782/07

Den 5. november 2007 blev i sag nr. 70.806:

xxxxxxx xxxxx
xxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Gouda Rejseforsikring
Sejrøgade 7
2100 København Ø

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har rejseforsikring i Gouda Rejseforsikring, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at dække udgifter i forbindelse med en hospitalsindlæggelse i Thailand.

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at årsagen til indlæggelsen skyldes en forudbestående lidelse, som hun inden for de seneste seks måneder før afrejsen modtog lægebehandling for og fik ændret sin medicinering af.

Det fremgår af sagen, at klageren den 23/11 2005 tegnede rejseforsikring for en rejse til Thailand i perioden 14/12 2005 - 25/1 2006.

Til brug for sagens behandling har selskabet indhentet diverse lægelige oplysninger. I journalen fra H. Centralsygehus er den 29/8 2005 bl.a. noteret:

> "**Objektivt**
> Pt. er kronisk medtaget af sin bindevævssygdom samt langtidsbehandling med steroid.
> Der ses udtalte teleangiectasier i ansigtet, moonface samt truncal fedme. Der er spredt ud over hele kroppen nældefeberlignende udslæt i ca. 2 kroner store plamager."

Den 18/10 2005 er i journalen noteret:

> "Efter en symptomfri periode med velbefindende på ca. 4 år efter afslutning i Nyremedicinsk Dagafsnit, har pt. på ny fået opblussen i sygdommen med urticaria, muskelsmerter og i mindre grad ledsmerter samt ind imellem hudblødninger. Hun har været behandlet med predni-

solon og Imurel, men ophørte ret hurtigt med Imurel, fordi hun fik opkastninger. Der synes ikke at have været tale om leukopeni. Pt. har siden været behandlet med prednisolon. Denne behandling er fortsat i gang, men nu nedtrappet til 7,5 mg dagl. Samtidig hermed er pt.s hudforandringer og muskelsmerter igen blevet mere udtalte.
…
Pt. har bestilt rejse til Thailand med afrejse fra Danmark 14.12.05. Hun har behov for hurtigt at få vurdering af tilrådeligheden i rejsen herfra, men foreløbigt er der behov for en udredningsfase.
Umiddelbart ser det ud til at pt.s sygdom på ny er aktiv, uanset om den skal betegnes som Wegeners granulomatose eller ikke fuldt ud opfylder kriterierne for dette.
Da sygdommen er blusset op under nedtrapning af prednisolondosis, kan det være nærliggende at genoptage behandlingen med Carloxan.
Foreløbigt tages supplerende prøver, hvorefter der aftales ny konsultation her 01.11.05."

Den 1/11 2005 er noteret:

"Blodprøverne fra 18/10 og 1/11-05 rummer ikke direkte tegn på aktiv sygdom. Efter at pt. har reduceret sin Prednisolon-dosis til nu 5 mg dgl., har hun så mange muskelsmerter, at hun har behov for at tage 3-4 kapsler Dolol 50 mg dgl. + tbl. Kodein 25 mg 1 tbl. dgl. mod hoste.
BT måles i dag til så lave værdier, som knapt 90/65 mmHg. Adspurgt fortæller pt. os, at hun både føler sig massivt træt og svimmel. Der er således behov for at reducere den BT-sænkende behandling og samtidig nok også behov for at øge Prednisolon-dosis igen. Laveste dosis, hvor pt. var fri for muskelsmerter, var 20 mg, så vi vender tilbage til den dosis.
...
Pt. har tendens til hudblødninger, som nok må tilskrives Prednisolon-behandlingen. Imidlertid vurderer jeg, at hun er bedre tjent med en lidt højere Prednisolon-dosis, som kan tage smerterne. Pt. gøres opmærksom på, at ophøre med Dolol kan give abstinenssymptom, hvorfor hun nok skal tilstræbe at trappe ud af Dolol-behandligen."

Den 22/11 2005 er noteret:

"Samtidig med at pt. har været meget velbefindende efter øgning af Prednisolon-dosis, har reduktionen i blodtryksmedicin givet anledning til dels trykken over øjne, dels 2 kortvarige tilfælde med styringsbesvær af højre ben. …

For at få sænket pt.s blodtryk, som i dag i konsultationen måles til 150/95 mmHg, genoptager vi behandlingen med rp. tabl. Selo-Zok 50 mg dagl.
Foreløbig skal pt. undlade at tage tabl. Centyl, da vi ikke er interesseret i at sænke pt.s blodtryk så meget, som vi opnåede efter sidste besøg.
Det aftales, at pt. fra i dag prøver at reducere Prednisolon-dosis til cont. tabl. Prednisolon 17,5 mg dagl. (sv. t. 3 1/2 tabl.)
Såfremt hendes symptomer kommer tilbage, må hun også gå tilbage til 20 mg dagl. Efter 2 ugers forløb med 17,5 mg. Prednisolon dagl. uden gener kan pt. prøve at reducere dosis til 15 mg dagl. Pt. overvejer fortsat, og hun skal rejse på ferie til Thailand eller ikke. Vi har drøftet argumenter for og imod dette.
Flyrejsen og det varme klima kan godt indebære øget risiko for pt., samtidig med at hun af erfaring fra tidligere ved, at hendes ledsymptomer mindskes, når hun opholder sig i høj temperatur."

Af Medical Report (part II) fra det behandlende hospital, Bangkok Hospital, fremgår:

"**Admission Date:** 17th December 2005
…
Hospital Course:
17th December 2005, opening and drainage infected tissue of neck was done. Post operation she needed endotracheal intubation with pressure-support respirator. Her hypertension, chronic lung disease and sepsis were managed by specialist doctors.
18th December 2005, her condition was much better, no fever, alert and good vital signs.
…
Final Diagnosis:
1. Necrotizing fasciitis of neck
2. Sepsis
3. Underlying diseases: hypertension, chronic lung disease, adrenal insufficiently."

Endvidere fremgår af erklæring dateret den 26/12 2005 fra Assistant Director, J.B, Bangkok Hospital:

"The following details should explain the clinical situation with this patient, and we apologize for any inadvertent omissions in the medical reports, and can assure you that at no time were details deliberately withheld.

The overview is as follows:
The patient was admitted to the hospital with severe swelling of the neck resulting in trismus, fever and respiratory problems. … She had a medical history which included previous necrotizing vasculitis, asthma, adrenal insufficiency, an old myocardial infarction and hypertension. She was taking prednisolone, steroid oral spray and cardiac medication. In view of her clinical presentation and history, she was admitted directly to the Intensive Care Unit (ICU). Following investigations, including MRI which confirmed the clinical picture, operative procedure was deemed necessary."

Klagerens advokat har til brug for sagens behandling indhentet erklæring af 25/1 2006fra H. Sygehus fra overlæge N.A.L., hvori det anføres:

"De spørger om argumenterne for og imod S.S.' planlagte rejse til Thailand under konsultationen 22.11.2005. For opholdet i Thailand talte, at S.S. som mange patienter med reumatiske muskel- og ledsmerter, havde erfaring for, at hendes smerter lindredes ved ophold i et varmt klima, hvilket jeg havde fuld forståelse for. Imod opholdet i Thailand talte, at vi (Nyremedicinsk afsnits læger) 22.11.2005 endnu formodede en genopblussen af hendes bindevævssygdom og ikke havde afklaret, om behandlingen skulle ændres med tilføjelse af cyklofosfamid eller azathioprin. Imidlertid viste det sig, at en øgning af prednisolonbehandlingen fra 7,5 til 20 mg daglig var tilstrækkeligt til påny at bringe sygdommen i ro. Inden S.S.' afrejse til Thailand var prednisolondosis igen reduceret til 17,5 mg daglig, måske endda til 15 mg daglig, og der var ikke tegn på sygdomsaktivitet.

Med henblik på en eventuel ekstern lægefaglig specialistvurdering er det vigtigt at fastslå, at behandlingen med prednisolontabletter ikke har været højere end 17,5 mg (3 1/2 tabletter á 5 mg) daglig, og at S.S. ikke var i behandling med anden medicin (azathioprin, cyklofosfamid), som kunne påvirke kroppens immunforsvar og dermed reaktionen på akutte hudinfektioner. Under danske (nordeuropæiske) klimaforhold vil en prednisolondosis på 17,5 mg daglig ikke udgøre nogen væsentlig risiko for et voldsommere forløb af hudinfektioner.

> For god ordens skyld skal jeg understrege, at forløbet med S.S.' hudinfektion på halsen ikke på nogen måde kan opfattes som led i hendes bindevævssygdom, der også både før afrejsen og efter hjemkomsten fandtes i ro."

Ved skrivelse af 7/12 2006 har klagerens advokat indbragt sagen for nævnet med påstand om dækning af udgifterne til hospitalsindlæggelsen. Advokaten gør til støtte herfor gældende, at der under opholdet i Thailand ikke er foretaget en behandling af klagerens eksisterende bindevævssygdom, men at klageren derimod pådrog sig en almindelig hudlidelse, der ikke har forbindelse til den eksisterende sygdom.

Selskabet har i skrivelse af 27/12 2006 til nævnet anført:

> "S.S. får, efter nogle års stabilitet, i 2005 opblussen af hendes bindevævssygdom med forandringer i huden til følge, herunder blødninger i huden, nældefeber samt muskel- og ledsmerter. S.S. er i behandling med medicin, herunder steroider, der svækker hendes immunforsvar og det er konstateret, at hun har nedsat blodomløb.
>
> Den 18. oktober 2005 foretages nyremedicinsk kontrol på baggrund af opblusning af grundsygdommen, bl.a. i form af nældefeber og muskelsmerter.
>
> Den 1. november 2005 foretages igen nyremedicinsk kontrol, hvor man konstaterer udtalte symptomer i form af muskelsmerter og massiv træthed og medicineringen forøges.
>
> Den 22. november 2005 bliver S.S. igen undersøgt for sin lidelse og det drøftes, hvorvidt det vil være forsvarligt at gennemføre rejsen til Thailand, da det varme klima godt kan indebære øget risiko for hende.
>
> Dagen efter, den 23. november 2005, tegner S.S. rejseforsikring hos Gouda Rejseforsikring for perioden 14. december 2005 til 25. januar 2006.
>
> Den 17. december 2005 bliver S.S. indlagt på lokalt sygehus i Thailand grundet en infektion i nakke-halsregion i vævet under huden og i tilhørende bindevævsforstærkninger. Behandlingen består dels af kirurgisk åbning for at dræne området, dels af antibiotisk behandling. Der opstår komplikationer under operationsforløbet, og man foretager akut indlæggelse af rør i S.S.s luftrør og hun lægges i respirator grundet dårlig lungefunktion.
>
> Den medicinske konklusion er denne:
>
> På baggrund af ovenstående vurderer Gouda Rejseforsikring, at der er klar årsagssammenhæng mellem S.S.' grundsygdom og opblusningen og de opståede komplikationer. I lægemiddelkataloget 2005-06, side 251 skrives bl.a. under kortikosteroider (binyrebarkhormoner) under kapitlet forsigtighedsregler: Systemisk anvendelse af glokokortikoider (GK) kræver kontrol af patienterne. I kraft af GK's antiinflammatoriske virkning, reduceres de sædvanlige tegn på infektion, herunder feber, hvilket indebærer risiko for at overse infektioner hos GK-behandlede patienter, Da GK's antiinflammatoriske virkning ydermere svækker organismens forsvar mod infektion, er omhu med den antiinflammatoriske behandling påkrævet.

Det må konkluderes, at S.S. lider af kronisk bindevævssygdom og deraf afledte symptomgivende følgetilstande. Hun er i nødvendig steroidbehandling grundet genopblussen af sygdommen efter nogle års stabilitet. Følgetilstande skyldes påvirkede nyrer, lunger og hjerte. S.S.s organrelaterede symptomer er beskrevet som forhøjet blodtryk, åndenød, brystsmerter samt muskelsmerter og udslæt. S.S.s tilstand har været i en ustabil fase i nogle måneder før den planlagte rejse til Thailand. Herudover er hun bl.a. blevet behandlet med stents i koronarterierne på grund af hendes forsnævringer. S.S.s forhøjede blodtryk er forsøgt justeret flere gange i den nævnte periode før afrejsen. Bindevævssygdommen behandlet med varierende steroidintensitet. Der er en øget risiko for komplikationer, herunder infektion, når organismen er underlagt en opblussen af en kronisk sygdomstilstand, og når behandlingen suppleres med binyrebarkhormoner.
...
Ud fra de lægelige oplysninger i sagen ligger det fast, at FT indenfor de seneste seks måneder inden afrejsen ved flere lejligheder modtog lægebehandling, som ikke var led i kontrol samt fik ændret sin medicinering.
Der er efter vores opfattelse klar årsagssammenhæng mellem S.S' bestående lidelse - som beskrevet i det lægelige materiale fra behandling modtaget i Danmark i efteråret 2005 - og den opblusning med tilstødende komplikationer, som hun blev behandlet for under sin rejse i Thailand i december 2005.

Sygdomstilfældet og behandlingen i Thailand er derfor omfattet af undtagelsesbestemmelsen i forsikringens sygdomsdækning. Gouda Rejseforsikring er derfor ikke forpligtet til at erstatte S.S.' udgifter i anledning af den modtagne behandling.

Vi fastholder derfor vores oprindelige afvisning.

Vi kan i øvrigt henvise til jeres tidligere afgørelser AK 63.596 og AK 68.196."

Klagerens advokat har indhentet en supplerende udtalelse af 27/10 2006 fra overlæge N.A.L. Heri hedder det bl.a.:

"Det er korrekt, at infektionen i nakke-halsregionen fandt sted hos en patient i vedligeholdelsesbehandling for en kronisk bindevævssygdom og med såvel nedsat lungefunktion som tidligere hjertesygdom behandlet med stents i hjertets kranspulsårer. Uanset den sygdoms- og behandlingsbetingede svækkelse af immunforsvaret vil jeg imidlertid hævde, at en banal hudinfektion ved de temperaturer og den luftfugtighed, som findes i Thailand, ville kunne forløbe lige så fulminant hos en rask person.

Intet tyder på, at hverken infektionen eller de tilstødende komplikationer skyldtes en opblussen i S.S.' bindevævssygdom. Der har heller ikke været tegn på, at infektionen og dens komplikationer har udløst en genopblussen af bindevævssygdommen.

I den medicinske konklusion henvises til Lægemiddelkataloget 2005-06, side 251 og citeres: - *I kraft af GKs antiinflammatoriske virkning, reduceres de sædvanlige tegn på infektion, herunder feber, hvilket indebærer en risiko for at overse infektioner hos GK-behandlede patienter Da GKs antiinflammatoriske virkning yderligere svækker organismens forsvar mod infektion, er omhu med den antiinflammatoriske behandling påkrævet*.

I den konkrete situation udviklede infektionen sig væsentlig hurtigere end under danske himmelstrøg og med tydelige infektionstegn, hvorfor S.S. søgte lægehjælp. Det anførte citat er derfor uden relevans i den aktuelle sag. Det er principielt korrekt, når Gouda anfører, at

behandling med binyrebarkhormon indebærer en øget risiko for en række komplikationer; men risikoens størrelse er så beskeden, at behandling med binyrebarkhormon er velindiceret ved en lang række sygdomstilstande. Mig bekendt forhindrer behandling med binyrebarkhormon heller ikke, at patienter i denne behandling kan tegne (dækkende) rejsesygeforsikring."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"2.4.7 Udgifter til behandling af kroniske eller *eksisterende sygdomme* eller lidelser, der inden rejsen har medført:
A) Hospitalsindlæggelse
B) Vurdering/behandling hos *læge*, som ikke er et led i kontrol eller
C) Ændret medicinering
…
For rejser over 31 dages varighed gælder, at der ikke dækkes udgifter til behandling af kroniske eller *eksisterende sygdomme* eller lidelser, der inden for de sidste 6 måneder før rejsen har medført en begivenhed under A, B eller C."

Nævnet udtaler:

Fire medlemmer af nævnet udtaler:

Bevisbyrden for, at betingelserne efter undtagelsesbestemmelsen i det ovenfor gengivne punkt 2.4.7 i forsikringsbetingelserne er opfyldt, påhviler selskabet. Efter de i sagen tilvejebragte lægelige oplysninger finder vi, at selskabet ikke har godtgjort, at klagerens lidelse i Thailand, for hvilken hun blev behandlet dér under hospitalsindlæggelse, har sammenhæng med hendes bestående kroniske bindevævssygdom.

Da der således ikke har været tale om udgifter til behandling af kroniske eller eksisterende sygdomme eller lidelser, har selskabet være uberettiget til at afvise at dække udgifterne i forbindelse med klagerens hospitalsindlæggelse i Thailand.

Et medlem finder, at sagen på grund af usikkerhed om bedømmelsen af de fremkomne lægelige oplysninger bør afgøres ved domstolene, jf. § 4 i nævnets vedtægter.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Selskabet, Gouda Rejseforsikring, skal anerkende at have været uberettiget til at afvise at dække udgifterne i forbindelse med klagerens hospitalsindlæggelse i Thailand og skal udbetale hende den erstatning, som herefter tilkommer hende, med renter efter forsikringsaftalelovens § 24.

J. Hermann