostenverzekeraar erkent dat er geen specifieke DBC-code is voor de zorgvraag van verzoeker. Volgens de ziektekostenverzekeraar is DBC-code 505 (herstel van defect tekort, niet in functioneel gebied waarvoor transplantatie of transpositie groter dan 3%) de meest aangewezen code om de onderhavige behandeling mee te declareren.

5.4. De op 27 februari 2014 verleende toestemming voor een mamma-reconstructie door middel van vrije flap is op geautomatiseerde wijze verleend. Bij nader inzien bleek dit te berusten op een vergissing. Bovendien was de verleende toestemming geen adequate reactie op de toenmalige zorgvraag van verzoeker. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar in 2014 uit coulance een machtiging verleend voor een behandeling die wel aan de zorgvraag van verzoeker tegemoet kwam, ondanks dat deze behandeling strikt genomen niet voor vergoeding in aanmerking kwam.

5.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op vergoeding van plastische chirurgie.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij dient te toetsen of aanspraak bestaat op vergoeding, ongeacht hoe vervelend de fysieke situatie van verzoeker was. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat de situatie niet ernstig genoeg was om te spreken van verminking. Dit standpunt wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut. Uit de stukken blijkt niet waaruit de fysieke klachten bestonden. Als het alleen in de geestelijke sfeer is, is dit niet voldoende. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat voor deze behandeling geen eenduidige DBC is te vinden, maar met de genoemde DBC-code 505 zou vergoeding kunnen volgen, mits is voldaan aan de gestelde voorwaarden. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord dat het hierbij gaat om de klassieke voorwaarden zoals vermeld in de polis. Bij verzoeker is evenwel geen sprake van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Er is geen discussie over de aard van de uitgevoerde ngreep, hoe de aanvraag ook luidt. Het gaat om een behandeling van plastisch-chirurgische aard.

Als sprake zou zijn van onbehandelbaar smetten, was de uitkomst wellicht anders geweest. Het smetten blijkt echter niet uit de stukken, en is nu niet meer vast te stellen.

Verzoeker is niet opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, omdat een beoordeling op basis van de foto's voldoende was. De ziektekostenverzekeraar ziet veel van deze aanvragen, waarbij het gaat om een huidoverschot. Niet het gewichtsverlies is hierbij echter van belang, maar de mate van overhang. De medisch adviseur heeft de foto's gezien, en is van oordeel dat de overhang bij verzoeker niet zeer ernstig was.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 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 verzoeker aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling, 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 pagina's 9 tot en met 50 van de zorgverzekering.

8.3. Op de pagina's 33 en 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische of reconstructieve chirurgie bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.*

### **Welke zorg**

*U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:*

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

- 8.4. De aanspraak zoals opgenomen op de pagina's 33 en 34 van de zorgverzekering is, zoals vermeld op de pagina's 6 en 7 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.  
Behandeling van plastisch chirurgische aard 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. Zoals de commissie in eerdere bindende adviezen heeft bepaald, is voor de beoordeling de aanvraag leidend. In het geval van verzoeker zijn evenwel twee aanvragen ingediend. In de brief van 30 maart 2015 schrijft de behandelend plastisch chirurg dat het om de volgende ingreep gaat: mammalift met *"resectie surplus huid en vet in combinatie met liposculpture en resectie huid axilla"*. Hierbij is niet vermeld dat het een gynaecomastie-extirpatie betreft. Op het elektronisch ingevulde machtigingsformulier van 2 april 2015 is wèl vermeld dat het om een gynaecomastie-extirpatie zou gaan. Hierbij merkt de commissie op dat uit de stukken blijkt dat partijen het erover eens zijn dat voor de destijds aangevraagde ingreep geen duidelijk passende DBC bestond, en dat uiteindelijk geen gynaecomastie-extirpatie is uitgevoerd. Daarom gaat de commissie bij de beoordeling uit van de oudste aanvraag, van 30 maart 2015, mede omdat de behandelend arts hierop meer informatie heeft kunnen vermelden dan op het elektronisch ingevulde machtigingsformulier van 2 april 2015. Aangezien vaststaat dat het hier een behandeling van plastische chirurgische aard betreft, dient op grond van de pagina's 33 en 34 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden te worden beoordeeld of ten tijde van de ingreep een (verzekerings)indicatie bestond in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als gevolg van een ziekte, aandoening of geneeskundige verrichting.
- 9.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gesproken in geval van ernstige pijnklachten die een duidelijke impact hebben op het dagelijks functioneren. Verzoeker heeft niet aangevoerd dat hij pijnklachten ervoer. Ook anderszins is niet gebleken dat sprake was van ernstige pijnklachten. Verzoeker heeft gesteld dat hij last had van smet- en irritatieplekken. Onbehandelbaar smetten is eveneens aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering. Verzoeker heeft verklaard dat hij het smetten zelf heeft behandeld met onder andere zalf en talkpoeder. Hij is door zijn huisarts niet verwezen naar een dermatoloog. Daarom kan niet worden aangenomen dat bij hem sprake was van onbehandelbaar smetten. Gezien het voorgaande kan niet worden geconcludeerd dat bij verzoeker vóór de ingreep een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestond.

- 9.3. Van verminking in de zin van de zorgverzekering is volgens vaste jurisprudentie van de commissie sprake in geval van een ernstige deformiteit, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289).  
In de onderhavige kwestie is zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut uitgegaan van de aanvraag van 2 april 2015, de aanvraag voor een gynaecomastie-extirpatie. Beide hebben getoetst of sprake is van verminking, hetgeen in dit verband wil zeggen dat een duidelijke feminisatie van de borst bestaat, die vergelijkbaar is met Tannerstadium M4 of meer.  
Zoals vermeld onder 9.2 gaat de commissie uit van de aanvraag van 30 maart 2015. Gezien deze aanvraag, èn het feit dat de ziektekostenverzekeraar zelf de DBC met code 505 als alternatief heeft aangedragen voor de uitgevoerde ingreep, alsmede het gegeven dat uit het door verzoeker overgelegde operatieverslag blijkt dat de tepels twaalf cm zijn verplaatst, is de commissie van oordeel dat sprake is van een 'herstel van defect/tekort niet in functioneel gebied waarvoor transplantatie of transpositie groter dan 3%' van het borstgebied (code 505). Bovendien volgt uit de tepelverplaatsing over genoemde afstand dat bij verzoeker voor deze ingreep een (verzekerings)indicatie in de vorm van verminking bestond. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van de operatie alsnog - conform de polisvoorwaarden - aan verzoeker te vergoeden, op basis van het tarief dat hoort bij genoemde code 505.

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

- 9.4. Aangezien het verzoek op grond van de zorgverzekering wordt toegewezen, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen bespreking meer.

#### **Conclusie**

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 maart 2016,

P.J.J. Vonk