

Ankenævnet for Forsikring

Den 12. juni 2024 blev i sag nr. 101203:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring
Hørkær 12B
2730 Herlev

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har sundhedsforsikring. I klageskema af 18/2 2024 har klageren bl.a. anført:

"Jeg kontakter Velliv (Dansk Sundhedssikring) i foråret 22. Jeg kan ikke løbe længere og har indimellem smerter fra høre forfod afhængig af dagsform. Dansk Sundhedssikring henviser mig først til røntgen, og senere til MR-scanning i ..., og et godt stykke tid efter til konsultation til et privathospital i ... (Jeg har ikke fået tilbud om aktivt valg af speciallæge el røntgen tilbudt af Dansk Sundhedssikring). Lægen fortæller mig, at ud fra MR konstateret slidgigt i forfoden, hvorfor jeg skal stoppe med at løbetræne, i samme konsultation fortæller jeg ham, at jeg tidligere har haft et mindre brud på ankel (lille ben på siden af ankel, samt engang trådt på et rusten søm, som gav mig blodforgiftning, hvorfor jeg har et ar langs anklen).

Jf. afslag fra Dansk Sundhedssikring står der i afslaget, at jeg har haft flere brud i som kan sættes i forbindelse med min situation (slidgigt), hvilket er direkte usandt, jeg har intet brud haft i forfoden el. foden tidligere, og min ankel fejler intet. Derfor en min skade eller slidgigt som lægen sagde det var, langsomt kommet, men ikke som følge af tidligere brud i området.

Ligeledes sagde lægen at 'man ikke ville operere på sådanne tilfælde, medmindre det var svære tilfælde', også til trods for, at jeg var svær platfodet på højre fod (sammensunket). Dette kunne jeg selvfølgelig give ham ret i, idet ingen vil opereres medmindre de havde prøvet andre muligheder efter en rum tid. Derfor tænker jeg heller ikke over at Dansk Sundhedssikring sender mig en notits at jeg hvis jeg skal opereres skal det være inden for et halvt år.

Desværre for mig forværres tilstanden gradvis på højre fod over de næste 3/4 år, til trods for at jeg ikke løber mere, samt køber sko samt indlæg som skulle understøtte min platfodhed på højre fod.

Efter et besøg på Indlægs-klinikken i ... som er specialister i fodtøj og indlæg 3 d scan og aftryk siger ortopæds-komager, at min højre fod er særdeles varm/hævet i forhold til den venstre, og at mine sener efter alt sandsynlighed er under inflammation, idet disse prøver at kompensere for den skævhed og sammensunkenhed der er. Samtidig hermed er min oversiden af min vrist vokset

sig betydelig større end venstre (knogletilvækst) igen for at kompensere, således er fodtøjvalg svært, og reelt set er min højre fod 1 nummer større i skoene end venstre. Vedhæftet er afslag fra DDS.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ville gerne have en uvildig undersøgelse af højre fod igen af anden ortopædkirurg og specialist, som kan bekræfte samme diagnose som tidligere. Jeg er ikke overbevist om, og føler mig heller ikke gigtplaget i højre forfod. Jeg har ikke haft brud i højre fod som senere kan tilskrives evt. slidgigt i forfoden, eller tilsvarende som DDS skriver i afslaget. Derimod føler jeg mig meget sikker på at min sener i foden er under inflammation, (som har kunne ses på MR scanningen, men diagnosticeret som slidgigt) og har været det i lang tid som følge af min svære platfod på højre fod idet de er under belastning for at holde foden ret, som følge heraf knogletilvækst på oversiden af vrist med yderligere problemer til følge i tilpasning af sko.

Jeg vil for alt i verden undgå operation, ligesom de fleste mennesker vil jeg tro, indtil de har prøvet alt. Men jeg har efterhånden så mange smerter ved alm. gang over 1-2 km at jeg virkelig har brug for en revurdering min fods tilstand om evt. operation i enhver form vil kunne hjælpe mig. Derudover står der i afslag fra DDS at jeg har haft flere brud mv., som underforstået kunne tilskrives slidgigt (selvforskyldt), hvilket ikke er sandt."

Selskabet har den 1/3 2024 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S (i det følgende 'DSS') har gennemgået Klagers Klage. I kopi af webskema fremgår det at:

1. Klager stiller sig uenig i det givne afslag af fortsættelse af det behandlingsforløb, hvori røntgenundersøgelse af højre fod har påvist slidgigt (i det følgende 'artrose') i mellemleddet fra tå til fod mellem 1. og 3. tå for over 6 måneder siden og ønsker fortsat dækning på nærværende sag.
2. Klager ønsker dækning for en uvildig og ny undersøgelse af smerter og gener i højre fod grundet gener, som ikke tidligere har været oplyst til DSS.

1.2 Påstand

Påstand 1): Afvisning

Påstand 2): Medhold

2.1 Klagers forsikringsdækning

Klager er dækket af en sundhedsforsikring hos DSS, som Klagers arbejdsgiver har tegnet til sine medarbejdere. Klager er tegnet under Forsikringsbetingelser Erhverv 8.0, samt tilvalg A, B, C, D (Bilag 1).

Sagsfremstilling

Klager opretter sagen hos DSS den 1. februar 2022, med ønsket om dækning ortopædkirurgisk vurdering. Af sagsoprettelsen fremgår det, at det ikke længere er muligt for Klager at løbetræne grundet smerter i højre fod.

Den 16. marts 2022 modtager DSS en henvisning fra Klagers egen læge til ortopædkirurgisk vurdering. I henvisningen beskrives, at Klager har haft smerter i højre fod igennem flere måneder. Egen læge har i henvisningen (bilag 2) beskrevet tidligere brud og betændelsestilstande i foden, som har krævet operation.

Den 21. marts imødekommer DSS Klager med dækning af ortopædkirurgisk vurdering på ... Privat Hospital.

DSS modtager journal fra privathospitalet den 1. april 2022 (bilag 3) hvor der anmodes om røntgen af højre fod, da der ikke kan udelukkes en stressfraktur (brud der er opstået efter længere tids belastning) svarende til 3. metatars (forfoden ud for 3. tå), hvilket imødekommes.

Den 22. april 2022 modtager DSS et journalnotat fra ... Privathospital, indeholdende beskrivelse af røntgen undersøgelse af højre fod, foretaget den 7. april 2022 (bilag 4) hvor der beskrives fund af artrose i 1-3 TMT-led (Slidgigt i mellemleddets fra tå til fod mellem 1. og 3. tå). I journalen fremgår det, at ortopædkirurgen ikke vurderer at der på nuværende tidspunkt ikke er kirurgiske behandlingsmuligheder. Der tilrådes at forsøge svangindlæg.

Den 26. april 2022 informerer DSS Klager om (bilag 5), at vi har modtaget røntgen journalen, hvori der er beskrevet, at der er konstateret en kronisk lidelse i højre fod. I mailen til Klager gøres der opmærksom på, at kroniske lidelser som er opstået i forsikringstiden, er dækningsberettiget i 6 mdr. fra den dato, det er konstateret jf. vilkår Sundhedsforsikring Erhverv 8.0 pkt. 5.3.

'5.3 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikringstiden i op til 6 måneder fra diagnostidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Kroniske sygdomme og lidelser opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden, er ikke dækket.

Kroniske sygdomme definerer vi som sygdomme, tilstande og lidelser, som vores læger vurderer, er vedvarende og som ikke kan kureres, og hvor der ikke findes en helbredende behandling. Sundhedsteamet tilbyder altid hjælp til alle kroniske lidelser med rådgivning, vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, patientrettigheder, ventetider, udrednings- og behandlingsgarantier og hjælp til offentlig tidsbestilling.'

Klager kontakter DSS den 15. august 2023 med ønske om at genoptage sagen, da artrosen i højre fodled er begyndt at give daglige gener. I samtalen informeres Klager om, at artrosen i højre fodled er konstateret for mere end 6 måneder siden, hvorfor DSS ikke kan tilbyde yderligere dækning til behandling af den kendte artrose. Klager er uforstående over for afslaget.

Klager kontakter DSS den 16. august 2023 med utilfredshed over, at der ikke kan gives yderligere dækning vedrørende den kendte artrose. Klager vejledes i at indsende en klage.

Den 16. august modtager DSS klagen fra Klager og Klageinstansen har fastholdt afslaget (bilag 6) med begrundelsen:

'Da Klager har fået konstateret artrose i højre fod i april 2022 og DSS har givet dækning for forundersøgelse, røntgenbillede og efterfølgende vurdering af speciallæge i ortopædkirurgi, fastholdes afslaget på yderligere udredning og behandling af artrose i højre fod jf. vilkår 8.0 punkt 5.3 om kroniske lidelser'.

Anbringender

Om Klagers påstand om yderligere dækning på nærværende sag og uenighed i det givne afslag af fortsættelse af det behandlingsforløb, hvori røntgenundersøgelse af højre fod har påvist slidgigt for over 6 måneder siden gør DSS følgende gældende:

- at Klager blev diagnosticeret med artrose i mellemleddets fra tå til fod mellem 1. og 3. tå for over 6 måneder siden,
- at Artrose er en kronisk lidelse,
- at de gældende forsikringsbetingelser dækker undersøgelse og behandling af kroniske lidelser i seks (6) måneder fra diagnosetidspunktet,
- at Klager har fået konstateret artrose den 7. april 2022
- at DSS dermed ikke skal dække yderligere udredning og behandling på nærværende sag og behandlingsforløb vedr. Klages allerede påviste artrose i højre fod.

Om Klagers ønske om dækning for en uvildig og ny undersøgelse af smerter og gener i højre fod grundet gener, som ikke tidligere har været oplyst til DSS, gør DSS gældende:

- At Klager oplyser i kopi af webskema til Ankenævnet for Forsikring at hans højre fod er varm og hævet og at en bandagist har rejst mistanke om inflammation i fodens sener.
- At DSS, på baggrund af de nytilkomne gener og oplysninger tilbyder Klager en fornyet vurdering af speciallæge i ortopædkirurgi.
- At Såfremt den fornyede undersøgelse ikke afslører anden eller nytilkommen patologi end den allerede påviste diagnose - artrose højre fod i 1-3 TMT-led (Slidgigt i mellemleddets fra tå til fod mellem 1. og 3. tå) dækkes der ikke yderligere på denne problematik."

Klageren har i brev af 11/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Bilag 5 - læge oplyser patient om, at behandlingsmuligheder via operation ikke umiddelbart er mulig. Tilstanden på foden forværres efterfølgende og undertegnet får efter besøg hos bandagist at vide foden er meget varm og stresset led (betændelse). Derfor kan fodens tilstand ikke nødvendigvis være artrose, men betændelse og evt. stressfraktur. Patient ønsker sag genoptaget for fornyet vurdering, men DDS henviser til at, operation skal foretages inden for et vindue på 6 måneder, hvorfor sagen afvises.

Forsikringstager sår tvivl om diagnose er entydig rigtig ud fra egen besøg hos bandagist og dermed behandlingsforløb og afslag rigtighed. Forsikringstager har ikke blevet tilbudt opfølgende behandling for smertelindring og andet behandling af DDS som kunne endelig lys fodens tilstand."

Selskabet har i brev af 19/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Om Klagers påstand om yderligere dækning på nærværende sag og uenighed i det givne afslag af fortsættelse af det behandlingsforløb, hvori røntgenundersøgelse af højre fod har påvist slidgigt for over 6 måneder siden fastholder DSS

- at Klager blev diagnosticeret med artrose i mellemleddets fra tå til fod mellem 1. og 3. tå for over 6 måneder siden,
- at Artrose er en kronisk lidelse, de gældende forsikringsbetingelser dækker undersøgelse og behandling af kroniske lidelser i seks (6) måneder fra diagnosetidspunktet,
- at Klager har fået konstateret artrose den 7. april 2022
- at DSS dermed ikke skal dække yderligere udredning og behandling på nærværende sag og behandlingsforløb vedr. Klages allerede påviste artrose i højre fod.

Klagers ønske om dækning for en uvildig og ny undersøgelse af smerter og gener i højre fod grundet gener, som ikke tidligere har været oplyst til DDS imødekommes, da Klager oplyser i kopi af webskema til Ankenævnet for Forsikring og i modsvar fra den 11. marts 2024, at hans højre fod er varm og hævet og at en bandagist har rejst mistanke om inflammation i fodens sener.

DSS tilbyder, på baggrund af de nytilkomne gener og oplysninger, en fornyet vurdering af højre fod af speciallæge i ortopædkirurgi.

Såfremt den fornyede undersøgelse ikke afslører anden eller nytilkommen patologi end den allerede påviste diagnose - artrose højre fod i 1-3 TMT-led (Slidgigt i mellemlæddet fra tå til fod mellem 1. og 3. tå) dækkes der ikke yderligere på denne problematik."

Klageren har i brev af 20/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"1. Klager benytter hermed DDS tilbud til en fornyet og uvildig undersøgelse af højre fod til yderligere belysning af smerte i foden. Hertil tilføjes (igen), at brud ikke tidligere er registreret i højre forfod, (kun højre ankel samt betændelse tidligere, hvor der ikke er problemer, som tidligere beskrevet)

2. Klager vil selv vælge behandler/klinik/MR scan, som er uvildig af DDS jf. forsikringsbetingelser punkt 4,8 for fornyet undersøgelse.

3. Klager er stadig af den overbevisning, at en evt. fejldiagnose er til stede, men uafhængig af dette, at DDS anviste læge har fraveget ansvar ved at oplyse, at operation ikke var mulig på undersøgelsestidspunktet, (ikke var at anbefale, som klager var enig i, på undersøgelsestidspunktet, uden at oplyse om muligheden ikke senere var tilstede) og da smerterne så blev for meget i kortere tidsrum herefter, at DDS afviste sagen, henvisende til forsikringsbetingelserne i henhold hvilket er både urimeligt og unfair.

4. At DDS har forsømt smerteudredning for klager jvf. forsikringsbetingelserne 5.5 afsnit 2.

5. At DDS har forsømt rimelige udgifter jf. p 5.6.5 som 3D scan på fod og indlæg, som smertelindring fra klager fra bandagist i ... (ikke fodtøj, men special indlæg), bandagist vejledt klager om, at inflammation til stede, pga. meget varm højre fod i forhold til venstre, og at højre fod rod er vokset for at kompensere for trækket i senerne. (højre fod rod større end venstre)

6. At DDS sundhedsteam burde have oplyst om mulighederne for evt. fodterapeut for forbyggede smertelindring"

Selskabet har i brev af 19/3 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Ad 1) DSS fastholder tilbuddet om dækning for fornyet undersøgelse af Klagers gener fra højre fod.

Ad 2) DSS henleder opmærksomheden på, at speciallægeundersøgelse udelukkende kan finde sted på en af DSS anvist klinik i vores kvalitetssikrede netværk, jf. vilkår 8.0:

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge.

'Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik...' ... Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi henviser til...'

Ad 3) Journal og røntgenbeskrivelse fra ... Privathospital (tidligere uploadet bilag 4) giver ikke anledning til mistanke om fejldiagnosticering. Generne fra Klagers højre fod var på undersøgelsestidspunktet foreneligt med diagnosen, artrose (slidgigt) i 1-3 TMT-led højre fod.

Klager oplyses ved konsultationen om at benytte svangindlæg for at afhjælpe smerterne.

Klager informeres ligeledes om, at DSS har modtaget journalen, hvori der er beskrevet, at der er konstateret en kronisk lidelse i højre fod og at der er dækning for lidelsen i op til 6 måneder fra diagnosen er stillet. Klager henvender efterfølgende til DSS med samme symptombillede efter de 6 måneder er gået. Ved denne henvendelse foreligger der ikke lægehenvisning eller oplysninger fra Klager, der henleder til mistanke om anden og nyopstået lidelse.

Ad 4) DSS dækker ikke udredning og behandling af langvarig smerteproblematik, jf. vilkår 8.0

5.5 Smerteudredning

'Udredning og behandling af langvarige smerteproblematikker på f.eks. smerteklinik eller hovedpineklinik samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom, er ikke dækket af forsikringen. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.'

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer nødvendige for at stille en diagnose, og behandling udført af relevant speciallæge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at behandlingen kan kurere eller væsentlig og varigt reducere sygdommen.'

Klager oplyser i kopi af webskema til Ankenævnet for Forsikring at hans højre fod er varm og hævet og at en bandagist har rejst mistanke om inflammation i fodens sener. DSS tilbyder derfor Klager, på baggrund af de nytilkomne gener og oplysninger, en fornyet vurdering af speciallæge i ortopædkirurgi.

Såfremt den fornyede undersøgelse ikke afslører anden eller nytilkommen patologi end den allerede påviste diagnose - artrose højre fod i 1-3 TMT-led (Slidgigt i mellemleddene fra tå til fod mellem 1. og 3. tå) dækkes der ikke yderligere på denne problematik.

Ad 5) DSS dækker udgifter til midlertidige hjælpemidler, som vurderes nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling. Ortopædisk fodtøj, herunder specialsåler er ikke dækket, jf. vilkår 8.0

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer, er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling.

Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Midlertidige hjælpemidler, herunder lejede hjælpemidler, dækkes i maksimalt 6 måneder. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning, er ikke dækket.

Der dækkes ikke udgifter til hjælpemidler, som kan modtages via de offentlige tilskud om hjælpemidler. Ortopædisk fodtøj, CPM-maskine og lignende dækkes ikke.

7 Hvad forsikringen ikke dækker

'Udover, hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke undersøgelse og behandling samt øvrige udgifter til:

... Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstraudgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere...'

Ad 6) Klager er ikke indtegnet med dækning af Tilvalg F og fodterapi. Fodterapi er en del af:

Tilvalg F – Behandling af kroniske lidelser.

Hvilke tilvalg Klager er tegnet ind med hos DSS med, fremgår af den gældende police for hele virksomheden, som Klager er ansat i. Klager kan selv tilgå sine dækninger på hans personlige profil på DSS's hjemmeside."

Klageren har i brev af 9/4 2024 til nævnet bl.a. anført:

"1. Klager accepterer ny undersøgelse af højre fod som tilbudt af DDS.

2. Røntgen fra ... og efterfølgende konsultation på ... privathospital har ikke været tillidsvækkende, og klager har ikke tillid til, at DDS har interesse i andet end at påvise tidligere diagnose.

Klager fastholder egen valg eller som anvist af forsikringsankenævnet ortopæd specialist som uafhængig af DDS for 'second opinion' jf.t forsikringsbetingelser 4.8 - 5.5 - 5.6.3

3. Som tidligere nævnt jf. bilag 4, (DDS læge) er klager gjort opmærksom på at behandlingsmulighed ikke er til stede på indeværende tidspunkt, samt ikke tilrådelig på daværende tidspunkt under konsultationen. Da klager så henvender sig igen, er muligheden for behandling forspildt, idet der ifølge DDS er gået over 6 måneder med den af DDS diagnose.

Ud fra egen besøg og omkostning til bandagist i ... gøres Klager opmærksom på, at højre fod er meget varm i forhold til venstre, hvorfor inflammation og betændelse i led er sandsynligt. Derfor vil det også være rimeligt at antage at, denne mulige tilstand hele tiden har være til stede, og at højre fodrodsknogle ifølge bandagist i ... har vokset heraf, hvilket yderligere forværret tilstanden i foden.

4. Klager fastholder DDS sundhedsteam ikke har været behjælpelig for klager for hvad angår smertelindring og yderligere råd jf. punkt 5.1 i forsikringsbetingelserne, samt tilbudt forbyggende behandling af sundhedsteamet jf. 5,7 f.eks. fysioterapi etc.

5. Klager anerkender at DDS ikke er, ifølge forsikringsbetingelserne, forpligtet til at bekoste indlæg til sko mv., hvilket klager selv har bekostet."

Selskabet har i brev af 16/4 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringsselskabet Dansk Sundhedssikring A/S (i det følgende 'DSS') har gennemgået Klagers modsvar, dateret den 9. april 2024 og gør følgende gældende vedr. punkt 2:

DSS dækker udelukkende en second opinion i tilfælde af livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller eventuel behandling med særlig risikofyldt behandling, jf. gældende vilkår 8.0:

5.6.3 Second opinion

Forsikringen dækker i visse tilfælde konsultation hos relevant speciallæge, hvis du:

- *Har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade.*
- *Står over for valget om at modtage særlig risikofyldt behandling, som kan være livstruende eller give varige mén.*

Hvis vi vurderer, at du skal tilbydes en second opinion, vil vi anvise dig til relevant speciallæge i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen...'

Klagers tilstand i højre fod er ikke vurderet til at medføre særlig alvorlig sygdom eller at medføre behov for særlig risikofyldt behandling.

DSS fastholder tilbuddet om dækning for fornyet undersøgelse af Klagers nærværende gener fra højre fod og henleder opmærksomheden på, at speciallægeundersøgelse udelukkende kan finde sted på en af DSS anvist klinik, i vores kvalitetssikrede netværk.

DSS har ikke yderligere kommentarer til sagen og ønsker sagen afgjort på det foreliggende materiale."

Klageren har i brev af 19/4 2024 til nævnet bl.a. anført:

"Klager mener netop der er grundlag for en 'second opinion' idet der bestyrket mistanke om inflammation i forfoden, som tidligere nævnt under konsultation hos bandagist i ... på eget initiativ og betaling, idet undertegnet har store problemer og smerter i højre fod v normal gang. Klager stiller spørgsmålstegn ved, om dette ikke burde været opdaget tidligere under scanning i ..., og under den noget senere konsultation [på privathospital].

Klager er ikke overbevist om, at diagnosen for Artrose er entydig eller rigtig. Klager fik at vide under konsultationen [på privathospital] at operation var udelukket på indeværende tidspunkt (ikke at anbefale).

Da klager så senere fik så store daglige smerter i højre fod, at han igen henvende sig til DDS, blev sagen afvist under henvisning til tidligere konsultation/diagnose og at mulighed for 'eventuel operation var udelukket'.

Klager har ikke tidligere brækket højre fod, forfod eller ankel og er ikke umiddelbart disponeret for gigt i familien. Det er derfor en rimelig grundlag til at formode, at diagnosen v DDS er fejlbehaftet og at tiden efter konsultationen [på privathospitalet] trods ingen løb og godt fodtøj har forværret situation i højre fod som kunne/burde været undgået.

Derfor er det også rimelig at bede om en ny undersøgelse som er uvildig af DDS (Eksempelvis [andet privathospital]) p second opinion.

Punkt 5.6.3 i forsikringsbetingelserne nævner netop alvorlig skade under punkt 1 og har man har problemer med at gå normalt med højre fod, som undertegnet, er der absolut tale om en alvorlig skade.

Ligeledes er klager under konsultationen v DDS [på privathospitalet] blevet vejledt om at operation ikke på indeværende tidspunkt var tilrådelig, og ikke uden risiko.

Klager er yderligere af den opfattelse at DDS ikke har været behjælpelig med opfølgende smertebehandling eller råd/vejledning som beskrevet i forsikringsbetingelserne af DDS 'sundhedsteam' på noget tidspunkt således forværring kunne være undgået.

Klager er af den opfattelse af ankenævnet kan foretage samlet vurdering på medtaget skrivelser i sagen."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår af journal af 30/3 2022 fra privathospitalet:

"6 måneders varende anamnese med smerter i højre forfod, når han løber eller gangdistance over 2 km. Ingen smerter i hvile og ved almindelig aktivitet.

Tidligere haft lateral malleolfraktur, som blev osteosynteret med skinner og skruer og de er efterfølgende fjernet igen. Har også haft septisk artrit i højre ankelled, som blev åben synovektomeret.

Objektivt:

Højre fodled: Nydelig cicatrice efter tidligere kirurgi. Upåfaldende fod, ganske let platfodhed. Der er distinkt ømhed svarende til 3. metatars, men ingen ømhed svarende til øvrige del af foden.

Plan:

Vi kan ikke helt udelukke en stressfraktur svarende til 3. metatars, derfor rp. røntgen af højre forfod.

Når svar foreligger, skal han henvises til bandagist med henblik på svangindlæg, medmindre denne viser stressfraktur."

Det fremgår af journal af 21/4 2022 fra privathospitalet:

"Rtg viser artrose i 1-3 TMT-led. Han informeres herom samt at der ikke på nuværende tidspunkt er kirurgiske behandlingsmuligheder. Tilrådes at forsøge svangindlæg, da han er lettere platfodet og stoppe med løb."

Det fremgår af selskabets brev af 26/4 2022:

"I relation til din sag vedr. din højre fod, har vi modtaget journalen, hvori der er beskrevet, at der er konstateret en kronisk lidelse. Rtg viser artrose i 1-3 TMT-led.

I den forbindelse gøres du opmærksom på, at kroniske lidelser som er opstået i forsikringstiden er dækningsberettiget i 6 mdr. fra den dato det er konstateret jf. vilkår pkt. 5.3."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"5 Basisdækning

5.1 SundhedsNavigator

Vores sundhedsteam bestående af erfarne læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og andet sundhedsfagligt personale har mange års erfaring fra forskellige specialer og tilbyder professionel rådgivning om sundhed og sygdom. Du tilbydes telefonisk sygeplejerske- eller lægekonsultation til alle helbredsproblemer, også dem der ikke kræver egentlig behandling, eller som ikke er omfattet af forsikringsdækningen.

Via vores unikke SundhedsNavigator- og tovholderkoncept tilbyder vi at hjælpe med at tilrettelægge og gennemføre forløbet af undersøgelser og behandlinger samt vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, f.eks. patientrettigheder, klageprocedurer, vejledning om ventetider, frit sygehusvalg og udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hjælper også med at gennemgå journaler fra hospitaler og læger, bestille tider til behandling eller undersøgelse, arrangere transport eller anden assistance, hvis du har brug for det.

I de tilfælde, hvor skaden kun kan løses i det offentlige, eller ikke er dækket af forsikringen, tilbyder vi at hjælpe dig med rådgivning med dit behandlingsforløb i det offentlige sundhedsvæsen.

...

5.3 Kroniske sygdomme

Forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikringstiden i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Kroniske sygdomme og lidelser opstået og/eller diagnosticeret før forsikringstiden, er ikke dækket.

Kroniske sygdomme definerer vi som sygdomme, tilstande og lidelser, som vores læger vurderer er vedvarende og som ikke kan kureres, og hvor der ikke findes en helbredende behandling.

Sundhedsteamet tilbyder altid hjælp til alle kroniske lidelser med rådgivning, vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, patientrettigheder, ventetider, udrednings- og behandlingsgarantier og hjælp til offentlig tidsbestilling.

5.4 Følgesygdomme til kroniske sygdomme

Undersøgelse og behandling af følgesygdomme, som opstår i forsikringstiden som en direkte følge af en kronisk sygdom, dækkes i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Det er en forudsætning for dækning, at vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. Følgesygdomme opstået før forsikringen trådte i kraft, er ikke dækket.

...

5.5 Smerteudredning

Udredning og behandling af langvarige smerteproblematikker på f.eks. smerteklinik eller hovedpineklinik samt smertebehandling i forbindelse med kræftsygdom, er ikke dækket af forsikringen. Sundhedsteamet hjælper med rådgivning i den videre proces.

Der dækkes rimelige undersøgelser, som vi vurderer er nødvendige for at stille en diagnose, og behandling udført af relevant speciallæge i de tilfælde, hvor vi vurderer, at behandlingen kan kurere eller væsentligt og varigt reducere sygdommen.

Forsikringen dækker ikke private udgifter under indlæggelse eller lignende.

5.6 Undersøgelse og behandling hos speciallæge

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik. For speciallæge i psykiatri gælder særlige bestemmelser, jf. punkt 5.8 'Psykolog og psykiater'.

...

10 dages undersøgelses- og behandlingsgaranti

Du garanteres, at dækningsberettiget undersøgelse og/eller behandling er sat i gang inden for 10 hverdage i det private eller i det offentlige sundhedsvæsen, efter at vi har modtaget og godkendt din anmeldelse.

Har vi brug for flere oplysninger, f.eks. lægehenvielse eller anden relevant information, starter de 10 hverdage efter vi har modtaget og godkendt de nødvendige oplysninger.

Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling hos et privathospital eller en privatklinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til.

I de tilfælde, hvor ventetiden i det private sundhedsvæsen er på samme niveau som i det offentlige, kan vi vælge, at det offentlige tilbud skal benyttes.

Vi kan til hver en tid bede om journaloplysninger, henvisning eller attester, som vi finder nødvendige for vores sundhedsfaglige vurdering, herunder om den anmeldte lidelse er dækket af forsikringen.

...

5.6.3 Second opinion

Forsikringen dækker i visse tilfælde konsultation hos relevant speciallæge, hvis du:

- Har en livstruende eller særlig alvorlig sygdom eller skade.
- Står over for valget om at modtage særlig risikofyldt behandling, som kan være livstruende eller give varige mén.

Hvis vi vurderer, at du skal tilbydes en second opinion, vil vi anviser dig til relevant speciallæge i det offentlige eller i det private sundhedsvæsen.

Står du over for en vanskelig stillingtagen, eller er der usikkerhed omkring din diagnose eller behandlingsform, tilbyder vi telefonisk rådgivende konsultation ved vores læger og sygeplejersker. Det gælder også, hvis to læger er uenige om din diagnose eller behandlingsform (third opinion).

...

5.6.5 Midlertidige hjælpemidler

Forsikringen dækker rimelige udgifter til personlige midlertidige hjælpemidler, som vi vurderer er nødvendige i forbindelse med en dækningsberettiget operation eller behandling. Hjælpemidlet skal være ordineret af behandlende speciallæge. Midlertidige hjælpemidler, herunder lejede hjælpemidler, dækkes i maksimalt 6 måneder. Udgifter til hjælpemidler ved ambulant genoptræning, er ikke dækket.

Der dækkes ikke udgifter til hjælpemidler, som kan modtages via de offentlige tilskud om hjælpemidler. Ortopædisk fodtøj, CPM-maskine og lignende dækkes ikke.

...

5.7 Fysioterapeut og kiropraktor

Forsikringen dækker rimelig og nødvendig behandling hos fysioterapeut og kiropraktor i Danmark efter henvisning fra sundhedsteamet. Det er en forudsætning for dækning, at der er et lægeligt dokumenteret behov for at behandle, og at behandlingen sikrer progression/bedring af tilstanden. Behandlinger af forebyggende og vedligeholdende karakter er ikke dækket.

Sundhedsteamet vil ud fra en faglig vurdering henvise til relevant behandlingsform. For at sikre, at du altid får den rette behandling, vil sundhedsteamet løbende vurdere, hvor mange behandlinger du har behov for, og om du modtager den rette behandling.

Du skal altid have en gyldig lægehenvvisning til fysioterapi, og fysioterapeuten eller kiropraktoren skal have overenskomst med sygesikringen (ydernummer).

Vælger du en behandler uden overenskomst, dækker forsikringen beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen fysioterapi, som indeksreguleres to gange årligt. For kiropraktik dækkes beløbet svarende til patientandelen efter den takst, der gælder for almen kiropraktik. Holdtræning ved fysioterapeut dækkes, hvis det er som led i et dækket behandlingsforløb og er godkendt af os. Der dækkes holdtræning svarende til patientandelen for holdtræning, som indeksreguleres årligt.

...

7 Hvad forsikringen ikke dækker

Udover, hvad der er nævnt i forsikringsbetingelserne, herunder bestemmelserne i de enkelte dækninger, dækker forsikringen ikke undersøgelse og behandling samt øvrige udgifter til:

...

- Behandlinger uden for normal arbejdstid (weekend-, aften- eller lignende tillæg) samt tillægsydelser som shockwave, laserbehandling, ultralyd, akupunktur, massage og lignende. Ekstra-udgifter til såler, indlæg, bandager, tape med mere."

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 1/2 2022, at han ikke kunne løbetræne på grund af smerter i højre fod, hvorfor han ønskede en ortopædkirurgisk vurdering. Selskabet dækkede en ortopædkirurgisk vurdering, hvor en røntgenundersøgelse viste slidgigt i mellemleddets fra tå til fod mellem 1. og 3. tå. Ortopædkirurgen vurderede, at der ikke var kirurgiske behandlingsmuligheder. Den 26/4 2022 meddelte selskabet, at kroniske lidelser opstået i forsikringstiden var dækningsberettigende i 6 måneder fra konstateringen. Klageren kontaktede den 15/8 2023 selskabet med ønske om genoptagelse af sagen, da han havde daglige gener. Selskabet afviste yderligere dækning til behandling af den kendte slidgigt med henvisning til, at forholdet var konstateret for mere end 6 måneder siden.

Klageren ønsker genoptagelse af sagen og en ny uvildig undersøgelse af højre fod, da han ikke er overbevist om, at generne skyldes slidgigt. Klagerens oplysning i klageskemaet om mistanke om inflammation i foden er et nyt forhold, som selskabet ikke tidligere ses at have været bekendt med, og selskabet har på baggrund af oplysningen tilbudt en ny undersøgelse. Klageren ønsker at benytte selskabets tilbud om en ny undersøgelse. Klageren har dog gjort gældende, at der skal være tale om en second opinion efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.6.3, og at han selv ønsker at vælge speciallægen, eller at nævnet skal anwise en speciallæge, da det tidligere forløb, ikke har været tillidsvækkende.

Klageren har anført, at han kan være blevet fejldiagnosticeret ved den undersøgelse – som selskabet i 2022 foranstaltede – idet en bandagist har rejst mistanke om inflammation og betændelse i foden. Det vil være rimeligt at antage, at denne tilstand har været til stede hele tiden, og at forværringen måske kunne have været undgået, hvis han fra starten var blevet korrekt diagnosticeret. Klageren har anført, at selskabets sundhedsteam ikke har været behjælpelig med smertelindring og yderligere råd efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.1, at selskabet ikke har tilbudt smerteudredning efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.5 og at selskabet ikke har tilbudt forbyggende behandling efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.7.

Selskabet har afvist yderligere udredning og behandling af den påviste slidgigt klagerens højre fod med henvisning til, at forsikringen kun dækker undersøgelse og behandling af kroniske lidelser i 6 måneder fra diagnosetidspunktet efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.3. Selskabet har anført, at journalmaterialet fra privathospitalet ikke giver anledning til mistanke om fejldiagnosticering, og at selskabet efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.5 ikke dækker udredning og behandling af langvarig smerteproblematik. Selskabet har anført, at klagerens tilstand i højre fod ikke vurderes at medføre særlig alvorlig sygdom eller at medføre behov for særlig risikofyldt behandling, og at klageren derfor ikke har ret til en second opinion efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.6.3.

For så vidt angår tilbuddet om en ny undersøgelse har selskabet anført, at selskabet ikke dækker yderligere udgifter, hvis undersøgelsen ikke viser anden eller nytilkommen patologi end den allerede påviste slidgigt. Selskabet har anført, at speciallægeundersøgelsen udelukkende kan finde sted på en af selskabets anvist klinikker efter forsikringsbetingelsernes punkt 5.6.

Det fremgår af journal af 30/3 2022 fra privathospitalet, at "6 måneders varende anamnese med smerter i højre forfod, når han løber eller gangdistance over 2 km. Ingen smerter i hvile og ved almindelig aktivitet. Tidligere haft lateral malleolfraktur, som blev osteosynteret med skinner og skruer og de er efterfølgende fjernet igen. Har også haft septisk artrit i højre ankelled, som blev åben synovektomeret. Objektivt: Højre fodled: Nydelig cikatrice efter tidligere kirurgi. Upåfaldende fod, ganske let platfodhed. Der er distinkt ømhed svarende til 3. metatars, men ingen ømhed svarende til øvrige del af foden. Plan: Vi kan ikke helt udelukke en stressfraktur svarende til 3. metatars, derfor rp. røntgen af højre forfod. Når svar foreligger, skal han henvises til bandagist med henblik på svangindlæg, medmindre denne viser stressfraktur".

Det fremgår af journal af 21/4 2022 fra privathospitalet, at røntgen "viser artrose i 1-3 TMT-led. Han informeres herom samt at der ikke på nuværende tidspunkt er kirurgiske behandlingsmuligheder. Tilrådes at forsøge svangindlæg, da han er lettere platfodet og stoppe med løb".

Det fremgår af selskabets brev af 26/4 2022, at "i relation til din sag vedr. din højre fod, har vi modtaget journalen, hvori der er beskrevet, at der er konstateret en kronisk lidelse. Rtg viser artrose i 1-3 TMT-led. I den forbindelse gøres du opmærksom på, at kroniske lidelser som er opstået i forsikringstiden er dækningsberettiget i 6 mdr. fra den dato det er konstateret jf. vilkår pkt. 5.3".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.3, at "forsikringen dækker undersøgelse og behandling af kroniske sygdomme og lidelser, som opstår i forsikringstiden i op til 6 måneder fra diagnosetidspunktet, hvis vi vurderer, at behandling vil medføre en væsentlig og varig forbedring af tilstanden. ... Kroniske sygdomme definerer vi som sygdomme, tilstande og lidelser, som vores læger vurderer er vedvarende og som ikke kan kureres, og hvor der ikke findes en

helbredende behandling. Sundhedsteamet tilbyder altid hjælp til alle kroniske lidelser med rådgivning, vejledning om det offentlige sundhedssystems behandlingstilbud, patientrettigheder, ventetider, udrednings- og behandlingsgarantier og hjælp til offentlig tidsbestilling".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.6, at "forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade, som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik. ... Hvis vi vurderer, at det ikke er muligt for dig at få en tid inden for 10 hverdage i det offentlige sundhedsvæsen, herunder frit sygehusvalg og aktivering af retten til hurtig udredning og behandling, kan vi i stedet henvise dig til undersøgelse og/eller behandling hos et privathospital eller en privatklinik i vores netværk. Du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at selskabet dækkede klagerens undersøgelse på privathospital i 2022, hvor der ved røntgenundersøgelse blev konstateret slidgigt, og at selskabet den 26/4 2022 oplyste klageren om, at kroniske lidelser var dækningsberettigende i 6 måneder fra diagnosetidspunktet. Nævnet bemærker, at klageren ikke ses at have rettet henvendelse vedrørende yderligere behandling i den dækningsberettigende periode.

Nævnet har også lagt vægt på, at journalmaterialet fra privathospitalet ikke givet anledning mistanke om en fejlagnostisering.

Nævnet har videre lagt vægt på, at selskabet – på baggrund af klagerens nye oplysninger om mulig inflammation i foden – har tilbudt en ny undersøgelse.

Nævnet bemærker, at det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.6, at forsikringen dækker rimelig og nødvendig undersøgelse og behandling af dækningsberettiget sygdom/skade,

Ankenævnet for Forsikring

16.

101203

som er udført af relevant speciallæge på hospital eller klinik, og at "du skal altid anvende det behandlingssted, som vi anviser til". Nævnet bemærker videre, at selskabet ikke ses at have tilsluttet sig Forsikring & Pensions principper for indhentning af speciallægeerklæring og attest fra speciallæge.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Jens Kruse Mikkelsen

formand