708/04

Den 11. oktober 2004 blev i sag nr. 63.011:

xxxxxxx xxxxxxxxxx xxxxxxx
xxxxxxxx xx x
xxxx xxxxxx

mod

Tryg Forsikring,
Rejse og Sundhed A/S
Klausdalsbrovej 601
2750 Ballerup

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

Forsikringstageren, der har rejseforsikring i Tryg Forsikring, Rejse og Sundhed A/S, klager over selskabets afvisning af at yde erstatning.

Klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at yde erstatning for tilkaldelse af hende og datteren Trines far i forbindelse med datterens sygdom. Klageren er uenig i selskabets vurdering af datterens sygdomssituation. Klageren finder, at datteren var akut alvorlig syg.

Det fremgår af sagen, at datteren, der er født i 1982, under ophold i Uganda indlægges på grund af mavesmerter.

Selskabet har ved skrivelse af 1/3 2004 til nævnet redegjort for sagen således:

> "Det anmeldes telefonisk den 3. maj 2003, at Trine er indlagt på hospital i Kampala, Uganda til observation for blindtarmsbetændelse.
>
> Vores lægekonsulent kobles straks på sagen, og der er løbende kontakt mellem vores lægekonsulent/hospital/Trine/Trines forældre under hospitalsindlæggelsen, der strækker sig frem til 12. maj 2003.

Den 8. maj 2003 anmoder Trines forældre om, at vi yder dækning for tilkald, men rent lægeligt vurderes det, at grundlaget ikke er til stede. Den 9. maj 2003 gentages anmodningen, men med samme resultat.

Den 22. august 2003 modtager vi Trines brev af 12. august 2003, hvor Trine fremsætter diverse krav (bilag 2).

Den 19. september 2003 besvarer vi Trines brev (bilag 3).

Den 16. oktober 2003 modtager vi A.S.' [klagerens] brev af 2. oktober 2003, hvor A.S. fremsætter krav for, hvad det ville koste at rejse til Uganda i 10 dage for Trines forældre (bilag 4).

Den 24. november 2003 besvarer vi brevet og fastholder, at der ikke er grundlag for at yde dækning for tilkaldelse, ligesom vi forklarer baggrunden for at have ambulancefly i beredskab (bilag 5).

Vores indstilling

l henhold til betingelsernes punkt 3.1.1 dækker forsikringen 2 personer, som kan rejse ud til forsikrede, hvis forsikrede bliver akut alvorlig syg, kommer alvorligt til skade eller afgår ved døden.

Bestemmelsen fortolkes således, at der skal være tale om en livstruende eller en stærkt invaliderende sygdom for at tilkaldelse ydes, og vurderingen er rent lægelig.

Trine blev indlagt til observation for blindtarmsbetændelse. Siden hen at der muligvis var tale om underlivsbetændelse og endnu senere omtales Crohns sygdom.

Spørgsmålet om Crohns sygdom er drøftet med vores lægekonsulent.

Konsulenten oplyser, at diagnosen Crohn hverken kan be- eller afkræftes ud fra de foreliggende oplysninger. Dr. Stockley - den behandlende læge - mener uklinisk, at

det kunne dreje sig om Crohns sygdom - men kommer tillige med flere differential diagnostiske muligheder. Videre påpeger vores lægekonsulent, at dr. Stockley ikke har stillet diagnosen Crohns sygdom.

Vores lægekonsulent oplyser i øvrigt følgende:
'Crohns sygdom er en kronisk, inflammatorisk tarmlidelse med lokal udbredning - som regel i tyndtarmen - og uden kendt årsag. Kvinder er hyppigere angrebne end mænd, og debutalder typisk 15 - 30 år. Debutsymptomerne varierer betydeligt og er ofte relateret til lokalisationen af det påvirkede tarmafsnit. Ofte ses en snigende begyndelse med episoder med diarre og ukarakteristiske mavesmerter. Feber kan ses hos ca. 1/3 af patienterne.

Diagnosen beror på en sum af forskellige kliniske fund og undersøgelsesresultater, og almindeligvis baseres diagnosen på mindst 2 af følgende 4 diagnostiske kriterier:

1. Sygehistorie med diarre gennem mere end 3 måneder.
2. Røntgenkontrastundersøgelse med visse typiske strukturfund i tyndtarm eller tyktarm.
3. Typiske fund ved vævsprøver fra tarmslimhinden
4. Fistler og/eller indre pusansamlinger ('bylder') i relation til tarmen.

Der findes naturligvis mange andre differentialdiagnoser, d.v.s. sygdomme med lignende symptombillede herunder akut blindtarmsbetændelse og andre akutte tarminfektioner.

Crohns sygdom er principiel inkurabel og derfor livslang - men symptomerne kan variere meget og i flere tilfælde efterhånden med alderen blive sparsomme. Andre må leve med et mere kronisk og aggressivt forløb. Behandlingen varierer derfor også under et langstrakt sygdomsforløb, og kan være såvel diætetisk, medikamentel og i mere komplicerede udgaver også kirurgisk. Overlevelsen for Crohns patienter er ikke signifikant forskellig fra baggrundsbefolkningen.'

Videre angiver vores lægekonsulent, at forsikrede indlægges, fordi hun (mail af 7. maj) presented with a 2 day history of abdominal pain (mavesmerter) which was so severe she could not walk upright - eller var krumbøjet. Desuden var forsikrede dehydreret p.g.a. opkastninger, men ikke febril. Smerten var karakteristisk lokaliseret i nedre del af maveregionen, men en anelse overvægt i højre side. Dette kan være grundlaget for en umiddelbar mistanke om blindtarmsbetændelse, hvor en operation som regel er indiceret. Forsikrede har orienteret behandlende læge om sine tidligere anfald med mavesmerter, og angav, at hun ikke var interesseret i en operation. Behandlende læge har sandsynligvis noteret sig de tidligere attakker og har afventet udviklingen, især med henblik på kirurgisk intervention. Forsikrede ønskede heller ikke at få væsketilførsel gennem en nål i venen, selvom der var klar indikation for dette. Først efter 4 timers uændret tilstand med opkastning, indvilligede forsikrede i væskebehandling. Indgift af 3 liter væske indtil normal urinproduktion er en relevant oplysning, og indikerer graden af dehydrering. Der påbegyndes desuden en korrekt antibiotikabehandling, idet lægen har indtryk af et diffust symptombillede, som er foreneligt med infektion i mave-tarmsystemet. Der har i forløbet været en normal pulsfrekvens. Forsikrede får efterfølgende en let temperaturforhøjelse, og diarre, inklusivt en enkeltstående episode med blod- og pustilblandet tynd afføring. Dysenteri kunne derfor være en alternativ diagnose, og forsikrede var i givet fald da allerede i en korrekt antibiotisk behandling.

Videre angiver vores lægekonsulent, at sygdomsforløbet på dette tidspunkt har strakt sig over en uge og indlæggelsen over 5 dage. Behandlende læge beslutter sig for at udskrive forsikrede, idet hun skønnes at være i en relativ god tilstand. Planen ændres, da forsikrede samme dag får et tilbagefald med høj feber. Der foretages en ultralydsscanning, som finder patologiske forhold i tyndtarmen ('focal enteritis') - altså afgrænsede områder af tarmen med forandringer, der er foreneligt med følger efter infektion - og også f.eks. Crohns sygdom. Forsikredes tilstand bedres dog hurtigt, hun spiser lidt, drikker nu flinkt, og der er varierende, men mindre febertoppe, diarreen er aftaget 2 dage tidligere, og smerterne er kun meget begrænsede. Behandlende læge er dog fortsat i tvivl om den rette diagnose, og overvejer derfor også Crohns sygdom.

Omkring mailen af 8. maj oplyser vores lægekonsulent, at det afgørende er, at forsikrede er i klar bedring. Såfremt dette billede skulle ændre sig betydeligt i negativ retning, aftales en evakuering til Nairobi med ambulancefly - en løsning som især er begrundet i, at den behandlende læge er bortrejst i nogle dage.

Mailen af 13. maj beskriver et helt normalt resultat af en kontrol-ultralydsundersøgelse af tarmforholdene foretaget dagen efter udskrivelsen. Diagnosen er stadig et åbent, uafklaret spørgsmål. Dels er forsikredes symptombillede vanskeligt at bedømme i det akutte stadie, dels har forsikrede haft en forhistorie med flere maveattakker, og dels har medrejsende kolleger haft det dårligt med feber og mavesmerter indenfor samme periode. Der kan således også være tale om en såkaldt rejsediarre hos forsikrede (og medrejsende), som ses hyppigere forekommende blandt yngre end ældre rejsende.

Crohns sygdom er vanskelig at diagnosticere - diagnosen fastsættes gennemsnitligt tre år efter sygdomsdebut. En fortsat udredning er derfor anbefalet forsikrede.

Vores lægekonsulent anfører, at behandlingen i Kampala har været korrekt og effektiv. Symptombilledet i den akutte fase var sandsynligvis markant, men med en for diarresygdom relativ hurtig bedring. Der har på intet tidspunkt været tale om en såkaldt abdominal katastrofe, som indikerer en øjeblikkelig operativ intervention.

Der er rejst tvivl om repatrieringen/evt. evakueringen af forsikrede. Ved akut abdomen (d.v.s. akut sygdomstilstand i mave-tarmsystemet) er flytransport initialt kontraindiceret af specifikt diagnostiske og andre mere sekundære grunde, heriblandt kabinetrykforhold, smittefare, særlige behandlingsprocedurer etc. Man vil sædvanligvis overveje - og oftest gennemføre et efter symptombilledet kurativt eller sonderende operativt indgreb - andet ville være uforsvarligt og livstruende. l andre tilfælde følges sygdomsbilledet tæt, idet arbejdsdiagnosen mere er af medicinsk karakter og ikke kirurgisk. l dette tilfælde har den behandlende læge kortvarigt overvejet et kirurgisk indgreb under diagnosen appendictis acuta (blindtarmsbetændelse), men har åbnet op for alternative overvejelser, idet symptomerne har nedtonet behovet for den akut-

te, kirurgiske intervention. Dette forhold er ganske normalt - også på danske sygehuse.

Forsikredes tilstand har kun på et kortvarigt og meget tidligt tidspunkt (indenfor første observationsdøgn) været af en sådan karakter, at operation var under overvejelse. Det er en helt normal lægelig procedure at kalkulere med 'worst case'. Efter væskebehandling og iværksat antibiotika har forsikrede opnået en hurtig bedring.

En akut appendictis kan være livstruende - hvis den forbliver ubehandlet. Crohns sygdom er kun livstruende i forbindelse med komplikationer, som kan sidestilles med appendicit eller andre mere aggressive infektioner i tarmsystemet.

Det operative indgreb for blindtarmsbetændelse anses for simpelt og er som regel komplikationsfrit, gennemføres indenfor knap en halv time, og udføres i fuld bedøvelse.

Rejsediarre behandles med væske evt. antibiotika. Forløbet er individuelt og varierende og oftest uden komplikationer - tilsvarende almindelige tilfælde af 'madforgiftning' vi kan støde på i Danmark.

Crohns sygdom behandles med medicin evt. i komplicerede udgaver med fjernelse af sygt tarmelement.

En korrekt diagnose på akut sygdom i mave-tarmsystemet kan være meget vanskelig opgave. Overvejelser og screening af mulige årsager til sygdomme afspejles bl.a. i flere arbejdsdiagnoser, hvilket for en udenforstående fejlagtigt kan opfattes som en zig zag kurs. l realiteten er det udtryk for kvalitetssikring.

Så meget i henhold til vores lægekonsulent.

Vi har naturligvis forståelse for forældrenes bekymring, men må lægge til grund, at der ikke har været tale om livstruende sygdom eller risiko for stærkt invaliderende

følger og overvejelser om operativt indgreb pågik alene i den indledende fase, da mistanken gik på blindtarmsbetændelse.

Vi beklager således, at vi må fastholde, at der ikke er grundlag for erstatning for tilkaldelse.

For fuldstændighedens skyld tilføjes, at vi bl.a. har betalt for Trines indlæggelse."

Hertil har klageren i skrivelse af 21/3 2004 over for nævnet oplyst, at blindtarmsbetændelse blev udelukket det første døgn på grund af diarré, og at selskabet alene har oplyst, at datteren gennemgik én undersøgelse, hvilket ikke er korrekt. Endvidere oplyser klageren, at datteren foruden antibiotika fik anden medicin og oplister præparaterne i skrivelsen. Til eksempel kan nævnes ibuprofen, prednisonlon, medicin mod kramper og endelig et præparat mod synsforstyrrelser.

Hertil har selskabet ved skrivelse af 19/4 2004 til nævnet anført:

"Under henvisning til Ankenævnets brev af 30. marts 2003 og dermed fremsendte bilag, kan vi oplyse, at det er korrekt, at det undervejs i forløbet blev overvejet, om Trine skulle hjem for nærmere udredning, men konklusionen blev, er der rent lægeligt ikke var behov herfor. Vi må i den forbindelse afvise, at vi herfra har lovet hjemtransport.

A.S.' brev er i øvrigt forelagt vores cheflæge, der oplyser, at brevet ikke giver anledning til at ændre vores holdning omkring tilkald.

Den nævnte medicinering er en symptomatisk behandling (spasmintas, hyoscine, butylbromid og ibubrofen) for mavesmerter og mavekramper.

Prednison behandling bruges ganske rigtigt til behandling af morbus crohn, men også til mange andre lidelser, hvor man antager, at immunologiske og inflammatoriske årsager er af patogenetisk betydning.

Trine behandles under indlæggelsen tillige med 2 typer antibiotika, hvilket ville være en relevant behandling til en formodet dysenteri eller en blindtarmsbetændelse, der har givet en lokal betændelsestilstand.

Vi må tolke A.S.' opfattelse gående på, at var diagnosen Crohns sygdom definitivt blevet stillet, var der også grundlag for tilkald/hjemtransport.

Vores cheflæge oplyser hertil, at sygdommen principielt er inkurabel, men der er bestemt ikke tale om nogen livstruende sygdom og overlevelsen for Crohn patienter er ikke signifikant forskellig fra baggrundsbefolkningen.

Forudsætningen om, at der skal være tale om en livstruende eller en stærk invaliderende sygdom er således ikke opfyldt, hvorfor vi i det hele må fastholde vores indstilling."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**3. TILKALDELSE**

3.1 Omfang

3.1.1. Forsikringen dækker, at 2 personer kan rejse ud til forsikrede, hvis forsikrede bliver *akut* alvorlig *syg*, kommer alvorligt til skade eller afgår ved døden."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder, at de tilvejebragte oplysninger ikke indicerer, at der var tale om alvorlig akut sygdom. Da det således er nævnets opfattelse, at der ikke har været tale om alvorlig sygdom, kan nævnet ikke pålægge selskabet at betale erstatning.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann