Ankenævnet *for* Forsikring

Den 23. maj 2018 blev i sag nr. 90832:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Vestjylland Forsikring gs.
Bredgade 17-21
6920 Videbæk

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring hos Vestjylland Forsikring gs. Han klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde sket den 24/11 2014, hvor han kom til skade med sin ryg.

I sin skadeanmeldelse af 26/11 2014 oplyste klageren, at han "skulle flytte fuglebadet ude i haven. Da jeg bukkede mig ned efter den og begyndte at løfte, kunne jeg mærke et smæld i ryggen/lænden".

Klageren har oplyst, at han efterfølgende har gennemgået 3 operationer, henholdsvis den 16/2 2015, den 24/8 2015 og den 29/2 2016 på grund af recidiv af prolapsen. Efter sidste operation opstod der på ny udstrålende smerter i venstre ben og nedsat følelse på ydersiden af venstre

læg samt ned over venstre fod, hvilket blev tolket som irritation af nerverne i forbindelse med operationen.

Det er klagerens opfattelse, at nerven, der satte sig i klemme i forbindelse med den tredje operation, og følgerne deraf må betragtes som en ny skade omfattet af ulykkesforsikringen.

Det fremgår af sagen, at klageren to gange tidligere har haft episoder, som han har anmeldt på sin ulykkesforsikring. Den første hændelse skete den 25/11 2012 og blev anmeldt til selskabet den 26/11 2012, hvor klageren beskrev, at han løftede en brændekurv på 12-16 kg og fik et smæld i ryggen. Sagen blev afsluttet den 25/2 2013 efter klagerens eget ønske, da generne var gået i sig selv. Den anden hændelse skete den 15/10 2013 og blev anmeldt til selskabet den 7/7 2015, hvor klageren beskrev, at han løftede en luge på 20-40 kg og fik et smæld og smerte ned i venstre ben. Klageren opsøgte ikke læge i forbindelse med hændelsen, og den første lægekontakt vedrørende ryggener er den 26/11 2015, dvs. efter aktuelle ulykkestilfælde. Selskabet afviste ved brev af 5/1 2017 dækning, da der ikke var lægelig dokumentation for hændelsen.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og klagerens aktuelle lænderyggener, idet den anmeldte hændelse ikke er egnet til at forårsage en prolaps i en ellers rask ryg, og at hovedårsagen til klagerens ryggener skyldes forudbestående sygdom. Selskabet har anført, at det forhold, at nerven har sat sig i klemme og følgerne deraf, ikke er et dækningsberettigende ulykkestilfælde, men en følge af operation eller anden behandling i forbindelse med klagerens prolaps, som ikke er omfattet af forsikringen.

I klagen til nævnet af 2/5 2017 har klageren bl.a. oplyst:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.*
> I november 2012 havde jeg et ulykkestilfælde i ryggen ved løft af brændekurv på 20-30 kg, som blev anmeldt til Vestjylland Forsikring.
> Ingen erstatning udbetalt.

3. 90832

I oktober 2013 havde jeg et ulykkestilfælde i ryggen ved forkert løft af en låge på 23,8 kg. på min arbejdsplads som blev anmeldt og anmeldt til Vestjylland Forsikring.
Ingen erstatning udbetalt / afvist af Vestjylland Forsikring.

Sidste ulykkestilfælde i november 2014 hvor jeg løfter et fuglebad på 30-40 kg. som udløser diskusprolapsen i ryggen anmeldt til Vestjylland Forsikring.
Ingen erstatning udbetalt / afvist af Vestjylland Forsikring.

Efterfølgende opereret 3 gange med stivgørelse i sidste operation. Imellem 2. og 3. operation er der en nerve der er blevet beskadigt pga. den har sat i klemme og har givet varigt mén i form af føle forstyrrelser ned i venstre læg/hæl.

Er efterfølgende blevet erklæret invalid på min erhvervsevne som varigt er sat ned med mindst 2/3 i alle erhverv. Det er [klagerens pensionsselskabs] afgørelse.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
At de holder og lover hvad de skriver på deres hjemmeside og dækker min invaliditet som er kommet efterfølgende af 2. og 3. operation:

Ulykkesforsikring

- hvis hverdagen forandres

Få styr på økonomien – også hvis et uheld vender op og ned på hverdagen. Vælg selv, hvornår forsikringen skal dække. I din fritid eller alle døgnets 24 timer."

Selskabet har i brev af 20/6 2017 til nævnet bl.a. gjort gældende:

"Klager har tegnet ulykkesforsikring med betingelser nr. U07-011012 (Bilag Q) hos os. Sagen drejer sig om, at klageren ikke er tilfreds med, at vi har afvist godtgørelse for varigt mén (invaliditet) i forbindelse med ulykkestilfældet den 24.11.2014. Vi har i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne for ulykkesforsikringen afvist godtgørelse for varigt mén.

Den 26.11.2014 modtog vi skadeanmeldelse fra klager, hvori han oplyste, at han den 24.11.2014 'skulle flytte fuglebadet ude i haven. Da jeg bukkede mig ned efter den og begyndte og løfte, kunne jeg mærke et smæld i ryggen/lænden'. Ifølge anmeldelsen pådrog klager sig som følger heraf 'smerter i ryggen/lænden og ud i venstre ben' (Bilag E).

I forlængelse heraf bad vi klageren uddybe hændelsen (Bilag F), hvilket klageren gjorde i udateret brev (Bilag G). Klager oplyste, at han tog ved fuglebadet, som han altid har gjort, så langt ned i knæ som muligt, men da han havde fået løftet den op, kunne han mærke lidt ligesom et smæld i nederste del af ryggen. Klager oplyste samtidigt, at han troede fuglebadet vejede omkring 30-40 kg.

Vi indhentede herefter relevante lægelige oplysninger.

Den 16.02.2015 meddelte vi klager, at vi anerkendte skaden som et ulykkestilfælde, men vi tog forbehold for dækning i forhold til skade som skyldes sygdom, forudbestående lidelser og andre forhold, som er undtaget forsikringsdækning. (Bilag H).

Vi afventede herefter, at klagerens tilstand blev stationær og har løbende været i telefonisk kontakt med klageren om hans behandlingsforløb. Cirka et år efter klagerens sidste rygoperation bad vi ved brev af 05.01.2017 klageren om en status på hans tilstand og behandlingsforløbet (Bilag I). Ved brev af 17.01.2017 svarede klager på vores brev, herunder at behandlingen i det væsentligste var afsluttet, men at han dog løbende gik til kontrol ved egen læge (Bilag J).

Vi indhentede herefter relevante lægelige oplysninger til belysning af skaden, herunder en neurokirurgisk speciallægeerklæring (Bilag O1-O7).

På baggrund af sagens samlede oplysninger meddelte vi den 24.03.2017 klager, at vi ikke kunne tilbyde erstatning i forbindelse med uheldet den 24.11.2014, idet hændelsen den 24.11.2014 ikke i sig selv var egnet til at medføre en prolaps i en rask ryg og, og hovedårsagen til generne er forudbestående degeneration (sygdom). Samtidig med vores afvisning gjorde vi klageren opmærksom på muligheden for at indbringe sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (Bilag K). Vi vedlagde kopi af ankenævnskendelserne 82.882. og 85.908, hvor Ankenævnet i sammenlignelige sager fandt ulykkesforsikringsselskaberne berettiget til at afvise dækning. I den første kendelse fandtes hændelsen (løft af barn) ikke egnet til at kunne udløse en diskusprolaps i en rask ryg, men hændelsen udløste en prolaps, fordi klageren i forvejen havde degenerative forandringer i ryggen. I den anden kendelse fandtes hændelsen (et kæbestød) ligeledes ikke egnet til at kunne medføre discusprotusion/varige nakkegener i en normal rask nakke, og hovedårsagen måtte anses for at være forudbestående degenerative forandringer.

Klageren oplyste telefonisk den 05.04.2017, at han var uforstående overfor afvisningen, idet han var af den opfattelse, at ulykkesforsikringen dækkede al invaliditet uanset årsag. Klager blev ved den lejlighed oplyst om, at ulykkesforsikringen ikke er en sygeforsikring men kun dækker for skader efter et ulykkestilfælde, som er egnet til at medføre den givne skade, og skaden ikke har sin årsag i forudbestående sygdom og ikke i øvrigt er undtaget fra dækning i henhold til forsikringsbetingelserne. Klageren blev samtidig hermed først telefonisk og derefter skriftligt orienteret om at indgive skriftlig klage til selskabet, såfremt han fortsat var uenig i afgørelsen (Bilag L).

Vi modtog herefter skriftlig klage af 18.04.2017 fra klageren (Bilag M), som blev besvaret i mail af 02.05.2017 (Bilag N). I den forbindelse gjorde vi klager opmærksom på, at vi gerne var behjælpelig med fremsendelse af sagen til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, idet klageren på forhånd havde meddelt, at han ville forelægge sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ved vores fastholdelse af afvisningen.

Klageren har herefter indbragt sagen for nævnet.

En gennemgang af sagens lægelige oplysninger viser, at klageren uden tvivl forud for uheldet den 24.11.2014 har haft degeneration af discus og facetledsartrose i lænden, idet dette påvises allerede ved MR-scanning den 27.11.2014. Degeneration opstår ikke pludseligt, men over tid og har således været til stede forud for den 24.112014. Degenerationen er påvist ved L5/S, som netop er det område, hvor prolapsen er opstået (Bilag O2).

Klager har også før 24.11.2014 haft lænderyggener, som ifølge vores lægekonsulenter efter al sandsynlighed har været symptomer på den senere påviste degeneration, idet klager tidligere har haft to episoder, som begge har været anmeldt på hans ulykkesforsikring i selskabet.

Den første hændelse skete den 25.11.2012 og blev anmeldt til os den 26.11.2012, hvor klageren beskrev, at han løftede en brændekurv på 12-16 kg og fik et smæld i ryggen (Bilag A). Klageren opsøgte i forbindelse med hændelsen læge den 26.11.2012 (Bilag O1). Ulykkestilfældet blev aldrig anerkendt af selskabet, idet sagen forinden blev afsluttet den 25.02.2013 efter klagers ønske, idet generne var svundet igen (Bilag B).

Den anden hændelse skete den 15.10.2013 og blev anmeldt til os den 07.07.2015, hvor klageren beskrev, at han løftede en luge på 20-40 kg og fik et smæld og smerte ned i venstre ben (Bilag C). Klager opsøgte ikke læge i forbindelse med hændelsen, og den første lægekontakt vedrørende ryggener er den 26.11.2014, dvs. efter aktuelle ulykkestilfælde. Vi afviste på den baggrund ved brev af 05.01.2017 erstatning som følge af hændelsen den 15.10.2013, idet vi ikke fandt, at klagers ryggener med udstråling til venstre ben havde sin årsag i hændelsen den 15.10.2013, idet der ikke var lægelig dokumentation for hverken hændelsen, at hændelsen havde medført disse gener (strakssymptomer) og at disse gener havde været til stede kontinuerligt siden hændelsen (brosymptomer) (Bilag D).

Klageren har efter hændelsen den 24.112014 været under behandling og er blevet opereret tre gange henholdsvis den 16.02.2015 (Bilag O3), 24.08.2015 (Bilag O4) og den 29.02.2016 (Bilag O4) pga. recidiv af prolapsen. Efter sidste operation opstår der på ny udstrålende smerter til venstre ben og nedsat følelse på ydersiden af venstre læg samt ned over venstre fod, hvilket tolkes som irritation af nerverne i forbindelse med operationen (Bilag O4).

Det er en erstatningsretlig grundbetingelse og fremgår ligeledes af betingelsernes pkt. 4.4. i de gældende forsikringsbetingelser (Bilag Q), at det er en forudsætning for at opnå dækning, at der er årsagssammenhæng mellem hændelsen og skaden. Ved vurderingen heraf lægges der blandt andet vægt på, om hændelsen – medicinsk set – i sig selv er egnet til forårsage personskaden.

Ifølge forsikringsbetingelserne er der ikke dækning for skadefølger efter et ulykkestilfælde, hvis hovedårsag skyldes sygdom, bestående sygdom eller sygdomsanlæg, herunder udløsning af latente sygdomsanlæg som følge af ulykkestilfældet, jf. betingelsernes pkt. 5.1.1. Desuden er der ikke dækning for nakke-/rygsmerter og nakke-/rygskader som følge af bevægelser, herunder vrid, løft, skub, drejning og bøjning, uden relevant belastning, jf. betingelsernes pkt. 5.1.6.

På baggrund af ovennævnte oplysninger finder vi umiddelbart, at der forelå en relevant belastning, jf. betingelsernes pkt. 5.1.6, idet der er tale om et løft af en genstand på 30-40 kg, hvorfor vi den 16.022015 anerkendte, at der forelå et dækningsberettiget ulykkestilfælde (Bilag C). Vi tog dog forbehold for skadefølger, der skyldtes sygdom, forudbestående lidelser eller andre forhold, som er undtaget fra dækning.

Efter fuld belysning af sagen er det vores vurdering, at klagers aktuelle gener (invaliditet) ikke er dækket af ulykkesforsikringen, idet hændelsen den 24.11.2014 isoleret set ikke kan forårsage en prolaps i en rask ryg. Klageren har på grund af de beskrevne degenerative forandringer, som ikke opstår pludseligt men over tid og som blev påvist 3 dage efter hændelsen, været særligt prædisponeret for udviklingen af en prolaps med de afledte gener til følger. Desuden havde de degene-

rative forandringer allerede været symptomgivende forud for den 24.11.2014. Det er således vores vurdering, at det er de forudbestående degenerative forandringer, som har været hovedårsagen til prolapsen og ført til klagerens aktuelle helbredsmæssige situation og at hændelsen den 24.11.2014 alene har været udløsende årsag. Derfor har vi afvist dækning af godtgørelse for varigt mén i henhold til betingelsernes pkt. 4.4. og 5.1.1 (Bilag Kog N).

Sagen har været forelagt to rådgivende lægekonsulenter, der uafhængigt af hinanden har vurderet, at løft af 30-40 kg under ikke-akavede forhold ikke er egnet til at medføre en prolaps i en forud rask ryg, idet discus er en stærk struktur i en rask ryg, og der skal være tale om et større traume end aktuelle for at fremkalde en traumatisk discusprolaps. Det er de to lægekonsulenters vurdering, at den forudbestående svækkelse af discus i form af degeneration er hovedårsagen til, at løftet resulterer i en prolaps, og løftet blot manifester den forudbestående degeneration. Den ene lægekonsulent har desuden bemærket, at det forhold, at klagers tre operationer ikke har haft væsentlig varig effekt, kan tyde på, at det er degenerationen i discus og de små led bagtil, som er den væsentligste årsag til de aktuelle gener, idet prolapsen er fjernet.

Klager har anført, at teksten på vores hjemmeside: 'Ulykkesforsikring – hvis hverdagen forandres. Få styr på økonomien – også hvis et uheld vender op og ned på hverdagen. Vælg selv, hvornår forsikringen skal dække. I din fritid eller alle døgnets 24 timer' af klager forstås således, at ulykkesforsikringen dækker invaliditet. Vi skal hertil bemærke, at det er korrekt, at ulykkesforsikringen dækker varig invaliditet, men det er under forudsætning af, at forsikringsbetingelserne for dækning er opfyldte, hvilket vi ikke finder er tilfældet i sagen. Vi henviser desuden på vores hjemmeside – i forlængelse af ovennævnte tekst – til vores forsikringsbetingelser. Klager er desuden ved den årlige fremsendelse af policen for hans ulykkesforsikring blevet gjort opmærksom på hvilket betingelsesnr. der har været gældende, og at betingelserne kan findes på vores hjemmeside. Vi finder derfor ikke, at klager har haft en berettiget forventning om dækning for invaliditet uafhængig af invaliditetens årsag.

Vi skal desuden i forhold til klagers angivelse af, at hans erhvervsevne er nedsat som følge af hans invaliditet, bemærke, at dette ikke har relevans i forhold til ulykkesforsikringen, idet invaliditetsgraden – forudsat dækning – fastsættes på et rent medicinsk grundlag uden hensyn til eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, jf. betingelsernes pkt. 17.1.

På baggrund af ovennævnte fastholder vi vores afvisning af godtgørelse for varigt mén/invaliditet i sagen."

I brev af 13/8 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg finder stadig afvisningen fra Vestjylland Forsikring, af min skade på ryggen uacceptabel.

Skaderne med at jeg ikke har følelses i venstre læg og hæl, der er opstået imellem 2 og 3 operation er ikke noget jeg har haft før i hele forløbet. Som speciallæge … også har beskrevet d. 3. marts efter 3 operation, hvor han fandt: *'Peroperativt fandtes roden klemt af knoglevæv, som blev fjernet, hvorefter den foldede sig flot ud. Ikke noget prolapsrecidiv. Der har været et roligt postoperativt forløb og mobiliseres uden større problemer. Har nedsat følelse på udsiden af venstre lår samt under venstre fod, som formentlig er følger af nerveirritation peroperativt. Vi forventer at dette vil aftage væsentligt.'*

Dette har så ikke aftaget sig som forventet, som [speciallæge] har skrevet og sagt til mig. Han regnede med det ville fortage sig i løbet af 1 år og her 1 ½ år efter er der ikke sket ændringer af følelsen i venstre læg og hæl.
Tilmed at jeg også stadig har store smerter i ryggen ved for meget aktivitet på den ene eller anden måde.

Nerven har ikke på noget tidspunkt sat i klemme i forløbet, før mellem 2 og 3 operation, hvor efter jeg er blevet invalid på 2/3 del og anerkendt af mit Pensionsselskab.

I mine tilsendte ulykkesforsikring papirer fra Vestjylland Forsikring september 2015 (Bilag vedhæftet). Er der ingen henvisning til hvad forsikringen omfatter eller paragraffer, men der står derimod at jeg er heltidsdækket fra 5% mén. Der er ingen henvisning til at gå på deres hjemmeside for at se andet eller ændringer. Deres paragraffer mm. kan derefter ændres uden deres kunders viden og forsikrede kan være uden dækning på deres forsikringer. De skriver i brevet at jeg kan se hvilke forsikringer og dækning jeg har valgt og ud fra det har jeg netop valgt at være heltidsdækket med invaliditet.

Ud fra Vestjylland Forsikrings afvisning skriver de det er pga. min ryg er degeneret. Nu er det sådan at alle normale mennesker ikke går til lægen før der opstår symptomer eller skaden er sket. Vi går jo ikke til lægen og siger jeg vil godt lige have lavet en MR-scanning af ryggen til min forsikring for at de kan se at man er helt rask selvom man ikke har nogen symptomer. Lægen vil nok ryste på hovedet og sende patienten videre til en hovedundersøgelse i stedet, for at se om det er den det er galt med. Der er ikke økonomi til det i det danske samfund hvis alle skulle tjekkes uden de fejler noget og ventelisterne ville blive endnu længere end de er i dag. Jeg kører fx heller ikke til mekanikeren med bilen før der er en mislyd eller skade på bilen!

Som før skrevet, har min egen læge … sagt til mig, at alle mennesker har fra vi bliver født, en eller anden degenition i en eller anden form i kroppen. Og det er ikke noget man kan tage højde for før der sker en skade."

Hertil har selskabet i mail af 22/9 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"Indholdet af klagerens mail af 13. august 2017 synes at tilkendegive en forestilling om, at ulykkesforsikringen både dækker følger af ulykke og sygdom – og indikerer, at klageren aldrig har modtaget/haft adgang til information, der anfører, at det alene er invaliditet som følge af en ulykke, der er dækket at ulykkesforsikringen.

Foranlediget af Deres seneste brev skal vi derfor fremhæve – som anført i vort svar af 20/7 2017 – at klageren årligt har modtaget en police for sin ulykkesforsikring – se tidligere fremsendte bilag P.

Det kan uddybende oplyses, at klageren i oktober 2014 (forud for den i sagen omhandlede ulykke) kontaktede selskabet for at få ændret sin stillingsbetegnelse til …. I den forbindelse blev udstedt ny police den 20/10 2014, som blev sendt til klageren – bilag P.

Det fremgår af policen for ulykkesforsikringen, at den ikke dækker sygdomme og forudbestående invaliditet.

Derudover er der i policen henvist til de fuldstændige betingelser, der findes på vores hjemmeside med betingelsesnummer.

Vi henviser til de for forsikringen gældende forsikringsbetingelser og fastholder herefter vores afgørelse i sagen."

I brev af 2/11 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Jeg finder stadig afvisningen fra Vestjylland Forsikring, af min skade på ryggen uacceptabel.

Skaderne med at jeg ikke har følelses i venstre læg og hæl, der er opstået imellem 2 og 3 operation er ikke noget jeg har haft før i hele forløbet. Som [speciallæge] også har beskrevet d. 3. marts efter 3 operation, hvor han fandt: *'Peroperativt fandtes roden klemt af knoglevæv, som blev fjernet, hvorefter den foldede sig flot ud. Ikke noget prolapsrecidiv. Der har været et roligt postoperativt forløb og mobiliseres uden større problemer. Har nedsat følelse på udsiden af venstre lår samt under venstre fod, som formentlig er følger af nerveirritation peroperativt. Vi forventer at dette vil aftage væsentligt.'*

Nerven har ikke på noget tidspunkt sat i klemme i forløbet, før mellem 2 og 3 operation, hvor efter jeg er blevet invalid på 2/3 del og anerkendt af mit Pensionsselskab.

Prolapsen der blev udbedret efter første operation på [hospital 1] virkede også fint de første 2-4 uger ind til den poppede ud igen. Herefter blev anden operation sat i værk på [hospital 2] og virkede også fint ind til nerven satte sig i klemme og som har givet mig invaliditeten i dag. Min ryg og smerter ned i venstre ben ville i dag have været normale, hvis ikke det havde været for nerven der havde sat i klemme.

Jeg mener helt bestemt at nerven der har sat sig i klemme er en ny skade, da det ikke kunne ses at dette ville komme. Der blev afprøvet med korset med god virkning i 4 uger, hvorefter en ny operation på [hospital 2] blev foretaget med stivgørelse af L4-L5 i ryggen. Men desværre havde nerven taget for meget skade af at have sat i klemme i for langtid imellem de 2 led.

Heraf finder jeg det stadig forkasteligt at Vestjylland Forsikring afviser min invaliditetsskade der er opstået efterfølgende og ikke vil anerkende den."

Selskabet har i mail af 5/1 2018 til nævnet bl.a. bemærket:

"Ud fra klagerens formulering i seneste brev ses han dog at betragte forholdet omkring nerven, som ifølge det anførte kom i klemme mellem den 2. og 3. operation, som en ny skade.

Vi skal for god ordens skyld hertil bemærke, at det forhold, at nerven har sat sig i klemme og følgerne deraf, ikke er et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

At nerven har sat sig i klemme er givet en følge af operation eller anden behandling i forbindelse med klagerens prolaps. Prolapsen kan vi imidlertid som meddelt ikke anerkende som følge af et dækningsberettigende ulykkestilfælde, hvilket også gælder den afledte behandling (herunder operation) og følgeskader (herunder en klemt nerve).

> For at få en uvildig lægelig vurdering af sagen, vil vi dog gerne tilbyde klageren, at sagen også sendes til vurdering hos Arbejdsmarkedets Erhvervssikring – uden omkostninger for klageren."

Klageren har i brev af 7/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Jeg har som sådan ikke mere at tilføje sagen, andet end at jeg finder Vestjyllands Forsikrings afgørelse uacceptabel. Jeg kan ikke se at der skal være nogen grund til at man har en ulykkesforsikring, når de kan skrive sig ud af det. Derfor har jeg også min [fagforenings] jurister med ind over hele sagen her og venter på afgørelsen fra Ankenævnet for Forsikring.
>
> Jeg havde samme problem med Vestjyllands Forsikring omkring en tidligere knæskade, hvor de ikke mente der var nogen erstatningssag. Da de så bliver oplyst at der fra min fritids/ulykkesforsikring var tildelt en mén-grad, varde meget interesseret i denne mén-grad og få lukket min sag med tildelt mén-grad fra dem.
>
> Jeg håber på der findes en retfærdig afgørelse af sagen, så den kan blive lukket. Så jeg kan komme videre i mit liv med de 10-12 timer, jeg kan holde til at arbejde ugentligt i erhvervspraktik på resurseløb. Fordi hele min situation omkring min ryg, ikke er blevet bedre med tiden, men er stationær nu."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, herunder de lægelige oplysninger.

Af journalnotat af 26/11 2012 fremgår det bl.a.:

> "**Dato: 26 11 2012 Initial: …**
>
> Lændesmerter med udstråling ned i venstre ben. Sædvanligvis ingen ryggener. I weekenden får han lændesmerter efter løft af brændekurv. Der er ingen inkontinensklager.
> OBJ: Forpint. Han angiver dysæstesi på bagsiden / lateral siden af venstre femur til knæniveau. Der er naturlig sphinctertonus.
> Lasegues: Postiv venstre side 45 grader.
> Naturlige refleksforhold.
> Babinski: Negativ rp. Dolol 50 mg x 3
> rp. fysioterapi
> prolapsvarsel"

Af MR-scanning af columna lumbalis foretaget den 27/11 2014 fremgår det bl.a.:

> "<u>27- 1 1-2014 MR-scanning af columna lumbalis</u>
> Patientnavn: [klageren]
> Cpr: …
> MR-scanning af: Columna lumbalis uden i.v. kontrast
> Undersøgelsesdato: 27. november 2014
> Beskrivende radiolog: …
> Indikation: Tungt løft med pludselige lændesmerter og udstråling til bagside venstre undereks-tremitet med konstant snurrende fornemmelse.

Beskrivelse:
Let sinistrokonveks skoliose med toppunkt L3.
Normal hvirvelkonfiguration og knoglemarv for alderen med enkelte fokale fedtøer/intraossøse hæmangiomer.
Normal conus medullaris.
LS/S1 ses discusdegeneration med venstresidig paramedian discusprolaps med lille dorsal dislokation af venstre S1 rod. Ellers pæne pladsforhold.
L5/S1 er der pæn discus. Der er facetledshypertrofi, og dette giver forsnævring i indgangen til laterale recesser, men ingen rodkompression i liggende stilling.
På øvrige niveauer ses normale forhold svarende til discus uden discusprolaps, rodkompression eller spinalstenose.

Konklusion:
Discusdegeneration med mindre venstresidig paramedian discusprolaps L5/S1 med let S1 rodpåvirkning
Let facetledsartrose L4/5 med let afsmalning i indgangen til laterale recesser uden rodkompression i liggende stilling
Let sinistrokonveks torsionsskoliose"

Af MR-scanning af columna lumbalis foretaget den 19/1 2016 fremgår det bl.a.:

"MR-beskrivelse:
MR-skanning at columna lumbalis
Indikation: Smerter i venstre balle.

Til sammenligning MR at lumbal columna fra den 27.11.2014.

Ingen akse deformitet.
Små hæmangiomer i Th12 og L4 uden patologisk betydning. Facetledsartrose.
L4/L5: Moderat bilateral recesstenose uden nerverod kompression.
L5/S1: Let reduktion af discushøjde og dehydrering og uændret venstresidig paramedian discusprolaps med let dorsal dislokation og let kompression af venstre S1 nerverod.
Ingen forandringer på de øvrige niveauer eller i spinalkanalen. Normalt signal fra conus medullaris.

Konklusion:
Uændret discusprolaps L5/S1 med let påvirkning af venstre S1 nerverod."

I neurokirurgisk speciallægeerklæring af 7/3 2017 er det bl.a. anført:

"**Konklusion**

- Er der forudbestående gener. I givet fald, hvilken betydning har de for nuværende gener.

    - Skadelidte er tidligere kendt med korsbåndsskade i venstre knæ givende vedvarende knægener. Der har været 2 episoder med lændesmerter med udstråling til ve ben dels d. 26.11.2012 og igen i 2013 – begge episoder i forbindelse med et løft og begge

episoder anmeldt til forsikringen, har dog ikke giver erstatning da generne forsvandt igen. Desuden kendt med tilbagevendende hovedpine gennem flere år.

- o De 2 tidligere episoden med lændesmerter radierende til venstre ben, må skønnes at have medindflydelse på generne efter anmeldte skade, der er vedvarende recidiv af disse gener, med mulig forudbestående prolaps/annulusruptur.

…

- Hvilke gener skønnes at være forårsaget af uheldet.

  - o Skadelidte beskriver vedvarende lændesmerter med udstråling til ve ben og fodparese efter anmeldte skade, disse gener er tilstede forud for 1. operation og må tilskrives anmeldte skade. Der er på MR tale om en mindre prolaps med let rodpåvirkning der må skønnes at være opstået/recidiveret efter anmeldte skade.
  - o Skadelidte får 2 x recidiv af prolapsen efter operationerne, der ikke direkte kan tilskrives anmeldte skade, men ses i 5-8% efter prolapsoperationer."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**4 Hvad dækker forsikringen**

4.1 Forsikringen dækker følger af et ulykkestilfælde sket i forsikringstiden.

4.2 Ved et ulykkestilfælde forstås

- en pludselig hændelse

- der forårsager personskade.

…

4.4 For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem hændelsen og skaden. Ved vurdering bliver der blandt andet lagt vægt på, om hændelsen – medicinsk set – er egnet til at forårsage personskaden, og om der er tidsmæssig sammenhæng mellem hændelsen og de relevante symptomers indtræden.

…

5 Hvad dækker forsikringen ikke

5.1 Overbelastning, sygdomme og forudbestående invaliditet m.m.

5.1.1 Følger af et ulykkestilfælde, hvis hovedårsag skyldes sygdom, bestående sygdomme eller sygdomsanlæg – herunder udløsning af latente sygdomsanlæg som følge af ulykkestilfældet.

5.1.2 Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

5.1.3 Følger af åreforkalkning, blodprop, årebetændelse og hjerneblødning.

5.1.4 Skader på kroppen sket som følge af nedslidning.

5.1.5 Skader på kroppen, som skyldes overbelastning, der ikke er pludselig.

5.1.6 Nakke-/rygsmerter og nakke-/rygskader som følge af:

- almindelige dagligdags bevægelser
- bevægelser, herunder vrid, løft, træk, skub, drejning og bøjning, uden relevant belastning

…

5.1.9 "Følger af tandlæge-, læge-, kiropraktor eller andre behandlinger, medmindre behandlingen er nødvendiggjort af et dækningsberettigende ulykkestilfælde."

Nævnet udtaler:

Parterne er uenige om, hvorvidt et anmeldt ulykkestilfælde sket den 25/11 2014 er omfattet af ulykkesforsikringen. I skadeanmeldelsen til selskabet har klageren oplyst, at han "skulle flytte fuglebadet ude i haven. Da jeg bukkede mig ned efter den og begyndte at løfte, kunne jeg mærke et smæld i ryggen/lænden".

Klageren har oplyst, at han efterfølgende har gennemgået 3 operationer, henholdsvis den 16/2 2015, den 24/8 2015 og den 29/2 2016 på grund af recidiv af prolapsen. Efter sidste operation opstod der på ny udstrålende smerter i venstre ben og nedsat følelse på ydersiden af venstre læg samt ned over venstre fod, hvilket blev tolket som irritation af nerverne i forbindelse med operationen.

Det er klagerens opfattelse, at nerven, der satte sig i klemme i forbindelse med den tredje operation, og følgerne deraf må betragtes som en ny skade omfattet af ulykkesforsikringen.

Det fremgår af sagen, at klageren to gange tidligere har haft episoder, som han har anmeldt på sin ulykkesforsikring. Den første hændelse skete den 25/11 2012 og blev anmeldt til selskabet den 26/11 2012, hvor klageren beskrev, at han løftede en brændekurv på 12-16 kg og fik et smæld i ryggen. Sagen blev afsluttet den 25/2 2013 efter klagerens eget ønske, da generne var gået i sig selv. Den anden hændelse skete den 15/10 2013 og blev anmeldt til selskabet den 7/7 2015, hvor klageren beskrev, at han løftede en luge på 20-40 kg og fik et smæld og smerte ned i

venstre ben. Klageren opsøgte ikke læge i forbindelse med hændelsen, og den første lægekontakt vedrørende ryggener er den 26/11 2015, dvs. efter aktuelle ulykkestilfælde. Selskabet afviste ved brev af 5/1 2017 dækning, da der ikke var lægelig dokumentation for hændelsen.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og klagerens aktuelle lænderyggener, idet hændelsen ikke er egnet til at forårsage en prolaps i en ellers rask ryg, og at hovedårsagen til klagerens ryggener er forudbestående sygdom. Selskabet har anført, at det forhold, at nerven har sat sig i klemme og følgerne deraf, ikke er et dækningsberettigende ulykkestilfælde, men en følge af operation eller anden behandling i forbindelse med klagerens prolaps, som selskabet har afvist at anerkende som omfattet af ulykkesforsikringen.

I journalnotat af 26/11 2012 har egen læge blandt andet noteret: "Lændesmerter med udstråling ned i venstre ben. Sædvanligvis ingen ryggener. I weekenden får han lændesmerter efter løft af brændekurv. Der er ingen inkontinensklager".

Den 26/11 2014 har egen læge i journalen blandt andet anført: "For to dage siden tungt løft. Pludselige lændesmerter herefter m udstråling til hele bagsiden af ve ben. Konstant snurrende fornemmelse bag på ve UE ikke aftaget siden. Har det bedst liggende".

På baggrund af MR-scanning af columna lumbalis foretaget den 27/11 2014 blev det blandt andet konkluderet: "Discusdegeneration med mindre venstresidig paramedian discusprolaps L5/S1 med let S1 rodpåvirkning. Let facetledsartrose L4/5 med let afsmalning i indgangen til laterale recesser uden rodkompression i liggende stilling. Let sinistrokonveks torsionsskoliose".

En speciallæge i neurokirurgi har i sin erklæring af 7/3 2017 blandt andet konkluderet: "De 2 tidligere episoder med lændesmerter radierende til venstre ben, må skønnes at have medindflydelse på generne efter anmeldte skade, der er vedvarende recidiv af disse gener, med mulig forudbestående prolaps/annukusruptur".

14. 90832

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren ikke har godtgjort, at hans aktuelle ryggener skyldes et dækningsberettigende ulykkestilfælde.

Nævnet bemærker, at det forhold, at nerven har sat sig i klemme og følgerne deraf, ikke er et dækningsberettigende ulykkestilfælde i forsikringsbetingelsernes forstand, men en følge af den operation, som klageren gennemgik i forbindelse med den påviste diskusprolaps.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at en MR-scanning foretaget umiddelbart efter hændelsen den 27/11 2014 har vist en diskusdegeneration på niveau L5/S1 samt let facetledsartrose på niveau L4/5.

Nævnet har også lagt vægt på, at klageren forud for hændelsen havde forbigående gener i lænderyggen i forbindelse med hændelser i 2012 og 2013, hvor han også oplevede lænderygsmerter med udstråling ned i venstre ben, og at en speciallæge i neurokirurgi har konkluderet, at de to tidligere episoder med lændesmerter radierende til venstre ben må skønnes at have medindflydelse på generne efter den anmeldte skade med mulig forudbestående prolaps/annulusruptur.

Nævnet har herudover lagt vægt på, at det af forsikringsbetingelsernes punkt 5.1.1 fremgår, at forsikringen ikke dækker følger af et ulykkestilfældes følger, der skyldes sygdom, bestående sygdomme eller sygdomsanlæg – herunder udløsning af latente sygdomsanlæg som følge af ulykkestilfældet. Forsikringen dækker tillige ikke forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

Nævnet kan herefter ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde dækning for den anmeldte skade under henvisning til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og klagerens aktuelle lænderyggener.

15. 90832

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen

formand