Ankenævnet for Forsikring

Den 6. december 2017 blev i sag nr. 90521:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

AmTrust Europe Limited
v/Dansk Sundhedssikring A/S
Smedeholm 14
2730 Herlev

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har via sit arbejde en sundhedsforsikring med tilvalg af Privathospitalsdækning i AmTrust Europe Limited v/Dansk Sundhedssikring A/S. Forsikringen trådte i kraft den 1/6 2016. Hun klager over selskabets afslag på at yde forsikringsdækning for en operation i nakken foretaget på et privathospital den 21/11 2016.

Selskabet har ved sin advokat afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klagerens lidelse skyldes degenerative forandringer i nakken, som dels er blevet konstateret forud for forsikringens ikrafttræden, dels er undtaget dækning i forsikringsbetingelsernes afsnit om kroniske lidelser.

I klageskema med bilag af 10/2 2017 til nævnet fremgår det blandt andet:

> "Smerter i august 2015 efter løft af tunge mdf plader på arbejde fik derefter foretaget scanning på [privathospital 1].
> Der viste 3 prolapser i nakken. Har derefter forsøgt konservativ behandling uden effekt.
> Grundet at min tilstand ikke blev bedret af 1 års konservativ behandling har jeg efter anbefaling selv betalt for en undersøgelse hos læge … på [privathospital 2].
> Jeg er undersøgt på ny og scannet og det blev fundet spinalstenose/prolaps samt artrose.
>
> Dansk Sundhedssikring har afvist at dække denne operation jeg blev henvist til. Da de mener det er en kronisk diagnose jeg skal opereres for. Her er jeg ikke enig da jeg skal opereres for 3 Prolapser/stenose hvilket ikke er en kronisk lidelse.
> De har kun fokus på at mine smerter skyldes slidegigt og afviser på dette grundlag gentagne gange.(se vedlæg).

Jeg, min læge og fysioterapeut har gentagne gange påpeget at mine lidelser skyldes prolapser i nakken hvilket ikke er en kronisk lidelse, men som er årsagen til min operation som jeg fik Foretaget 21.11.16

Jeg ønsker at få dækket mine udgifter for operationen af 3 prolapser jeg nu selv har betalt (se vedlagt faktura)"

Selskabets advokat har ved e-mail af 22/3 2017 til nævnet blandt andet redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Som advokat for indklagede, Dansk Sundhedssikring A/S, nedlægger jeg følgende

PÅSTAND:

Frifindelse.

SAGSFREMSTILLING:

1. KLAGEN

Der klages over, at Dansk Sundhedssikring har afvist at dække udgiften til en rygoperation, som klageren har fået foretaget.

2. DÆKNINGSOMFANG

Klageren er gennem sin arbejdsgiver, … omfattet af en obligatorisk sundhedsforsikring hos indklagede Dansk Sundhedssikring A/S (som agent for *AmTrust Europe Limited*).

Forsikringen omfatter både arbejds- og fritidsrelaterede helbredsproblemer. Som tilvalg til basisforsikringen er endvidere tegnet Privathospitalsdækning.

Dækningen trådte i kraft den 1. juni 2016.

3. FORSIKRINGSBETINGELSERNE

Den skade, klageren har anmeldt, vedrører fritidsdækningen. Jeg fremlægger derfor alene som **bilag A** og **B** Vilkår for sundhedsforsikring Fritid og Sundhedsforsikring Fritid, Privathospitalsdækning. Af forsikringsbetingelsernes pkt. 3 fremgår under overskriften ***Brug af forsikringen, at***

> *Al behandling skal altid godkendes af Dansk Sundhedssikring inden behandlingen påbegyndes. Hvis du får en sygdom eller kommer til skade, skal du kontakte egen læge. Du skal altid have en henvisning fra egen læge, med mindre der står andet i vilkårene, for behandlingen er dækket af forsikringen.*

Det fremgår videre under forsikringsbetingelserne pkt. 4.8, Hospitalsbehandling, at

> *Hvis Dansk Sundhedssikrings læge og speciallægen vurderer, at forsikrede skal gennemgå hospitalsbehandling med baggrund i den stillede diagnose, vil behandlingen blive iværksat indenfor 10 arbejdsdage i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg og efter diagnosen er stillet og både Dansk Sundhedssikring*

> *og behandlingsstedet har modtaget henvisning, diagnoseresultat og journaloplysninger.*

Forsikringsbetingelsernes pkt. 6, *Forudsætninger for dækning* bestemmer, at

> *Forsikringen omfatter de ydelser, der er beskrevet i forsikringsaftalen med eventuelle tillæg og med tilhørende vilkår i forsikringsaftalens løbetid. Skader, der er anmeldt i forsikringstiden, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens udløbsdato.*
>
> *Omkostninger, der ikke på forhånd er aftalt med og godkendt af Dansk Sundhedssikring, refunderes ikke. (min udb.)*

og videre, at

> *Forsikringen dækker aldrig kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret for forsikringen trådte i kraft. Behandling af kroniske lidelser dækkes i op til 6 måneder fra diagnosen er stillet, såfremt den stilles i forsikringstiden. Ved kroniske sygdomme forstås sygdomme, som Dansk Sundhedssikrings læge vurderer som vedvarende og som derfor ikke kan kureres. ...*

Dette sidste punkt kan desuden genfindes i forsikringsbetingelsernes pkt. 8, ***Hvad forsikringen ikke dækker***. Her er det gentaget, at

> *Forsikringen dækker ikke udgifter til:*
>
> *a. [...]*
>
> *k. Kroniske sygdomme, der er opstået og/ eller diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft.*

Af Vilkår for Privathospitalsdækning fremgår ligeledes, at

> *Hvis Dansk Sundhedssikring læge [...] vurderer, at forsikrede skal gennemgå [...] behandling hos speciallæge eller på privathospital, vil den finde sted uden udgifter for forsikrede.*

Også af disse vilkår fremgår det således, at det er en betingelse for dækningen, at indklagedes læge har vurderet, at behandling må finde sted på et privathospital.

4. SKADEFORLØBET

4.1 Skadesanmeldelsen

Klageren anmeldte på indklagedes hjemmeside den 14. september 2016, under overskriften *'Smerter i ryggen. Nedsat førlighed. Konstante smerte'*, at

> *Har haft generne i et år. Konstateret 3 prolapser i nakken/ er sat til operation hos [privathospital 2] ved [læge] 211116*.

Klageren havde således på dette tidspunkt allerede indskrevet sig til operation på et privathospital. Anmeldelsen fremlægges som **bilag C**.

Indklagede rekvirerede journalmateriale fra [privathospital 1 og 2]. Journalerne fremlægges som **bilag D** og **E**.

4.2 Klagerens egenforanstaltede forundersøgelser

4.2.1 [Privathospital 1] – 2015

Af journalen fra [privathospital 1] fremgår, at klageren i september 2015 havde været til egenforanstaltet forundersøgelse der. Klageren havde fået foretaget MR-skanning, der viste

> ***KONKLUSION***
>
> *Median diskusprolaps C6/ 7.*
>
> *Højresidigforaminal diskusprolaps C7 /Thi med rodpåvirkning.*
>
> *Degenerative forandringer C5/6, C6/ 7, C7/Tb 1 med foramenforsnævringer med mulig rodpåvirkning.*
>
> *Let uncovertebral artrose C3/4.*

Klageren havde således på dette tidspunkt discusprolaps og det blev konstateret, at hun havde degenerative forandringer i nakken og forsnævringer af de hulrum, hvor nerverne i rygmarven forbindes til andre dele af kroppen. [Privathospital 1] afstod fra operation og anbefalede konservativ behandling hos fysioterapeut.

4.2.2 [Privathospital 2] – 2016

Af journalen fra [privathospital 2] fremgår, at klageren havde været til undersøgelse der i august og september 2016. [Privathospital 2] refererer videre, at klageren tidligere er vurderet på [privathospital 1], hvor der er lavet MR-skanning i september 2015. Her påvises, ifølge beskrivelsen, prolaps C6/7, men også degenerative forandringer med rodpåvirkning pa C5/6 og C7/T1. Det fremgår videre af journalen fra [privathospital 2], at

> *På [privathospital 1] mente man, at operation ville være for omfattende et indgreb og man frarådede det.*

Klageren fik også på [privathospital 2] foretaget en MR-skanning, der bl.a. viste

> *Samtlige cervikale discii ses med degeneration. Der er tydelig unkovertebral artrose C5/C6 og C6/ C7.*
>
> *Der er afsmalnet højresidigt neuroforamen C7/Th1. Der er let afsmeltede bilaterale neuroforamina*
>
> *C6/ C7. Der er noget mere udtalt bilateral neuroforaminær afsmalning C5/ C6.* ***Ingen større prolapsdannelser eller protrusioner cervikalt****.* (min udh.)

4.3 Sagsforløbet med indklagede

Indklagede forelagde journalmaterialet for sin ortopædkirurgiske speciallægekonsulent, der vurderede, at det var tale om kroniske, degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen, som var konstateret allerede i 2015. Indklagede meddelte derfor – i første omgang telefonisk – klageren, at forholdet ikke var dækningsberettigende under forsikringen idet det var omfattet af forsikringsbetingelsernes bestemmelse om undtagelse af kroniske lidelser.

Klageren meddelte ved mail af 1. november 2016, at hun ikke accepterede indklagedes afslag. Hun gjorde gældende, at hendes operation alene vedrørte tre diskusprolapser i nakken. Klagerens henvendelse fremlægges som **bilag F**.

Indklagede meddelte ved mail af samme dag klageren, at man fastholdt sit afslag på dækning med henvisning til forsikringsbetingelsernes bestemmelse om undtagelse af kroniske lidelser. Indklagedes svar fremlægges som **bilag G**.

Klageren ankede over indklagedes afgørelse ved mail af 15. november 2016, **bilag H**, og citerede i sit brev udtalelser fra to ikke identificerede læger, der efter klagerens påstand støttede hendes synspunkt om, at der var tale om en akut skade.

Sagen blev herefter på ny forelagt lægekonsulenten, der fastholdt sin tidligere vurdering og bl.a. fremhævede, at det af beskrivelsen af MR-skanningen på [privathospital 2] fremgår, at der ikke var nogen større prolapsdannelser eller protrusioner cervikalt. Det var således fortsat indklagedes vurdering, at klagerens smerter primært skyldtes de kroniske degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen.

Indklagede meddelte i konsekvens heraf den 21. november 2016 klageren, at man fastholdt afslaget, **bilag J**.

Klageren meddelte herefter ved mail af 1. december 2016, **bilag K**, at hun nu indbragte sagen for Ankenævnet for Forsikring.

ANBRINGENDER:

Til støtte for min påstand gør jeg som hovedanbringende gældende, at klagerens lidelse primært skyldtes degenerative forandringer i halshvirvelsøjlen, som – ubestridt af klageren – var konstateret i 2015; og således forud for forsikringens ikrafttræden. Det er en kronisk lidelse, og den er omfattet forsikringsbetingelsernes bestemmelse om undtagelse af kroniske lidelser i pkt. 6.4 og pkt. 8, k.

Det fremgår af beskrivelsen af MR-skanningen på [privathospital 2], at der ved undersøgelsen i september 2016, umiddelbart før operationen, *ikke* var nogen større prolapsdannelser eller protrusioner cervikalt.

Jeg gør derfor gældende, at journalmaterialet således ikke støtter klagerens påstand.

Det foreliggende tilfælde minder meget om AK 86516, hvor Ankenævnet på baggrund af en MR skanning mv. tilsvarende fandt det godtgjort, at klagerens diagnose var en følge af hendes kroniske ryglidelse og derfor var undtaget efter en tilsvarende bestemmelse i de relevante forsikringsbetingelser. Kendelsen fremlægges som **bilag L**.

Klageren havde i mere end et år forud for operationen konsulteret to privathospitaler for sin nakkelidelse.

Klageren havde således heller ikke iagttaget hverken forsikringsbetingelsernes bestemmelse om, at behandling altid skal godkendes af indklagede, inden den påbegyndes, eller at klageren altid skal have en henvisning fra egen læge før behandlingen er dækket af forsikringen.

Klageren havde på egen foranledning og som selvbetaler rettet henvendelse til privathospitalet og arrangeret en operation, før hun første gang kontaktede indklagede. Klageren har derved bragt sig udenfor forsikringens dækning.

Det fremgår videre af forsikringsbetingelserne pkt. 4.8 og Vilkår for Privathospitalsdækning, at dækning for hospitalsbehandling beror på, at indklagedes læge og speciallægen har vurderet, at forsikrede skal gennemgå hospitalsbehandling med baggrund i den stillede diagnose. Herefter vil behandlingen blive iværksat indenfor 10 arbejdsdage i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring valg.

Klageren fratog ved sine dispositioner indklagede for enhver mulighed for at tilrettelægge og arrangere en hospitalsbehandling i overensstemmelse med det beskrevne. Klageren har derved bragt sig uden for dækning.

Endelig fremgår det af forsikringsbetingelser pkt. 6, at omkostninger, der ikke på forhånd er aftalt med og godkendt af indklagede, ikke refunderes. Klageren havde ikke forud for sin operation truffet aftale med indklagede eller (søgt eller) fået indklagedes godkendelse af udgiften til operationen. Klageren har således efter betingelserne ikke krav på at få refunderet nogen del af sine udgifter."

Klageren har ved e-mail af 16/5 2017 til nævnet heroverfor blandt andet anført:

"Har genomgået vurderingen fra Am Trust Europe Limited sin advokat sammen med en fagkyndig overlæge.

1. Klagen er blevet afvist under teksten til at dække udgiften til en rygoperation. Min henvendelse hos Dansk Sundhedsforsikring var for at få godkendt en operation av 3 prolapser.

2. Advokat lægger grunden for afvisning med at min skade er kronisk og at jeg ved brug af forsikringen har haft skaden mere en 6 måneder som forsikringen dækker. Det fremgår også i forsikringsvilkårene at vi ikke har nogle karenstid da vi indgår i forsikringen og derfor er også min scanning hos [privathospital1] også irrelevant i denne sag. Min skade er ikke kronisk og dette fremgår også af de 2 forskellige MR scanninger jeg har fået gjort på henholdsvis [privathospital 1] og [privathospital 2]. I begge MR beskrivelser fremgår det tydeligt at jeg har prolapser. I tillæg er det også beskrevet at jeg har slidegigt og det er ikke på den baggrund at jeg er blevet opereret. Efter den første scanningen på [privathospital 1] valgte jeg at forsøge den konservative behandling, noget som de fleste ønsker at skal lykkes.
   Ved at den konservative behandling ikke hjalp valgte jeg igen at få foretaget en scanning på [privathospital 2] som har den bedste ekspertise ved [læge]. På denne scanning viste også at det var 3 prolapser ved nervepåvirkning med tryk fra discus. Etter samtaler med lægen og vurdering af skadens omfang som kunne medføre tabt førlig-

hed og evt lammelser valgte jeg at la mig operere. Da man ved denne type operation anser som 70-80% forbedring af lidelsen.

Kan se at modpartens advokat ikke har lagt væk på operationsbeskrivelsen hvor lægen også beskriver at han har udført operation ved at 2 stk cagefusion og en bevægelig protese. En læge i Danmark ville ikke foretage denne type operation hvis han ikke har tro på at denne er den bedste løsningen for sin patient. Havde det være slidegigt ville man ikke gå ind og fjerne 3 stk prolapser.
Under hele operation var min fysioterapeut med og kan bekræfte at man her fik fjernet de prolapser som er beskrevet i MR fra [privathospital 2].
Derfor kan min sag ikke afvises på baggrund af kronisk lidelse/slidegigt.

3. Advokat lægger også stor vægt på at jeg ikke har overholdt reglerne med at få en henvisning fra min egen læge og dette burde vel ikke være relevant da jeg kunne fremskaffe skriv fra MR som jeg som patient selv havde fået fortaget. Vil med dette også rette kritik fra den første telefonen jeg fik fra Dansk Sundhedsforsikring hvor jeg fik en kort besked om at min sag var afvist pga kronisk diagnose uden yderligere forklaring. Måtte selv bede om deres læges vurdering for afvisning. Det er ikke i nogle af de mange mail korrespodancer jeg har haft med de mange forskellige sagsbehandlere nævnt at jeg skal have henvisning fra egen læge.

   Jeg valgte at fastholde min dato for operation d.21/11-16 da både jeg og flere læger mente at en forsikring ikke kunne afvise denne operation da det ikke er en kronisk lidelse. Havde derfor ikke regnet med at en Sundhedsforsikring kunne gå ind og afvise denne operation da min arbejdsgiver også har tegnet en tillægsforsikring hvor man har mulighed for behandling på et privathospital hvis man ikke kan få plads til en operation indenfor 10 dage. Pga de voldsomme symptomer og risiko for varigt men skønnede jeg at det var uopsætteligt, naturligvis med forventet efterbevilling af refusion da sagen efter min mening var oplagt.

4. Stiller mig meget undrende og kritisk til at advokaten lægger vægt på en sag som tidligere er blevet afvist hos Ankestyrelsen. I denne sagen drejer det sig om en forsikringstager som har henvendt sig med smerter i ryg. Denne forsikringstager har ikke fået påvist nogle prolapser med nervepåvirkning. Man kan ikke sidestille en skade i nedre del af ryg og min skade som er i øvre del af nakken.

5. Har undersøgt med andre sundhedsforsikringer da jeg som forsikringstager blev meget overrasket over afvisningen på baggrund af at de anser en prolaps som kronisk lidelse. De andre sundhedsforsikringer har ikke kunnet afvise min sag på baggrund af min diagnose. Derfor mener jeg og andre fagkyndige at min operation hos [privathospital 2] skal dækkes 100 %."

Hertil har selskabets advokat ved e-mail af 12/6 2017 til nævnet blandt andet anført:

"Klageren henviser heri til, at det fremgår af operationsbeskrivelsen, at der er udført operation ved indsættelse af 2 stk. cage fusion og en bevægelig protese. Klageren skriver videre, at havde det været en operation for slidgigt, ville man ikke været gået ind og have fjernet 3 prolapser.

Det mener jeg ikke er korrekt. I forbindelse med en rygoperation, som den beskrevne, vil man altid også fjerne evt. prolapser."

På baggrund af operationsbeskrivelse har selskabets advokat ved e-mail af 11/7 2017 blandt andet anført:

> "I denne sag har jeg modtaget Klagerens operationsbeskrivelse og har haft mulighed for at drøfte dem med indklagedes overlægekonsulenter i rygkirurgi. De bemærker, at der peroperativt findes og fjernes osteofytter (knoglenydannelse) fortil, bagtil og til siden på alle de opererede niveauer.
>
> Denne knoglenydannelse er ikke en akut tilstand og har ikke relation til de tidligere observerede prolapser, men er et udtryk for degenerativ rygsygdom, som har stået på gennem længere tid. Peroperativt beskrives, at der i relation til posteriore ligament fjernes sparsomt prolapsvæv. Det er formentlig rester af de prolapser set på MR-scanning af 17.09.2015, men som ikke genfindes på MR-scanningen af 18.08.2016.
>
> Det må antages, at generne i klagerens højre arm ikke er forårsaget af prolapser, idet de persisterede selv efter at MR-scanningen 18.08.2016 viste, at prolapserne var gået i sig selv. Årsagen til generne er således med overvejende sandsynlighed den på MR-scanningerne beskrevne og peroperativt genfundne uncovertebrale artose med deraf følgende ostefytter og forsnævring. Klageren har således ikke godtgjort, at der er tale om en dækningsberettigende lidelse.
>
> Jeg fastholder derfor, at der er tale om en kronisk problemstilling, der er diagnosticeret allerede i 2015 og som derfor ikke er dækningsberettiget."

Klageren har i brev til nævnet af 23/8 2017 gengivet en kommentar, som hun har indhentet fra en overlæge i neurokirurgi. Af kommentaren fremgår blandt andet:

> "Diskusprolaps i nakken adskiller sig fra diskusprolaps i lænden ved i højere grad at være en såkaldt osteochondrotisk tilstand, dvs. Opståen af diskusprolaps i nakken er nærmest altid forudgået af udviklingen af degenerative forandringer, herunder nedsat vandindhold i diskus med tab af diskushøjde, fortykkede forkortede ligamenter samt udviklingen af mere eller mindre udtalte knogleforandringer herunder Modic forandringer, randsklerosering af hvirvlerne og udviklingen af osteofytter.
>
> Traumatiske prolapser i nakken – dvs. Prolapser udløst af en enkeltstående belastning – er stort set ikke forekommende i en rask diskus.
> Der er således altid mere eller mindre udtalte degenerative forandringer samtidig med prolaps i nakken, og størstedelen af den voksne befolkning har da også vekslende grader af disse degenerative forandringer uden symptomer.
> Degenerative forandringer vil derfor altid være tilstede nå først patienten af den ene eller den anden grund udvikler symptomer.
>
> Konklusionen at forekomst af osteofytter er udtryk for en kronisk lidelse er således ikke den fulde sandhed, og den repræsenterer efter min mening et alt for unuanceret syn på patienten og tilstanden. Som det fremgår af operationsbeskrivelsen var der da også prolaps på alle tre niveauer udover de anførte degenerative forandringer.
>
> Hvornår en sygdom er akut er de fleste ikke ret meget i tvivl om, men hvornår en tilstand overgår fra at være akut til at være kronisk er der ikke nogen retvis afklaring eller definition på, heller ikke fra Joint Commission eller andre akkreditører indenfor sundhedsområ-

det. Der er således en stor gråzone som stadig giver anledning til diskussion om grænsedragningen."

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

Af svar på MR-scanning af 17/9 2015 fremgår det blandt andet:

"**MR skanning af columna cervicalis:**
Der foreligger MR skanning af samme region, [privathospital 2] 12.03.2015, til sammenligning.
Affladiget cervikal lordose.
Hvirvelkonfigurationen og knoglemarven fremtræder normal.
C3/4 ses uændret let uncovertebral artrose uden prolaps, rodkompression eller stenose.
C5/6, 06/7, C7/Th1 ses discusdegeneration med protrusion, spondylose og uncovertebral artrose. Lette randreaktioner. Ingen central spiralstenose.
05/6 med bilateral moderat foramenforsnævring med mulig rodpåvirkning.
06/7 med bredbaset medial diskusprolaps og bilateral foramesforsnesvring med C7 rodkontakt.
C7/Th1 med progression af højresidig foraminal diskusprolaps med C8 rodkompression. Uændret forsnævring venstre foramen med mulig C8 rodpåvirkning.
På øvrige niveauer ses uændrede forhold uden discusprolaps, rodkanal- eller spinalstenose. Medulla cervicalis fremtræder normal.

KONKLUSION
Medial diskusprolaps C6/7.
Højresidig foraminal diskusprolaps C7/Th1 med rodpåvirkning.
Degenerative forandringer 05/6, C6/7, C7/Th1 med foramenforsnævringer med mulig rodpåvirkning.
Let uncovertebral artrose C3/4.
I øvrigt status quo."

Af journaloplysninger af 10/8 2016 fra Privathospital 2 fremgår det blandt andet:

"Henvender sig til vurdering for cervikale prolapser.
Der henvises til oplysningsskema og tidligere forløb her og tidligere MR-skanning.
Gradvist tiltagende gener gennem 1,5 år med nakkesmerter og smerteudstråling til højre arm gående mod hånden, i starten mest i ulnare, men nu også radialt, dvs. alle fingre, med snurrende fornemmelse og markant forværring ved bevægelse af nakken. Samtidig tiltagende kraftesløshed med håndslip og lidt klodset. Er højrehåndet. Der er stort set ikke nogen gener i venstre arm. Generne er gradvist tiltaget trods konservativ behandling
…
Er tidligere vurderet på [privathospital 1], og der er lavet MR-skanning i september 2015. Her påvises, ifølge beskrivelsen, prolaps C6/7, men også degenerative forandringer med rodpåvirkning på C5/6 og C7/T1. På [privathospital 1] mente man, at operation ville være for omfattende et indgreb og man frarådede det.
Tilstanden er uholdbar og generne i progression, og hun søger vurdering her."

Af svar på MR-scanning af 18/8 2016 fremgår det blandt andet:

> "Columna cervicalis: Medulla spinalis cervicalis er normal. Den cervikale spinalkanal ses uden manifest spinalstenose.
> Samtlige cervikale discii ses med degeneration. Der er tydelig unkovertebral artrose C5/C6 og C6/C7. Der er afsmalnet højresidigt neuroforamen C7/Thl. Der er let afsmalnede bilaterale neuroforamina C6/C7. Der er noget mere udtalt bilateral neuroforaminær afsmalning C5/C6. Ingen større prolapsdannelser eller protrusioner cervikalt.
> Den vertebrale knoglemarv (visualiseret fra basis cranii til Th6) ses med alderssvarende knoglemarvssignal samt degenerative terminalflade forandringer C6/C7. Ingen synlig fokal malign knoglemarvs patologi. Facetleddene ses med degeneration nedadtil i columna cervicalis. Skanningen er ikke optimeret mhp. viscera i halsens bløddele eller thorax."

Klageren har ved e-mail af 31/10 2016 til selskabet citeret to lægelige udtalelser. Det fremgår blandt andet heraf:

> "Denne pt. har en nok en kronisk degenerativ tilstand i sin halsryg, men der er tilkommet afsmalning af neuroforamen, som er symptomgivende.
> Det er en akut forværring, som er kommet efter belastning."

Klageren er blevet opereret den 21/11 2016 på Privathospital 2. Af operationsbeskrivelsen fremgår det blandt andet:

> "DM50.1D+E+F prolapsus disci i.v. cervicale 5/6, 6/7 og C7/T1
> KNAG40 anterior diskektomi, prolapsfjernelse og fusion med Cespace XP cage C6/7 og C7/Thl
> KNAB90 protese C5/6 Globus SecureC3
> Cervikal prolaps og osteochondrose med svære smerter i nakke og især hø. arm. Utilstrækkelig effekt af kons.beh. Opr. som anført med fusion på de nedre og protese på Øverste niveau. Genoptræning lokalt arrangeres i samarb med vor. fys. Kontrol om 3 mdr."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det blandt andet:

> "**3. Brug af forsikringen**
>
> Al behandling skal altid godkendes af Dansk Sundhedssikring inden behandlingen påbegyndes. Hvis du får en sygdom eller kommer til skade, skal du kontakte egen læge. Du skal altid have en henvisning fra egen læge, med mindre der står andet i vilkårene, før behandlingen er dækket af forsikringen.
>
> Akutbehandling og subakut behandling, der kræver hurtig assistance (f.eks. vagtlæge, skadestue, ambulance eller lignende) og som kræver behandling med det samme (f.eks. trafikuheld, ulykkestilfælde, blodprop, iskæmisk hjertesygdom mv.) er ikke omfattet af forsikringen.
> …
> **4.11 Hospitalsbehandling**
> Hvis Dansk Sundhedssikrings læge og speciallægen vurderer, at forsikrede skal gennemgå hospitalsbehandling med baggrund i den stillede diagnose, vil behandlingen blive iværksat indenfor 10 arbejdsdage i offentligt eller privat regi efter Dansk Sundhedssikring

valg og efter diagnosen er stillet og både Dansk Sundhedssikring og behandlingsstedet har modtaget henvisning, diagnoseresultat og journaloplysninger.
…
6. Forudsætninger for dækning
Forsikringen omfatter de ydelser, der er beskrevet i forsikringsaftalen med eventuelle tillæg og med tilhørende vilkår i forsikringsaftalens løbetid. Skader, der er anmeldt i forsikringstiden, er dækket i op til 3 måneder efter forsikringens udløbsdato.
Omkostninger, der ikke på forhånd er aftalt med og godkendt af Dansk Sundhedssikring, refunderes ikke.
Forsikringen dækker sygdomme og følgelidelser efter ulykke, der via behandling kan forventes kureret eller væsentligt og varigt forbedret. Det er Dansk Sundhedssikring læger, som i de konkrete tilfælde afgør om de anmeldte sygdomme eller lidelser er omfattet af forsikringen. Forsikringen dækker aldrig kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret før forsikringen trådte i kraft. Behandling af kroniske lidelser dækkes i op til 6 måneder fra diagnosen er stillet, såfremt den stilles i forsikringstiden. Ved kroniske sygdomme forstås sygdomme, som Dansk Sundhedssikrings læge vurderer som vedvarende og som derfor ikke kan kureres. Følgesygdomme til kroniske lidelser er dækket såfremt behandlingen fører til væsentlige og varige forbedringer i tilstanden og ellers ikke.
…
8. Hvad dækker forsikringen ikke
…
k. Kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret inden forsikringen trådte i kraft. Kroniske sygdomme, der er diagnosticeret efter forsikringen trådte i kraft er dækket i op til 6 måneder fra diagnosen er stillet. 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.
…
Tillæg til Sundhedsforsikring Fritid – Vilkår – Privathospitalsdækning
…
Hvis Dansk Sundhedssikring læge og eventuelt egen læge vurderer, at forsikrede skal gennemgå en speciallægeundersøgelse, herunder eventuel billeddiagnostisk undersøgelse og/eller behandling hos speciallæge eller på privathospital, vil den finde sted uden udgifter for forsikrede.
Forløbet iværksættes indenfor 10 hverdage efter Dansk Sundhedssikring har modtaget henvisning fra egen læge og kopi af eventuelt nødvendige journaloplysninger fra egen læge eller andre sundhedsinstanser."

Nævnet udtaler:

Klageren fik den 21/11 2016 foretaget en operation i nakken på et privathospital. Hun blev opereret på tre forskellige niveauer med blandt andet fjernelse af diskusprolapser og indsættelse af protese og cages. Hun har oplyst, at smerterne i nakken opstod efter løft af tunge mdf-plader på hendes arbejde, og at en efterfølgende scanning viste, at hun havde fået tre diskusprolapser i nakken. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for operationen den 21/11 2016, som hun selv har måttet beta-

le. Til støtte for, at der er tale om en forsikringsdækket operation, har hun anført, at der ikke er tale om en kronisk lidelse, men om tre prolapser/stenose.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klagerens nakkegener er en kronisk degenerativ tilstand, og at tilstanden blev konstateret i 2015 forud for forsikringens ikrafttræden den 1/6 2016, jf. herved forsikringsbetingelsernes punkt 6 og 8.k. om kroniske lidelser. Selskabet har også anført, at klageren forud for undersøgelserne og operationen på privathospitalet hverken havde fået en godkendelse fra selskabet eller egen læge, hvorfor operationen også af denne grund er undtaget dækning, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 6.

Af svar på MR-scanning af 17/9 2015 fremgår det blandt andet, at klageren har en diskusprolaps på C6/7 og C7/Th1 med rodpåvirkning, degenerative forandringer på C5/6, C6/7 og C7/Th1 med foramenforsnævringer med mulig rodpåvirkning samt let uncovertebral artrose på C3/4.

Ved en ny MR-scanning den 18/8 2016 blev der blandt andet fundet degeneration af samtlige diskus i nakken, og "tydelig unkovertebral artrose C5/C6 og C6/C7. Der er afsmalnet højresidigt neuroforamen C7/Th1. Der er let afsmalnede bilaterale neuroforamina C6/C7. Der er noget mere udtalt bilateral neuroforaminær afsmalning C5/C6. Ingen større prolapsdannelser eller protrusioner cervikalt".

Klageren har i sit brev til nævnet af 23/8 2017 gengivet en kommentar, som hun har indhentet fra en overlæge i neurokirurgi. Af kommentaren fremgår blandt andet: "Diskusprolaps i nakken adskiller sig fra diskusprolaps i lænden ved i højere grad at være en såkaldt osteochondrotisk tilstand, dvs. Opståen af diskusprolaps i nakken er nærmest altid forudgået af udviklingen af degenerative forandringer, herunder nedsat vandindhold i diskus med tab af diskushøjde, fortykkede forkortede ligamenter samt udviklingen af mere eller mindre udtalte knogleforandringer herunder Modic forandringer, randsklerosering af hvirvlerne og udviklingen af osteofytter. Traumatiske prolapser i nakken – dvs. Prolapser udløst af en enkeltstående belastning – er stort set ikke forekommende i en rask diskus. Der er således altid mere eller mindre udtalte degenerative forandrin-

ger samtidig med prolaps i nakken, og størstedelen af den voksne befolkning har da også vekslende grader af disse degenerative forandringer uden symptomer. Degenerative forandringer vil derfor altid være tilstede når først patienten af den ene eller den anden grund udvikler symptomer. Konklusionen at forekomst af osteofytter er udtryk for en kronisk lidelse er således ikke den fulde sandhed, og den repræsenterer efter min mening et alt for unuanceret syn på patienten og tilstanden. Som det fremgår af operationsbeskrivelsen var der da også prolaps på alle tre niveauer udover de anførte degenerative forandringer. Hvornår en sygdom er akut er de fleste ikke ret meget i tvivl om, men hvornår en tilstand overgår fra at være akut til at være kronisk er der ikke nogen retvis afklaring eller definition på, heller ikke fra Joint Commission eller andre akkreditører indenfor sundhedsområdet. Der er således en stor gråzone som stadig giver anledning til diskussion om grænsedragningen".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning for den foretagne operation med henvisning til, at forsikringen ikke dækker kroniske sygdomme, der er opstået og/eller diagnosticeret, inden forsikringen trådte i kraft, jf. herved forsikringsbetingelsernes pkt. 6 og 8 k. Nævnet bemærker, at slidgigt i pkt 8k er anført som en kronisk sygdom, og at nævnet må lægge til grund, at operationen var rettet mod tilstande, der i det væsentlige var forårsaget af slidgigten, som klageren havde udviklet i nakken.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren, forud for forsikringens ikrafttræden den 1/6 2016, ved MR-scanning den 17/9 2015 har fået påvist degenerative forandringer og foramenforsnævringer med mulig rodpåvirkning på flere niveauer i nakken. Endvidere har nævnet lagt vægt på, at der ved MR-scanning 18/8 2016, efter forsikringens ikrafttræden, blandt andet blev fundet degeneration af samtlige diskus i nakken, og tydelig unkovertebral artrose C5/C6 og C6/C7 og afsmalnet højresidigt neuroforamen på C7/Th1.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

14. 90521

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt