841/10

Den 6. april 2010 blev i sag nr. 76.561:

xxxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxx

mod

Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England
Palægade 8
1261 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har sundhedsforsikring i Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England, klager ved sin advokat over selskabets afvisning af at yde dækning til en operation for en diskusprolaps.

Selskabet henviser til, at diskusprolapsen skyldtes en forudbestående legemssvaghed.

Det fremgår af sagen, at klageren i oktober 2001 var indlagt et døgn på en medicinsk afdeling som følge af rygsmerter. Af epikrise af 10/10 2001 fremgår:

> "Henvist på grund af rygsmerter.
> Der findes nedsat kraft af dorsalfleksion af venstre 1. tå og smerter i glutealregionen.
> Med strakt benløft 50 grader på venstre side, 70 grader på højre side.
> Der er bestilt CT-skanning i K. og patienten kontakter reumatologisk afdeling i H. - når der er tid til dette med henblik på opfølgende tid der."

Klageren blev herefter udskrevet og den planlagte CT-scanning blev aldrig udført.

Klagerens egen læge anførte i henvisning af 16/3 2009:

> "obs. lumbal prolaps
> Rygsmerter m udstråling til højre ben, forværring gn 1½ måned. Sygemeldt pga smerter.
> Kommer gående med lidt besvær trods Pamol+Ibumtin. Bruger Dolol til nat.
> Ryg us. Laseque pos v 40 grader på hø. side, udløser paræstesier i hø. baglår, læg og til hæl. Us for krydset Laseque negativ. Kræfterne vurderes nærmest egal i UE, måske en

anelse nedsat over hoften på hø. side. Sens for vat normal egal bilat. Egale patella, mediale knæhaserefleks og plantarrespons. Normal achillesrefleks ve. siden, men kan ikke fremkaldes på hø. side. Er suspekt for hø. sidig L5 prolaps m påv af S1 rod.
Henv mhp vurdering for operativt indgreb."

I forundersøgelse af 19/3 2009 fremgår:

"37-årig kvinde henvender sig med smerter i højre underekstremitet

**Tidligere:**
2001 konservativt behandlet for lumbal prolaps.

**Allergier:**
Ingen kendte.

**Øvrige organsystemer:**
Ingen klager.

**Medicin:**
Panodil
Ibuprofen Dolol
Symbalta 30 mg x 1 (under aftrapning)

**Aktuelle:**
Siden august måned formentlig efter badetur gener fra højre UE., som er blevet forværret igennem de sidste 5 uger. Smerterne er placeret fra ballen og ned til ankelen.
Der er sjældent rygsmerter.
Har forsøgt fysioterapi uden at det har haft nogen effekt.
Der er betydelig bugpresseforværring.

**Socialt:**
Udlært kommis. Arbejder som selvstændig med bogholderi i et ingeniør firma. Er sygemeldt fra job, hvor hun ekspederer i en tøjbutik.

**Objektivt:**
Sundt og naturligt udseende. Tydeligt forpint.
Columna lumbalis: Tydelig afværgeskoliose med fleksion mod højre, som giver anledning til smerter i benet. Strakt benløft 70/90. Lasegue 80/negativ med forværring ved Bregard.
Underekstremiteter: Normal tonus, trofik og kraft samt sensibilitet for berøring.
Den højre achillessenerefleks mangler, de øvrige reflekser til stede.
Mistanke om lav lumbal prolap."

Som følge af en MR-scanning den 19/3 2009 anførte en speciallæge i neurokirurgi:

"På L5/S1-niveau ses stor paramedian højresidig discusprolaps der afklemmer højre S1-rod."

Af undersøgelsesnotat af 20/3 2009 fremgår:

"Har talt med patienten igen om den konservative behandling hun fik for lumbal prolaps i 2001. Hun blev aldrig scannet. Hun havde rygsmerter med udstråling til venstre ben og de

gik i sig selv igen i løbet af ganske få uger. Hun har ikke haft smerter i lænd eller nogen af benene frem til august måned sidste år, hvor hun får smerter ned i højre UE.
Der er således ikke tale om den samme sygdom, som patienten blev behandlet for i 2001."

Selskabet afslog den 20/3 2009 telefonisk, at det påtænkte operation var omfattet af forsikringsdækning med henvisning til forudbestående lidelser. Klageren blev herefter opereret for sin diskosprolaps den 23/3 2009.

Klagerens arbejdsgiver anførte i skrivelse af 30/3 2009 til selskabet:

"Anførte medarbejder kontaktede Dem i marts 2009 grundet rygsmerter.
De fremsendte lister på 3 specialister som de foreslog der blev benyttet. Efterfølgende tog [klageren] kontakt til firmaet …

De accepterede betaling af forundersøgelse og efterfølgende accepterede de betaling af den supplerende MR-scanning.
Da resultaterne af forundersøgelserne forelå, meddelte De telefonisk [klageren], at De ikke ville betale for den anbefalede operation. Dette blev begrundet med, at lidelse var en præ-eksisterende lidelse, hvilket ikke er dækket af forsikringen ref. forsikringsbetingelsernes paragraf 8.

Vi er ikke enig i Deres vurdering f.s.a. lidelsen var præ-eksisterende - eksisterende før forsikringens ikrafttræden den 1. oktober 2005.

Af notat af 20. Marts 2009 fra overlæge C.M., fremgår det klart, at:
***'Der er således ikke tale om den samme sygdom, som patienten blev behandlet for i 2001'.***
Vi antager derfor Deres tidligere afvisning af betaling for den gennemførte operation, må bero på en misforståelse."

Selskabet anførte i skrivelse af 29/4 2009 til klageren:

"I Deres skrivelse refererer De til udtalelse fra speciallæge i neurokirurgi C.M.. Det skal i den forbindelse pointeres, at den speciallægelige vurdering var os bekendt ved evaluering af sagen, jf. telefonsamtale mellem ihi Bupa og neurokirurg, dr. med. C.M. den 20. marts 2009.

Vurderingen af denne sag beror på nedenstående §8 stk. 1, hvoraf det klart fremgår, at en given legemssvaghed, som forsikringstager er bekendt med ved forsikringens ikrafttræden, ikke dækkes af ihi Bupa.

At den konstaterede diskus prolaps på L5/S1 niveau ikke betegnes som recidiv i medicinsk terminologi grundet radiculopati til modsatte underekstremitet sammenlignet med 2001, betinger ikke, at forsikringstager dækkes for problemstillingen. Der blev ved daværende indlæggelse ikke foretaget skanning af lumbal columna, og ovenstående udtalelse fra neurokirurg, dr. med. C.M. beror derfor på et skøn.
[Klageren] blev 08.1 0.2001 indlagt på H. Sygehus med lave lændesmerter og symptomer på affektion af nerverødderne svarende til de nederste lumbale segmenter med smerter ved fleksion af såvel højre som venstre underekstremitet. Der er således journal notat, som på-

viser legemssvaghed i de nederste lumbale segmenter, hvilket ligeledes er tilfældet ved de i 2009 konstaterede ryggener."

Klagerens advokat har ved skrivelse af 14/7 2009 over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at de afholdte udgifter i forbindelse med operationen er omfattet af dækning. Klagerens advokat har til støtte herfor anført:

"Under nærværende sag gøres det gældende, at den omstændighed

at [klageren] tilbage i 2001 har haft ondt i ryggen, ikke i sig selv er tilstrækkeligt til at statuere, at hun har en legemssvaghed i forsikringsbetingelsernes forstand,

at der i øvrigt ikke er tale om samme sygdom,

at [klageren] ikke har haft kroniske, varige ryglidelser,

at forsikringsselskabet derfor er forpligtet til at erstatte klager den udgift, som hun har haft ved betaling af operationsregningen, nemlig kr. 54.000,-,

at indklagedes afslag derfor har været uberettiget."

Selskabet har ved skrivelse af 26/8 2009 fastholdt sin afgørelse over for nævnet. Selskabet har til støtte herfor anført:

"Af patientjournal af 1 0.10.2001 (fremlagt af klager som bilag …) fra H. Sygehus, fremgår af aktionsdiagnosen, at klager har *'sygdom i bryst/lændehvirvelsøjlens bruskskiver uden specifik'.* Det fremgår yderligere af epikrisen, at klager er *'henvist på grund af rygsmerter'*

Det fremgår videre af ovennævnte patient journal, at der er bestilt CT- scanning. Denne CT-scanning blev dog ikke gennemført, ligesom en MR-scanning ikke blev foretaget, idet generne, efter det af indklagede oplyste, tilsyneladende forsvandt.

Klager tegnede herefter, med begyndelsesdato den 1 .10.2005, via sin arbejdsgiver, sundhedsforsikring - for gruppeordninger i ihi Bupa (indklagede). Det følger af betingelserne for denne sundhedsforsikring § 8.1 , at forsikringen ikke dækker udgifter til sygdom, lidelser eller legemssvaghed samt følger af sådanne som forsikrede var eller burde være bekendt med ved forsikringens tegning eller tidligere har haft symptomer på.

Den 1 6.03.2009 henvendte klager sig telefonisk til indklagede, og oplyste om rygsmerter, som var opstået medio 2008. På baggrund heraf anmodede indklagede om modtagelse af henvisning til speciallæge, hvilken henvisning blev modtaget den 18.03.2009. (Bilag …). Af førnævnte lægeerklæring fremgår, at der er tale om rygsmerter med udstråling til højre ben og at der er mistanke om diskusprolaps i lænderygsøjlen. På den baggrund udstedte ihi Bupa en betalingsgaranti til forundersøgelse hos …. Denne undersøgelse blev foretaget den 19.03.2009 og journalnotat af 19.03.2009 (fremlagt af klager som bilag …), modtaget hos indklagede den 20.03.2009, viste, at der var tale om en stor L5/S1 prolaps og at der var indikation for operativ fjernelse af prolapsen.

Samme dag, den 20.03.2009, som indklagede modtog resultatet af undersøgelsen, foretaget den 19.03.2003[2002], modtog indklagede kopi af patient journal af 10.10.2001 som,

som tidligere anført i nærværende skrivelse, indeholdt oplysninger om klagers eksisterende legemssvagheder i ryggen og som klager i 2001 havde undladt at lade undersøge nærmere til trods for at klager var henvist til CT-scanning.

Med henvisning til patient journal af 10.10.2001, som indklagede modtog den 20.03.2009 og således efter indklagede havde udstedt betalingsgaranti til forundersøgelse, oplyste indklagede, ligeledes den 20.03.2009 til klager, at indklagede ikke kunne opretholde betalingsgarantien, da det af patient journal af 10.10.2001 fremgår, at klager har en sygdom i lændehvirvelsøjlens brusskiver, og at der således er tale om en forudbestående lidelse, for hvilken der er ikke er dækning for jf. forsikringsbetingelsernes § 8.1 og § 1.2. Uagtet denne oplysning lod klager sig operere for diskus prolaps den 23.03.2009 ved …

Det skal for en god ordens skyld bemærkes at sygdommen i lændehvirvelsøjlen svarer til samme område, som klager blev opereret i den 23.03.2009. Det er herefter indklagedes opfattelse, at der er tale om en forudbestående legemssvaghed, som indklagede, med henvisning til forsikringsbetingelserne § 8.1 og § 1 .2, burde have haft kendskab til.

Det følger derudover af forsikringsbetingelserne § 6.1, at *'forsikringen dækker udgifter til operationer samt forebyggende operationer, når disse er godkendt al selskabets lægekonsulenter.'* Den i nærværende sag omhandlede operation kan jf. førnævnte ikke betragtes som værende godkendt på forhånd af selskabet, hvilket også er en betingelse for at opnå dækning for en given operation.

Det forhold at klager, uagtet indklagedes oplysning af 20.03.2009 til klager om, at der ikke var dækning for den påtænkte operation, efterfølgende lod sig operere den 23.03.2009, må efter indklagedes opfattelse medføre, at klager ikke har opfyldt betingelserne for at opnå dækning for den aktuelle operation.

Som følge heraf skal indklagede fastholde, at der ikke er dækning under den af klager tegnede forsikring, herunder at der ikke er dækning for den af klager fremsendte faktura nr. … af 23.03.2009 fra …"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**1.2:** Forsikringen tegnes uden afgivelse af helbredsoplysninger, dog dækker forsikringen ikke udgifter til lidelser/sygdomme, som forsikrede var bekendt med eller burde have været bekendt med på ikrafttrædelsestidspunktet, jf. også § 8.1.
…
**§ 6 Hvad dækker forsikringen?**
**6.1:** Forsikringen dækker udgifter til operationer samt forebyggende operationer, når disse er forhåndsgodkendt af Selskabets lægekonsulenter, og andre lægelige ydelser i forbindelse med hospitalsbehandling.
Konsultationer hos speciallæge og generelle forundersøgelser er kun dækket, hvis de er forhåndsgodkendt af Selskabets læger og vurderes at være rimelige og relevante for en afklaring af, om forsikrede lider af en sygdom eller for at kontrollere udført behandling. De aktuelle refusionstakster fremgår af den gældende Refusionsoversigt.
…
**§ 8 Undtagelse fra erstatning**
**8.1:** Forsikringen dækker ikke udgifter til sygdom, lidelser eller legemssvaghed samt følger af sådanne som forsikringstager og/eller forsikrede var bekendt med eller burde være bekendt med ved forsikringens tegning, eller tidligere har haft symptomer på, medmindre andet er aftalt med Selskabet."

Nævnet udtaler:
Indledningsvis bemærkes, at det påhviler en forsikringstager at godtgøre, at der foreligger et forsikringsdækket skadetilfælde, mens det omvendt påhviler selskabet at godtgøre, at der foreligger en dækningsundtagelse.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at det ikke af selskabet er godtgjort, at den i 2009 opererede diskosprolaps er den samme sygdom, som klageren blev behandlet for i 2001, eller at diskusprolapsen er en følge af en legemssvaghed, som klager var bekendt med ved forsikringens tegning. Selskabet skal således anerkende, at der er tale om en dækningsberettigende operation og yde dækning hertil. Operationen var nødvendig og anmeldt til selskabet, inden den blev foretaget. At selskabet ikke har forhåndsgodkendt den, kan derfor ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

---

Selskabet, Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England, skal anerkende, at det skal yde dækning til den udførte operation med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

Marianne Højgaard Pedersen
formand