Ankenævnet for Forsikring

Den 6. december 2017 blev i sag nr. 90339:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AXA France Vie
v/Dansk Sundhedssikring
Smedeholmen 14
2730 Herlev

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har sundhedsforsikring i AXA France Vie v/Dansk Sundhedssikring. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for afholdte udgifter til privat hjælp på 25.000 kr., som klageren har antaget, da hun har haft svært ved at klare sig selv efter flere rygoperationer. Hun kræver endvidere, at selskabet skal yde dækning for fremtidige behandlingsudgifter til kiropraktor, fysioterapi og hjemmehjælp.

Selskabets advokat har afvist, at selskabet skal yde dækning med henvisning til, at operationerne ikke er dækningsberettigende, og at klagerens rygproblematik er en kronisk tilstand, som har stået på i mere end 2 år, hvorfor udredning og behandling, i form af hjemmehjælp, kiropraktor og fysioterapi, ikke er dækningsberettigende, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5. Selskabet har også anført, at udgifter til privat hjælp falder udenfor forsikringens dækningsområde, hvorfor klagerens krav herom ikke kan imødekommes.

Af klageskema af 6/1 2017 til nævnet fremgår det blandt andet:

> "Juni 2016 får jeg symptomer på en prolaps i lænden og operation bliver aftalt til 06/09 2016.
> Jeg har efter operationen et natligt forløb med et voldsomt BT fald 67/37 – samt lammelse, stivelse af øjne og hovedpine, der dog ikke er beskrevet i Journalen, men der fik jeg solumedrol iv. og har hukommelsesproblemer voldsomme chicks i hele kroppen i lang tid efter og her til sidst kun i armene, kvalme, mit ansigt var forandret i den ene side. Jeg mener selv, at jeg har fået en lille hjerneblødning

2 dage efter operationen opstarter der knirken og knæklyde ved bøjning og bevægelse af ryggen eller ved generel mobilisation (optagelse af dette haves) dette er højlydte lyde, der kan høres af både personale samt medpatienter.
Ingen af de læger eller af personalet, der har hørt det havde hørt disse lyde før.
Jeg spørger Overlægen, om han havde kendskab til sådanne lyde – samt om det var forsvarligt at sende mig hjem på basis af kun RGT (stillestående) ? – om jeg ikke skulle undersøges nærmere? Hvilket jeg fik af vide ikke var nødvendigt, da indsat skruer og metal sad som de skulle (vurderingsgrundlag var et alm rgt. billede)
Efter mindre end en uge hjemme knækkede min ryg forover og imod højre side medførende voldsomme smerter samt neurologiske problemer ned i baller, ben og problemer med incontinens.
Jeg kontaktede Overlægen, og jeg blev atter indlagt. Overlægen kunne efter nyt RGT bekræfte, at min ryg var knækket. Dette er første gang min ryg vurderes som ude af linje! Dette er aldrig sket før!
Forsikringens postulat er at jeg har en kofyliose fra nyfødt – og da jeg ankede den påstand – så var det en tilstand opstået som en
'Du har fået foretaget indtil flere stivgørende operationer i din ryg, startende tilbage i 2013(!!), og de mange indgreb og den årelange sygehistorie, er i forsikringsøjemed at betragte som kronisk.
Derfor fastholdes afslaget på din anmodning om øget hjemmehjælp'
Jeg har købt og betalt til denne forsikring siden 2011. Der havde jeg pga. flere voldelige overgreb på mig en udvikling i tidligere arbejdsskade anno 1994.
Jeg blev herefter indlagt og [hospital] blev inddraget, da der nu ikke kun var tale om en lille operation – men en fuld stivgørende operation.
[Hospital] havde flere krav om undersøgelser inden jeg skulle til forundersøgelse/indlæggelse d. 12/10 2019
Jeg kontaktede Overlægen flere gange i forløbet og Jeg fortalte ham, at jeg brækkede mere og mere til højre, samt at brystkassen nu var gledet ind under hoftebenet – til sidst var jeg ca. 15 cm mindre i højden
Da jeg kom til indlæggelse d. 12/10 2016. blev jeg akut indlagt og blev opereret d. 13.
Jeg havde voldsomme smerter i efterforløbet – og følte det som om jeg spændte mere og mere op – ca 3. dagen åbnede den nederste del af cicatrisen og der lækkede store mængder liquid væske ud fra ryggen i 6-7 dage. Mønstret var det samme – Jeg lækkede, det lukkede lidt – jeg lækkede igen og så videre osv.
....Først efter ca. 1 uge blev jeg 'hørt' af overlæge …, da jeg mødte ham på gangen, hvor jeg havde voldsom hovedpine og ikke kunne tale sammenhængende med ham.
Jeg havde spurgt om der atter var hul på dura, da jeg havde prøvet det før på [sygehus]....og dette mindede meget herom.
Herefter blev jeg atter MR – scannet og der blev fundet store serøse områder især ved højre side – som jeg hele tiden havde store smerteproblematikker fra.
3. operation d. 20/10 2016 blev udført og der blev lukket for dura og jeg blev herefter udskrevet efter endt antibiotisk behandling.
Mindre end 1 uge efter blev jeg atter indlagt med infektion af min egen læge.
Blev indlagt til iv.
Dette forløb havde efterhånden medtaget mig så voldsomt, og jeg havde tabt 14 kg.
Jeg kunne ikke klare mig selv, og kun pga. en veninde stort set flyttede ind hos mig og passede mig 16 timer dagligt – i perioden efter – overlevede jeg!
Det var i denne forbindelse at jeg modtog det første afslag fra min sundhedsforsikring.
Denne har jeg anket – da jeg havde kræfter til det (det koster megen energi at klage og bede om sin ret!, når man er så langt ude som jeg var!) Jeg modtog atter afslag fra samme person i forsikringen, trods jeg udbad mig en sekund app. d. 9 dec. 2016

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg vil opnå, at jeg ikke modtager afslag på spørgsmålet hjemmehjælp i fremtiden. At jeg får betalt mine udgifter til kiropraktor og fysioterapi fremover.
At jeg får hjælp til at komme mig psykisk over i den grad at blive efterladt og ikke hørt af en forsikring, der burde hjælpe! – jeg var og er så dybt traumatiseret over denne oplevelse. Håber ikke at I griner eller negligere mig ift., at jeg ikke kan klare det!
At de betaler mine udgifter ift. min private hjælp – som jeg selv har betalt i denne periode. Dette beløber sig til 25000,00"

Selskabets advokat har i brev af 19/5 2017 til nævnet blandt andet anført:

"**SAGSFREMSTILLING:**
Klageren har tegnet en privat sundhedsforsikring igennem Dansk Sundhedssikring. De relevante vilkår fremlægges som **bilag A**.

Klageren anmeldte 10. oktober 2016 telefonisk, at hun sfa. operation for en diskusprolaps ønskede at modtage dækning under forsikringen i form af hjemmehjælp. Sagsoprettelsesnotatet fremlægges som **bilag B**.

Selskabet svarede ved mail af 21. november 2016 Klageren, at anmodningen om øget hjemmehjælp ikke kunne imødekommes, da der efter vilkårene pkt. 4.10 ikke kan ydes dækning af hjemmehjælp, medmindre der er tale om en dækningsberettigende operation. Selskabets svar og den øvrige korrespondance er indeholdt i bilag B.

Klageren har en langvarig ryganamnese og angiver sig opereret 10 gange i ryggen. Journaloplysninger fremlægges som **bilag C**.

Ifølge de foreliggende sagsakter er klageren opereret cervikalt for diskusprolaps C5/C6 i 2013 samt C6/C7 i november 2013. Hun er videre opereret lumbalt med instrumenterede dese L4-S1 i juni 2015.

I september 2016 blev Klageren opereret på [hospital] med forlængelse af en instrumenteret dese L2-S1. Postoperativt oplevede hun lænderygsmerter og tydelig skævhed af ryg og partiel højresidig dropfod. Der blev konstateret svigt af dese-fiksationen i L2, og der blev foretaget re-operation med forlængelse af desen op til thorakale vertebrae – angiveligt til TH10.

Forsikringsbetingelsernes pkt. 4.10 er sålydende:

> *'**4.10 Genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp og hjælpemidler***
> *Genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp iværksættes af Dansk Sundhedssikring inden for 10 arbejdsdage, i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg. Dækningen gælder i op til 6 måneder efter den dækningsberettigede behandling/operation er afsluttet og dækker med indtil 50.000 kr. pr. skade rimelige og nødvendige omkostninger til:*
> - *Genoptræning efter operation og hjemmesygeplejerske, der er ordineret af behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge.*
> - *Hjemmeservice hvis forsikrede og dennes familie er væsentligt hæmmet i udførelsen af normale daglige opgaver og forsikrede har været sygemeldt i mere end 14 dage og hjemmeservice er ordineret af den behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge.*

- *Midlertidige hjælpemidler, som den behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge vurderer er rimelige og nødvendige for at den forsikrede kan komme sig efter en dækningsberettiget operation og som ikke modtages via de offentlige tilbud om hjælpemidler.'*

Klageren ankede over denne afgørelse.

Den efterfølgende korrespondance mellem klageren og indklagede er fremlagt af klageren sammen med klagen til Ankenævnet. Den genfremlægges derfor ikke.

ANBRINGENDER:

På baggrund af klagerens lumbale rygproblematik gør jeg gældende, at der er tale om kroniske degenerative forandringer, som har stået på i mere end 2 år. Den primære dese-operation lumbalt blev foretaget i juni 2015.

Der er derfor tale om en kronisk tilstand; og udredning og behandling er derfor ikke dækningsberettigende.

Den operation, klageren fik foretaget på [hospital] i efteråret 2016, var/er derfor ikke dækningsberettiget ifølge forsikringsbetingelserne pkt. 5.

Det fremgår heraf, at

'Behandling af kroniske lidelser dækkes alene med rådgivning. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af kroniske lidelser.'

Af denne årsag dækkes udgifter til hjemmehjælp og kiropraktor heller ikke.
Af samme årsag, og da klagerens behandlinger til fysioterapi heller ikke er ordineret af egen læge, dækkes denne udgift ligeledes ikke.

Klagerens krav om betaling af udgifter i forbindelse med privat hjælp falder uden for forsikringens dækningsområde og kan allerede af den årsag ikke imødekommes."

Klageren har i e-mail af 12/6 2017 til nævnet heroverfor blandt andet anført:

"jeg har på intet tidspunkt modtaget nogen forbehold i mine forsikringsforhold af den tegnede sygeforsikring

jeg har i 1993 haft en arbejdsskade, der desværre har progradieret igennem årerne. Dette ydermere grundet 2 voldelige overfald uden for mit hus, sikkert pga en stalker (ex) men dette er desværre en påstand, idet politiet ikke kunnet verificere, hvem den angribende person var.

I 2016 bliver jeg atter opereret, hvor den ansvarlige overlæge hjemsender mig, trods der var tydelige højlydte knæk og brækken fra ryggen – under 1 uge efter udskrivelsen 'brækker' ryggen imod højre – hvorefter jeg gennemgår en ventetid på godt 1 måned, der forværrer mine smerter og symptomer. Ender med at bliver akut opereret på [hospital] d 13 oktober – samt reopereret d. 20 oktober pga. nervehinderne er blevet utætte og der var fisteldannelse op langs columna – herefter hjemsendes jeg kortvarrigt men indlægges akut med massiv infektion i meninges.

Således afviser jeg at min rygs tilstand skulle være den medfødt kronisk lidelse, hvilket har været påstuleret af forsikringen, og som advokaten ligeledes forsøger at skabe belæg for.

Jeg beder efterfølgende om hjælp fra min forsikring – hvortil jeg overraskende møder modstand imod mit ønske om hjælp, der sidenhen fører til klagen og erstatnings kravet til forsikringen.

Jeg er overrasket over at kunne læse at den forsikring jeg har tegnet – er fransk, dette må jeg have overset i de papirer jeg har ift. policen og dens ordlyd."

Nævnet har fået forelagt sagens lægelige journaloplysninger. Et uddrag heraf vil blive gennemgået i det følgende.

Af journalnotat af 12/10 2016 fra ortopædkirurgisk sengeafsnit fremgår det blandt andet:

"**AKTUELT**
Som anført tidligere flere operationer lumbalt, sidst opereret med dese fra L2-S1.
Umiddelbart efter fornemmelse af smerter højt i lænderyggen og udvikling af deformitet.
Efter sidste indgreb udviklede partiel højresidig dropfod, som dog angives at være bedret.
Angiver derudover også snurrende fornemmelser bag på begge balder. Pt. har fået foretaget røntgen, og vi har vurderet, at der er behov for revision med opretning torakolumbalt og forlængelse af desen. Indenfor den sidste uge tiltagende smerter i ryggen, tiltagende deformitet, hvor hun falder forover og til højre.
Herudover også tiltagende smerter ud i højre ben, men ikke egentlig forværring af pareser."

Af journalnotat af 10/7 2013 fra et privathospital fremgår det blandt andet:

"Ambulantepikrise
10.07.13
Pt. henvist efter ventelistegarantien. Hun har en meget kompliceret sygehistorie og er opereret over 50 gange – ofte med komplikationer. Er opereret 2 gange for lumbal discusprolaps og har i den forbindelse været forbigående lammet i højre ben og forstyrrelser for både urin og afføring.
…
Direkte adspurgt fortæller hun, at det gør mest ondt i nakken, hoved og ud i begge arme. Desuden en del smerter i højre underben og i venstre akillessene.
Dette forløb har strakt sig over mange år og pt. har prøvet stort set alt inden for smertestillende medicin."

Af journalnotat af 26/3 2013 fra en tværfaglig rygklinik fremgår det blandt andet:

"Socialt
Pt. bor med [børn], teenagealderen. Hun er førtidspensioneret … pga. rygproblemer.
…
[Kvinde i 40'erne] kendt med adskellige prolapsproblematikker inkl. cauda equina operationer. Efterfølgende et overfaldsympt. fra nakke strålende ud i begge arme med klar hovedvægt på højre side sympt.

Smerterne har et radikulær præg. Dette sammenholdt med den manglende tricepsrefleks, nedsat sensibilitet og nedsat kraft kunne tyde på en cervikal prolaps."

Af journalnotat af 12/2 2013 fra et hospital fremgår det blandt andet:

"Muligt faldtraume 03.02. Efterflg. svære lændesm. med parese over hø. ben og urinretention. MR viser svær lumbal spinalstenose L4/5. Der foretages ovenst. opr. med dekompression af cauda equinae på ovenst. niveau samt rodfrilægning L5/S1 på ve. side. Postopr. fortsat probl. med vandl., men fornemmer vandl.trang, er mest generet af urgeinkontinens. Ved udskr. er pt, mobiliseret uden støtte. Ingen radikulære sm. Diskret ankelparese af hø. fod, men pt. kan stå på hæle og tæer."

Af journalnotat af 18/1 2013 fra et hospital fremgår det blandt andet:

"Denne patient er opereret for cervical diskusprolaps for adskillige år tilbage og har nu tiltagende gener i form af nakkesmerter ved bevægelse. føleforstyrrelser ned i begge arme og jag ned i højre arm, når hun drejer hovedet hurtigt. Har en subjektiv fornemmelse af at hun får sværere og sværere ved at holde fast med hænderne og taber ting. Tiltagende summen udi armene og kan vågne pga smerter i højre arm

OBJ:
Dutalt ringe bevægelighed af nakke pga smerter. Nedsat styrke og kraft i højre arm over albue og håndtryk. nedsat sensibilitet for berøring ulnart i højre underarm. Smerter ved abduktion over 90 grader i højre skulder. Angiver snurrende fornemmelse, når pt drejer hovedet imod venstre, ud i højre arm.
Har igennem måneder været i fysioterapeut behandling for nakke og skulder. Følges nu på smerteklinik på [privathospital] for fibromyalgi og andre smerter, efter at have været henvist fra reumatologer.
[Klageren] er opereret et utal af gange for, bl.a. lumbal diskusprolaps, inkontinens, plastiske mave operationer mv. Ofte med tvivlsomt resultat"

Af forsikringsbetingelserne fremgår det blandt andet:

"**4. Dækninger Basis**

…

4.2 Behandling hos fysioterapeut

Ved henvisning fra egen læge og godkendelse fra Dansk Sundhedssikring, refunderes egenbetaling svarende til taksten efter den offentlige sygesikring og efter eventuelt tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, for op til 10 årlige fysioterapibehandlinger (kalenderår). Efter 5 behandlinger skal behandleren kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling, der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge.
Holdtræning dækkes som udgangspunkt ikke.

4.3 Behandling hos kiropraktor

Ved godkendelse fra Dansk Sundhedssikring, refunderes egenbetaling svarende til taksten efter den offentlige sygesikring og efter eventuelt tilskud fra Sygeforsikringen Danmark, for op til 10 årlige kiropraktikbehandlinger. Efter 3-5 behandlinger skal behandleren kontakte Dansk Sundhedssikring med begrundet anmodning om fortsat behandling, der skal godkendes af Dansk Sundhedssikrings læge.

…

4.10 Genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp og hjælpemidler
Genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp iværksættes af Dansk Sundhedssikring inden for 10 arbejdsdage, i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg. Dækningen gælder i op til 6 måneder efter den dækningsberettigede behandling/operation er afsluttet og dækker med indtil 50.000 kr. pr. skade rimelige og nødvendige omkostninger til:

- Genoptræning efter operation og hjemmesygeplejerske, der er ordineret af behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge.
- Hjemmeservice hvis forsikrede og dennes familie er væsentligt hæmmet i udførelsen af normale daglige opgaver og forsikrede har været sygemeldt i mere end 14 dage og hjemmeservice er ordineret af den behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge.
- Midlertidige hjælpemidler, som den behandlende læge og Dansk Sundhedssikring læge vurderer er rimelige og nødvendige for at den forsikrede kan komme sig efter en dækningsberettiget operation og som ikke modtages via de offentlige tilbud om hjælpemidler.

…
5. Forudsætninger for dækning
…
Behandling af kroniske lidelser dækkes alene med rådgivning. Forsikringen dækker ikke udgifter til behandling af kroniske lidelser.

Følgesygdomme til kroniske lidelser er dækket såfremt behandlingen fører til væsentlige og varige forbedringer i tilstanden og ellers ikke.

Forsikringen dækker alene behandling, som er godkendt og anvendes i det offentlige sundhedsvæsen og som er medicinsk begrundet. Al undersøgelse og behandling efter denne forsikring skal være lægefagligt begrundet i lægelig henvisning eller lægeligt godkendt.
…
6. Karensbestemmelser
Der er 24 måneders karens for eksisterende lidelser – det vil sige man skal have været omfattet af forsikringen i 24 måneder inden der er dækning for eksisterende lidelser. Anciennitet fra anden forsikring kan overføres ved direkte overgang uden ophold fra anden sundhedsforsikring.

7. Hvad forsikringen ikke dækker
…
Forsikringen dækker ikke udgifter til:
…
Kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft. Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft. Ved kroniske sygdomme forstås sygdomme, som Dansk Sundhedssikrings læge vurderer er varige, som må forventes at kræve langvarig behandling og sygdomme, som ikke kan kureres, f.eks. medfødte lidelser, hormonelle sygdomme, migræne, whiplash, astma – og allergilidelser, blodsygdomme, slidgigt, diabetes mv."

Nævnet har fået forelagt billeder og videooptagelser af klagerens ryg.

Nævnet udtaler:

Klageren har i efteråret 2016 fået foretaget flere rygoperationer. Som følge heraf har hun antaget privat hjælp, da hun ikke har kunnet klare sig selv og sine daglige gøremål. Hun kræver, at selskabet skal betale udgifterne til privat hjælp på 25.000 kr. samt fremtidige behandlingsudgifter til kiropraktor, fysioterapi og hjemmehjælp.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at operationerne ikke er dækningsberettigende, idet klagerens rygproblematik er en kronisk tilstand, som har stået på i mere end 2 år, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5. Selskabet har også anført, at udgifter til privat hjælp falder udenfor forsikringens dækningsområde, hvorfor klagerens krav herom ikke kan imødekommes.

Af journalnotat af 10/7 2013 fra et privathospital fremgår det blandt andet, at klageren har en kompliceret sygehistorie, og at hun er blevet opereret over 50 gange – ofte med komplikationer. Hun er blandt andet blevet opereret to gange for diskusprolaps i lænderyggen, hvorefter hun har været forbigående lammet i højre ben og med forstyrrelser for både urin og afføring.

Af journalnotat af 26/3 2013 fra en tværfaglig rygklinik fremgår det blandt andet, at klageren er blevet førtidspensioneret på grund af rygproblemer, og at hun er "kendt med adskillelige prolapsproblematikker inkl. cauda equina operationer".

Af journalnotat af 12/2 2013 fra et hospital fremgår det blandt andet, at MR-scanning har vist svær lumbal spinalstenose på L4/L5.

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren – som det fremgår af det lægelige materiale – har en lang og kompliceret sygehistorik for så vidt angår hele rygsøjlen, herunder lænderyggen. Klagerens rygproblemer må derfor betegnes som kroniske. Nævnet henviser til forsikringsbetingelsernes punkt 5 og 7, hvoraf det fremgår, at "behandling af kroniske lidelser dækkes alene med rådgivning. Forsikringen dækker ikke

udgifter til behandling af kroniske lidelser". Nævnet henviser endvidere til forsikringsbetingelsernes punkt 4, hvoraf det fremgår, at der alene ydes dækning til genoptræning, hjemmesygepleje, hjemmehjælp m.v. "efter den dækningsberettigede behandling/operation". Da operationen som følge af forsikringsbetingelsernes punkt 5 ikke er dækningsberettiget, er der ej heller dækning for genoptræning, hjemmehjælp mv.

Nævnet bemærker, at det er en betingelse for dækning af udgifter til blandt andet til kiropraktor, fysioterapi og hjemmehjælp, at forsikringstageren er blevet henvist til behandlingen af egen læge eller med godkendelse fra Dansk Sundhedssikring, jf. betingelsernes punkt 4.2, 4.3, 4,6 og 4.10.

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.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt