720/05

Den 16. marts 2005 blev i sag nr. 64.675:

xxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Codan Forsikring A/S
Gl. Kongevej 60
1790 København V

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har sundhedsforsikring i Codan Forsikring A/S, klager over selskabets afvisning af at dække udgift til operation for en discus prolaps.

Klageren påstår selskabet tilpligtet at dække udgifter til operation bl.a. under henvisning til, at selskabet har været behjælpeligt med at konstatere, at den var nødvendig.

Selskabet har afvist at yde erstatning, idet selskabet finder, at klageren havde lænderygsmerter, forinden hun blev omfattet af forsikringen.

Klageren har i klageskrivelse til nævnet bl.a. anført:

> "Efter at have smerter i højre ben gennem ca. 4 uger kontakter jeg Codan Care d. 11/6 - 04 og spørger om det er den korrekte måde at starte undersøgelse på, for at finde årsagen til smerterne i benet. De bekræfter dette og oplyser, at denne forsikring giver den nødvendige hjælp, så man ikke behøver at kontakte egen læge. A.K. fra Codan Care giver straks pr. telefon navn og tlf. nummer på spec. læger som bor tættest min bopæl, så valget er helt frit for mig.
>
> …
>
> Jeg får et brev fra Codan Care d. 8/7 - 04, hvor de giver afslag på at hjælpe mig yderligere, da jeg tidligere har haft rygproblemer. Vi ringer til Codan og taler med

O.T. angående brevet. Han tilbyder at Codan kigger på sagen igen, hvis vi sender en skriftlig klage, hvilket vi gør straks. For at være sikker på grundlag for at klage over denne afgørelse, kontakter vi forinden egen læge samt spec. læge J.P.J. Begge læger udtaler, at en prolaps ikke kan være følgeskade af tidligere rygproblemer for ca. 2 år siden. Egen læge udtaler, at der ikke er stillet en diagnose tidligere og ikke fundet noget unormalt ved røntgenundersøgelser. Det der er fundet, efter hans udsagn, er helt almindelige forandringer hos mennesker fra ca. 40 års alderen. Begge læger udtaler, at dette ikke giver større risiko for at få en prolaps. De oplyser, at vi alle pludselig kan på en prolaps.

…

Codan Care giver afslag med begrundelse i, at lændesmerter fra 2002 nu er blevet forværret, hvilket jo absolut ikke er sandt, da jeg ikke har haft lændesmerter siden afslutning af behandling dengang. De skriver også et fortsat forløb, og det er der jo helle ikke tale om. Jeg har ikke haft problemer med ryggen siden og hverken taget smertestillende eller haft behov for kontakt til læge siden. Jeg har i perioden spillet badminton (vundet flere turneringer, herunder nr. 2 i DM firmaidræt i vinter) tennis, cyklet, dyrket sejlsport, stået på ski og passet mit arbejde og levet helt normalt. Der er derfor ikke relation til symptomerne før tegning af denne forsikring. Det er sandt, at der tidligere er taget røntgenundersøgelser, hvor discushøjden ses nedsat eller hvad det hedder. Men dette er jo helt almindelige forandringer hos mennesker fra ca. 40 års alderen og ikke relation til en kommende prolaps. Afslaget fra Codan begrundes også med ordet slidgigt, men det blev altså konstateret i storetåen på venstre ben. Det var heller ikke rygsmerter, som fik mig til at prøve min sundhedsforsikring - det var smerter i mit højre ben. Jeg mener derfor, at der er grundlag for klage, da lægerne udtaler, at der ikke er stillet diagnoser eller viser sig følger af sygdomme, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden indtræden i forsikringen i 2003.

Så nu er det bare, at man kan fortryde, at vi overhovedet har brugt Codan Care, da der nu er forspildt en masse tid. Egen læge kunne have indlagt mig straks, da smerter startede og jeg kunne nu være nået langt i det offentlige sygehusvæsen og undgået den økonomiske lussing på 52.000 kr. dette er endt med til dato. Sådan et for-

løb giver også en psykisk nedtur, når man ligger og føler, at man pludselig bliver smidt ud af det ene system og det offentlige ikke lige kan tage over derfra. Dog kan jeg lige nu glæde mig over, at operationen ser ud til at være vellykket, og jeg snart er tilbage i mit normale liv igen."

Selskabet har ved skrivelse af 27/1 2005 til nævnet redegjort for sagen således:

"Det er fortsat ikke lykkedes os at formå kiropraktoren til at svare på vores henvendelser.

…

Vores ovennævnte forsikrede klager over vores afslag på at dække udgift til operation for discus prolaps.

Den 11. juni 2004 modtager Codan Care skadeanmeldelse fra forsikringstager vedrørende smerter og uro i højre ben, jf. bilag …

I skadeanmeldelsen anfører forsikrede, at hun tidligere er blevet behandlet for rygsmerter hos fysioterapeut og kiropraktor.

I brev af den 16. juli s.å. bekræfter vi modtagelsen af anmeldelsen og oplyser, at vi er i færd med at indhente yderligere oplysning fra forsikredes almenpraktiserende læge D.B.

Den 15. juni s.å. opsøger forsikrede speciallæge i ortopædkirurgi J.P.J., som undersøger forsikrede. I en erklæring fra lægen anføres det under diagnose: 'Smerter i ryg og højre ben', jf. bilag ...

Speciallæge J.P.J noterer i sin orientering til almenpraktiserende læge DB den 21. juni s.å., jf. bilag …, at forsikrede for to år siden har haft problemer med ryggen, som blev behandlet med fysioterapi og kiropraktor. Det har ikke hjulpet tilstrækkeligt, og forsikrede har fortsat haft problemer med ryggen. For to måneder siden er der *igen* gradvist optakt smerter i ryggen med problemer ned i højre ben.

JPJ konkluderer, at han ikke tror, at der er noget ossøst abnormt med forsikredes ryg, dog kunne hun have en protrusion svarende til de lave lumbale hvirvler. Han anbefaler røntgen og MR-scanning af ryg.

JPJ noterer den 28. juni s.å., at der er foretaget MR-scanning på V. P. hospital den 22. juni s.å. Scanningen viser stor højresidig paramedian L5/SI prolaps. JPJ mener, at man så vidt muligt ikke skal foretage operativ behandling af L5/SI prolapser, jf. bilag…

I en erklæring fra V. P. hospitalet af speciallæge J.S. kan konklusionen vedrørende prolapsen ses, jf. bilag... Det fremgår endvidere under indikation, at forsikrede tidligere har haft lænderygproblemer.

Direktøren for privathospitalet mener, at operation måske kan komme på tale.

Forsikrede bliver herefter undersøgt på hospitalet H. den 7. juli s.å. I continuationen anføres det, at forsikrede gennem de sidste par år har haft tendens til lave lænderygsmerter, jf. bilag... Speciallæge M.G. oplyser, at der er indikation for fjernelse af prolapsen ved operation.

Af journalen fra forsikredes almenpraktiserende læge fremgår det, at forsikrede har haft lænderygsmerter siden primo oktober 2002, som er forsøgt behandlet med medicin, blokader, fysioterapi (begyndt i november 2002 i alt 17 behandlinger) og kiropraktik.

Smerterne beskrives som sviende/brændende smerter tværs over lænden med udstråling til ballerne og ydersider af lår. Forsikrede henvises til speciallæge L.K. i marts 2003, da smerterne ikke er i bedring. Det anføres af speciallægen, at der ikke er sket bedring efter blokaderne.

Røntgen viser bl.a., at L5 har nedsat discus højde, jf. lægejournalen den 25. marts 2003.

5. 64.675

I røntgensvar fra Sygehus V. H. af den 9. april 2003 anføres der under indikation uforklarlige lænderygsmerter siden oktober 2002. Knogleskintigrafien af hele kroppen viser normal aktivitetsfordeling.

I brev af den 5. juli 2004 afviser vi at dække flere udgifter.

Forsikredes mand gør indsigelse mod vores afgørelse i brev af den 9. juli s.å.

Vi fastholder vores afgørelse i brev af den 26. juli s.å.

Det fremgår af forsikringsbetingelsenes pkt. 1 afsnit 3:

> *Der ydes ikke erstatning, når der i de første to år af forsikringstiden stilles diagnose eller viser sig følger af sygdomme, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikredes indtræden i forsikringen. Når forsikrede har været forsikret i to år dækker forsikringen tillige betaling af udgifter ved indlæggelse og ambulant operation for sådanne diagnoser og følger.*

To af vores lægekonsulenter har vurderet sagen med samtlige lægebilag. De finder begge, at der er en direkte eller indirekte sammenhæng mellem forsikredes diagnose og den tilstand, der var indtrådt for forsikredes indtræden i forsikringen.

Forsikrede indtrådte i forsikringen den 1. juli 2003, men har siden oktober 2002 haft lænderygsmerter med udstråling til sæde og yderside af lår. Som det fremgår af ovenstående, har ryggenerne været kontinuerlige, uden at behandling i form af medicin, blokader, fysioterapi og kiropraktik har haft helbredende effekt.

I lægejournalen den 9. april 2003, jf. bilag..., fremgår det, at forsikrede lider af uforklarlige lændesmerter. Røntgen den 15. februar 2003 anført i lægejournalen den 25. marts s.å. viser nedsat discushøjde ved 5. lumbale discus (L5) og artroseforandringer i de lumbale facetled.

Speciallæge JPJ har anført, jf. bilag…, at behandlingen med fysioterapi og kiropraktik ikke har hjulpet tilstrækkeligt.

Der har ikke ifølge lægejournalens indhold været foretaget en MR-scanning før efter skadeanmeldelsen.

Vores lægekonsulenter vurderer, at symptomerne meget vel kan være en begyndende prolabs, og at der er relation mellem den nuværende diagnose og symptomerne, som beskrevet ovenfor.

På denne, baggrund kan vi ikke imødekomme forsikredes krav."

Hertil har klageren ved skrivelse af 8/2 2005 til nævnet anført:

"Speciallæge J.P.J. fik skrevet i sagen: smerter i ryg og højre ben. Men som tidligere skrevet, havde jeg absolut ingen problemer med min ryg. Det var alene mit højre ben. Lægen spurgte, som de jo skal, om jeg har haft nogle sygdomme, problemer de senere år til første besøg i juni 2004. Der fortalte jeg om mine tidligere rygsmerter. Det var jo et afsluttet kapitel siden marts/april 2003. Siden har jeg ikke haft problemer, søgt læge, fået medicin eller gået til nogen form for behandling herom.

I min anmeldelse beskriver jeg overfor Codan, smerter og uro i højre ben, og det er fakta. Men speciallægen får skrevet ryg og ben. Det er som om, at hele sagen kommer til at hænge på det brev fra ham. Han sender mig jo videre til røntgen, skanning, … m.v., med netop de ord om ryg og ben.

Det betyder, at der bliver ikke ændret på disse ord, men blot videreført i alles journaler. Jeg havde jo aldrig forestillet mig, at det kunne have nogen betydning. Da jeg efterfølgende kontaktede ham, tilbød han, at Codan kunne kontakte ham herom. Det har de vel helt sikkert ikke valgt at gøre. Han var ked af, hvis lidt misforståelse skulle betyde så meget for mig.

Jeg kan forstå, at det er læger ansat af Codan, som har taget beslutningen fra Codans side. Så er det jo lidt sjovt, at når jeg spørger egen læge, speciallæge, ryg-

kirurg, kiropraktor og fysioterapeut herom, har de alle uafhængigt af hinanden en anden mening om sagen. De mener vi alle pludselig kan få en diskusprolaps. De nævner også alle, at det er helt normale forandringer hos mennesker, som er set på mine røntgenbilleder i 2003. Jeg har siden foråret 2003 og til dato ikke haft problemer med rygsmerter.

Ovennævnte fagfolk, som jeg har snakket med, mener helt klart, at det er Codan, som er forpligtet til at lade tvivlen komme patienten til gode, da det ikke kan bevises at være følger af sygdommen, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand fra før indtræden i Codans Sundhedsforsikring."

Selskabet har hertil bemærket, at det finder det dokumenteret, at der er en direkte eller indirekte sammenhæng mellem den diagnose og den tilstand, der var indtrådt før forsikredes indtræden i forsikringen og henviser i den forbindelse til de lægelige akter[4].

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**1. Forsikringen dækker**

Dækningen omfatter betaling af udgifter ved indlæggelse og ved ambulante operationer på betalingshospital i Norden eller Tyskland i forsikringstiden, og indtil 6 måneder derefter.

…

Der ydes ikke erstatning, når der i de første to år af forsikringstiden stilles diagnoser eller viser sig følger af sig følger af sygdomme, der direkte eller indirekte har sammenhæng med en tilstand, der er indtrådt inden forsikredes indtræden i forsikringen. Når forsikrede har været forsikret i to år dækker forsikringen tillige betaling af udgifter ved indlæggelse og ambulant operation for sådanne diagnoser og følger."

Nævnet udtaler:

Nævnet har gennemgået sagen og finder, at det ikke kan kritiseres, at selskabet med henvisning til forsikringsbetingelsernes pkt. 1, afsnit 3, har afvist at udbetale erstatning.

Derfor

b e s t e m m e s :

Klagen kan ikke tages til følge.

J. Hermann

Udskriften bekræftes

Henning Jønsson