Ankenævnet *for* Forsikring

Den 12. september 2018 blev i sag nr. 92221:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forsikrings-Aktieselskabet Alka
Engelholm Alle 1
2630 Taastrup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale méngodtgørelse, kiropraktorudgifter og advokatomkostninger efter et anmeldt ulykkestilfælde den 31/1 2016.

I klageskema af 17/4 2018 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "For snart 2 år siden var jeg på skitur sammen med to venner. På en nedkørsel overser jeg, pga. dårlig sigt, en pukkel eller lignende. Da jeg rammer puklen er jeg fuldstændig uforberedt, og får et stød op i ryggen da jeg rammer den, hvorefter jeg styrter og slår ryggen. Jeg kunne derefter næsten ikke komme op og stå, pga. smerter i ryggen. Da jeg kom på benene igen kunne jeg næsten ikke nå ned og spænde mine skistøvler. Men jeg tænkte at det bare var noget der skulle 'løbes' væk. Turen hjem i bilen var et helvede da jeg var fuldstændig låst i lænden, når vi skulle ud af bilen for at tanke mm. Da jeg kom hjem igen fik jeg mere og mere ondt i det venstre ben og balle, men tænkte at det bare var muskelsmerter. Efter en uges tid kunne jeg ikke holde smerterne ud mere og tog til kiropraktor. Han undersøgte mig, og konstaterede at jeg højst sandsynligt havde fået en diskusprolaps. Jeg blev MR scannet og fik bekræftet at jeg havde en stor venstresidig diskusprolaps. Jeg blev sygemeldt da jeg ikke kunne passe mit arbejde. Jeg havde kraftige smerter i ryggen og krampelignende smerter i hele venstre ben og balle, og jeg var følelsesløs i 2/3 af min venstre fod. Jeg blev rådet til at melde det til forsikringen, hvilket jeg gjorde telefonisk til Alka. Kort tid efter afviser de min sag, da de ikke mener at det er pga. styrt på ski jeg har pådraget mig skaden. Jeg finder så ud af at min kiropraktor har glemt/undladt at skrive om styrtet i min journal, men kun at jeg har kørt 2 x 1400 km i bil, og at jeg ofte har ondt i ryggen når jeg kommer hjem fra arbejde. Det jeg forklarede ham da han spurgte om jeg før har haft rygsmerter, var at jeg engang imellem var TRÆT i ryggen, efter arbejde! Jeg kontakter herefter min kiropraktor omkring dette,

og han kunne godt se at der manglede noget i journalen. Herefter sender han en skriftlig beskrivelse til Alka. Men dette kalder de for efterrationalisering!! Jeg overdragede sagen til min advokat, men de bliver ved med at afvise sagen. Retshjælp vil de ikke give, da de mener min méngrad er under 5%!! Hvordan deres 'læger' kan bedømme det uden nogensinde at have mødt mig, er mig en gåde!! Deres 'læger' har hele tiden fået det til at lyde som om, at et styrt på ski ikke kan forsage en diskusprolaps. Men min egen læge og en anden kiropraktor, siger dog at det sagtens kan lade sig gøre. Og for noget tid siden læser jeg i pressen, at vores egen fodboldlandsholdstræner, Åge Hareide, har pådraget sig en diskusprolaps pga. et styrt på ski!! I dag næsten to år senere, efter utallige kiropraktor besøg, er min helbredsmæssige situation bedre, men jeg skal overveje alt hvad jeg gør for ikke at vride i ryggen.
…
Ydermere har jeg stadig nedsat følelse i min venstre fod og 2-3 gange om natten bliver jeg vækket af kraftige kramper, i min venstre lægmuskel. Inden min ulykke løb jeg flere gange om ugen og har gennemført 4 halvmaraton, i dag kan jeg knap nok løbe 2 km for smerterne kommer. Jeg har fået min sag igen fra min advokat, da hun ikke kan hjælpe mig mere.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg vil gerne have dækket mine omkostninger til kiropraktor og advokat. Derudover mener jeg at min méngrad er noget højere end hvad de mener."

Selskabet har i brev af 14/5 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager anmeldte den 15. marts 2016 telefonisk til Alka Forsikring, at han var kommet til skade under en ferie, hvor han stod på ski og fik et slag op gennem ryggen, men det havde først vist sig senere, da han tog strømper på.

Selskabet sendte ved brev af samme dato en skadeanmeldelse til udfyldelse.

Alka Forsikring modtog den udfyldte anmeldelse den 22. marts 2016, hvori klager forklarede, at skaden var sket den 31. januar 2016, da han stod på ski. Det var tåget og han overså en pukkel på pisten og fik et hårdt stød op i ryggen. Klager havde angiveligt pådraget sig en discusprolaps og gik fortsat til kiropraktorbehandling.

Alka Forsikring indhentede journalen fra egen læge og oplysninger fra klagers kiropraktor og gennemgik sagen.

Da der intet fremgik i de modtagne oplysninger om en tilskadekomst, men alene at klager havde fået ondt i ryggen efter at have kørt 2 x 1400 km. i bil og stået på ski, meddelte Alka Forsikring ved brev af 29. juni 2016, at selskabet ikke fandt det sandsynliggjort, at klagers gener stammede fra et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand.

På klagers anmodning fremsendte selskabet ved brev af 6. juli 2016 kopi af de lægelige akter.

På foranledning af mail fra klagers advokat forelagde Alka Forsikring igen sagen for selskabets lægekonsulent. Selskabets cheflægekonsulent udtalte, at der ikke var lægelige dokumentation for et ulykkestilfælde og at klagers gener i henhold til journalen var opstået efter en længere køretur,

Der var desuden konstateret tegn på forud bestående udstrålende ryggener og den anmelde hændelse var heller ikke egnet til at medføre en discusprolaps i en rask ryg.

Alka Forsikring fastholdt på denne baggrund ved brev af 13. oktober 2016 den trufne afgørelse.

Klagers advokat meddelte, ved brev af 27. oktober 2016, at klagers kiropraktor kunne bekræfte klagers forklaring om hændelsen, der førte til skaden og der desuden var to af klagers kammerater, der kunne bekræfte dette.

På baggrund af advokatens oplysninger fandt selskabet, at der kunne være en begrundet tvivl om uheldets karakter og fremsendte ved brev af 10. november 2016 en funktionsattest til udfyldelse hos klagers læge samt anmodning om eventuel supplerende journal, hvorefter selskabet ville revurdere sagen.

Efter at have modtaget de supplerende oplysninger fandt selskabets lægekonsulent, at sagen burde forelægges Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (herefter AES), som således ved brev af 13. december 2016 fik oversendt sagens akter med anmodning om en udtalelse.

Alka Forsikring modtog ved mail af 15. december 2016 kopi af klagers advokats henvendelse til AES, hvori advokaten redegjorde for genernes opståen.

AES vurderede ved sin udtalelse af 26. april 2017 klagers varige mén til under 5%, idet de ikke fandt det tilstrækkelig sandsynliggjort, at klagers gener skyldtes den anmeldte hændelse.

Dels fandt AES ikke den beskrevne hændelse egnet til at udløse en discusprolaps, idet en traumatisk opstået discusprolaps fordrede en så væsentlig kraftpåvirkning, at det ville have medført akut lægekontakt og klager desuden ved den første kontakt til kiropraktor havde oplyst, at generne var opstået efter en lang køretur i bil.

Alka Forsikring fastholdt derfor, overfor klagers advokat ved brev af 28. april 2017, den trufne afgørelse.

Klager fremsendte ved mail af 24. januar 2018 sine bemærkninger/klage over den trufne afgørelse og selskabet fastholdt ved brev af 30. januar 2018 afgørelsen med henvisning til AES udtalelse, og at der ikke forelå lægelig dokumentation for, at AES havde manglet oplysninger eller begået fejl ved vurderingen.

Sagen er nu indbragt for Ankenævnet for Forsikring.

Klager er omfattet af en kollektiv fritidsulykkesforsikring i kraft af sit medlemskab af [en fagforening].

Forsikringen dækker med henvisning til betingelsernes afsnit 5.1.1. følger af ulykkestilfælde. Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

Af forsikringsbetingelsernes afsnit 6 fremgår visse undtagelser til forsikringens dækning. Det fremgår således af afsnit 6.2.2., at skader som følge af overbelastning ikke dækkes.

Det skal således, som det fremgår, være det aktuelle ulykkestilfælde, der er årsag til skaden/følgerne og de gener man har, skal være en direkte følge af ulykkestilfældet, for at berettige til erstatning fra forsikringen.

Den sikrede har efter almindelige regler bevisbyrden for rigtigheden af det krav, der gøres gældende mod selskabet, og det påhviler således klager, at sandsynliggøre, at generne er en direkte følge af det anmeldte ulykkestilfælde.

Klager havde søgt kiropraktor den 8. februar 2016 med lændesmerter, som var debuteret en uge før. Klager oplyste til kiropraktoren ved henvendelsen, at smerterne var kommet efter at have kørt 2 x 1400 kilometer i bil.

Kiropraktorens diagnose var 'lændehold ca. 1 uge efter at have kørt en lang tur i bil og stået på ski'.

Klager søgte efterfølgende læge den 1. marts 2016 og fik ved en MR scanning den 10. marts 2016 verificeret en discusprolaps i niveauet L5/S1. Prolapsen blev konservativt behandlet med kiropraktik og smertestillende medicin.

Af den af klagers praktiserende læge udfyldte funktionsattest fremgår det, at klagers gener bestod i nedsat følesans på ydersiden af venstre fod og krampefornemmelse i baglåret samt udstrålende smerter til S1.

Klager tog ikke smertestillende medicin og oplevede ikke daglige smerter, men kun smerter ved belastning. Der fandtes normal bevægelighed i ryggen, ingen smerter ved beføling og ikke påvirkning af reflekser.

På baggrund af de lægelige oplysninger, som ikke omtalte et ulykkestilfælde, som årsag til klagers gener, men længerevarende belastning/overbelastning var der ikke tale om et ulykkestilfælde i forsikringsmæssig forstand.

Da Alka Forsikring efterfølgende modtog nye oplysninger - herunder en markant ændret forklaring fra klagers kiropraktor - som ikke var i overensstemmelse med klagers oprindelige forklaring til kiropraktoren, fandt selskabet det rigtigst at forelægge sagen for AES.

Vi skal i den forbindelse bemærke, at vi finder det overraskende, at klager ikke ved sin kontakt til kiropraktoren skulle have nævnt årsagen til sine gener og at kiropraktoren såfremt han havde fået skadesmekanismen oplyst ikke har bemærket det i journalen, da forskellen mellem at pådrage sig en traumatisk skade og en overbelastningsskade formentlig har indflydelse både på prognose og diagnose.

Alka Forsikring har tilknyttet læger, der - på baggrund af de lægelige oplysninger - vurderer de varige følger af de anmeldte ulykkestilfælde, men såfremt én af parterne ønsker det, træffes afgørelsen af Arbejdsskadestyrelsen (AES), jfr. betingelsernes afsnit 13.2.

AES fandt ifølge udtalelsen af 26. april 2017 ikke, at der var sandsynliggjort årsagssammenhæng i tilstrækkelig grad mellem klagers lænderyggener og det anmeldte ulykkestilfælde.

AES fandt heller ikke den beskrevne skadesmekanisme egnet til at medføre de beskrevne gener og vurderede derfor, at det anmeldte ulykkestilfælde ikke havde medført en méngrad på 5% eller derover.

AES har tilknyttet læger med forskellige specialer, der har erfaring med fastsættelse af méngrader og ved vurderingen af klagers sag har en speciallægekonsulent med speciale i neurologi deltaget.

Den der vil anfægte en afgørelse truffet af AES må løfte bevisbyrden for, at styrelsens afgørelse er behæftet med væsentlige fejl, eller at styrelsens behandling af sagen i øvrigt ikke har været betryggende.

Der er intet som antyder, at AES behandling af sagen ikke har været betryggende, at styrelsen ikke haft adgang til de nødvendige oplysninger, har begået fejl eller har fejlvurderet de foreliggende oplysninger.

Méngraden er vurderet af den fagligt kompetente myndighed under medvirken af lægefaglig kompetent person med speciale i neurologi, hvis ekspertise selskabet ikke har anledning til at betvivle.

Vi må således med henvisning til AES udtalelse fastholde, at vi ikke kan udbetale erstatning i forbindelse med det af klager anmeldte ulykkestilfælde.

Forsikringen dækker i henhold til afsnit 9 - udover erstatning for invaliditet - under visse forudsætninger behandlingsudgifter.

Behandlingsudgifter dækkes dog kun på ulykkesforsikringen såfremt behandlingen er en følge af et dækningsberettiget ulykkestilfælde. Da der i den aktuelle sag ikke er årsagssammenhæng mellem det anmeldte ulykkestilfælde og klagers gener/de gener klager er kiropraktorbehandlet for, kan vi ikke tilbyde at refundere udgiften til kiropraktor over ulykkesforsikringen.

For så vidt angår salær til advokat er der ikke tale om en dækningsberettiget omkostning på ulykkesforsikringen og kravet skal således bedømmes efter Forsikringsaftalelovens § 32 stk. 3.

Af § 32 stk. 3 fremgår det, at den sikrede i forbindelse med udenretlig fremsættelse og opgørelse af krav mod selskabet kan kræve rimelige og nødvendige udgifter til advokatbistand dækket af selskabet.

Det afgøres efter en konkret vurdering ud fra kravets omfang og beskaffenhed, om det har været rimeligt og nødvendigt, at sikrede har søgt advokatbistand.

Vi finder ikke, at sagen har været så kompliceret eller omfattende, at den har krævet advokatbistand. Faktum er enkelt og ukompliceret og klager har selv uden vanskelighed både klaget til selskabet over AES afgørelse og efterfølgende indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Der betales i øvrigt heller ikke for advokatarbejde i forbindelse med behandling af en sag i Ankenævnet for Forsikring.

Vi må derfor meddele, at vi ikke kan betale klagers omkostninger til advokat."

Klageren har mail af 19/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Så vidt jeg ved, så skulle min forsikring gerne dække følger efter en ulykke. Og det er præcis det der er sket. Inden min styrt fejlede min ryg ingenting. Og ja der gik noget tid fra mit styrt til jeg 'røg ned med flaget'. Dette er som jeg tidligere har beskrevet, fordi jeg lige ville se om det blev bedre. Hvilket det ikke gjorde. Ved mit første besøg hos min kiropraktor fik jeg at vide at jeg havde fået en 'lille' diskusprolaps, og at jeg skulle tage det med ro, hvilket jeg gjorde. Og rigtigt som Alka skiver, så fik min ryg det rigtig skidt, da jeg en morgen ville tage strømper på. Jeg lå mere eller mindre på gulvet og skreg/græd i 5 timer indtil min Kiropraktor kom hjem til mig, for at 'låse' min ryg op. Alka kunne jo tage en snak med min daværende kiropraktor. Jeg har efterhånden mistet al tillid til forsikringsselskabet."

Selskabet har i brev af 29/6 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Klager tilføjer ikke nye oplysninger til sagen, hverken af lægelig eller generel art, hvorfor vi - med henvisning til vores brev til Ankenævnet af 14. maj 2018 - i det hele må fastholde vores stillingtagen til sagen.
>
> Vi skal i den forbindelse henlede opmærksomheden på AES udtalelse, herunder at AES bemærkede, at en traumatisk opstået discusprolaps fordrede en så væsentlig kraftpåvirkning, at det ville have medført akut lægekontakt og således ikke er forenelig med, at der gik noget tid inden klager 'røg ned med flaget'."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

Af klagerens kiropraktors journal fremgår blandt andet:

> "08-02-16 A Henvisende instans: Arb som [håndværker]. Henvender sig med lændesmerter,
> MJ65 debut 1 uge siden efter å have kørt ca 2 x 1400km. Plejer at være træt i ryggen efter arb. Mærker sommetider snurrende fornemmelse ud i ve ben til knæ. FVF: sidde ned FBF: aktivitet. Har også hovedpine.
>
> B Tilstand: Lændehold ca 1 uge efter å ha kørt lang tur og stået på ski."

I de fremlagte uddrag af journalen fra klagerens praktiserende læge er der ikke anført oplysninger om årsagen til klagerens ryggener.

Af udateret udtalelse fra klagerens kiropraktor fremgår blandt andet:

> "[Klageren] henvendte sig 08.02.16 efter å ha faldt på en skitur. Han henvendte sig med smerter i rygg og venstre ben. Han forklarte selv at smertene kom akutt efter et fald på ski noen dage i forvejen, med en forverring over tid. Ved første konsultation var der ingen tvivl om kliniske tegn til diskusprolaps og der blev rekvivert MR scanning med det samme. [Klageren] havde stærke smer-

ter i ve ben helt ned til foden, han havde nedsat sensibilitet i hele venstre ben ved stik og berøring, han havde nedsat kraft i venstre fod der gav ham dropfod, og han havde meget svært med at bevæge sig og sove normalt.

Han har siden gået til behandling hos undertegnede 1-3 gange om ugen med en meget hurtig forbedring ift en prolpas diagnose. Diagnosen blev så sadt ved MR svar 2 uger efter første konsultation. Det går fortsatt fremover med [klageren], men han har nogen begrensninger sånn at han ikke får tilbagefald.
Prognosen er god."

I brev til selskabet fra klagerens advokat af 27/10 2016 hedder det blandt andet:

"I ovennævnte sag skal jeg herved vende tilbage efter modtagelse af jeres brev dateret den 13. oktober 2016.

Af brevet fremgår, at I afviser dækning af skaden, idet der mangler lægelig dokumentation for, at min klient har været udsat for et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

I den forbindelse skal jeg henvise til at min klient kontaktede kiropraktor … umiddelbart efter hjemkomsten fra skituren. Ved første konsultation beskrev min klient ulykken jf. [kiropraktorens] erklæring sendt til selskabet.

Ved telefonisk kontakt til [kiropraktoren] har han bekræftet, at han ved første konsultation fik forklaret af min klient, at han var faldet på ski, hvorved min klient havde overset et bump/en pukkel, som forårsagede at han fløj op i luften og landede uforberedt på strakte ben, hvorefter han styrtede og landede på ryggen. Han forklarede videre, at min klient havde oplyst, at smerterne opstod akut ved skiulykken og han de efterfølgende dage oplevede en forværring af smerterne. Kiropraktoren har forklaret, at han tydeligt husker første konsultation og at hændelsen er egnet til at forårsage skaden.

Jeg har endvidere været i kontakt med de to vidner fra skituren henholdsvis [vidne 1] og [vidne 2], som begge har forklaret, at de talte med min klient om faldet og han havde stærke smerter på skituren efter faldet. Endvidere har begge vidner forklaret, at min klient var plaget af ekstreme smerter under hjemturen, og han havde svært ved at komme ind og ud af bilen, når bilen skulle tankes på hjemturen. Begge vidner har endvidere forklaret, at min klient ikke havde klaget over smerter forinden ulykken og han var meget aktiv på ferien inden ulykken.

I øvrigt anføres i jeres brev fra den 13. oktober 2016, at min klient havde udstrålende ryggener forinden hændelsen. Min klient oplyser, at han har aldrig forud for ulykken lidt af udstrålende smerter eller lændegener. Min klient har til kiropraktoren oplyst, at han nogle gange kunne være træt i øverste del af ryggen - oppe mellem skulderbladene.

Jeg skal på den baggrund anmode selskabet om at dokumentere, hvoraf det fremgår, at min klient tidligere har klaget over udstrålende ryggener."

8. 92221

Af vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring af 26/4 2017 fremgår blandt andet:

"**Varigt mén**
Vurdering af varigt mén

Vores lægekonsulent med speciale i neurologi har deltaget ved vurderingen af det varige mén.

Da der er tale om en ulykkesforsikring, bliver der ved vurderingen af det varige mén ikke kompenseret for forværring eller gener, der skyldes forudbestående helbredsmæssige forhold.

Grundlaget for vores vurdering:

- [Klageren] stod på ski den 31. januar 2016 i [udlandet], da han overså en pukkel på pisten, hvorefter han oplevede et stød i ryggen.

- [Klageren] opsøgte en kiropraktor den 8. februar 2016, hvor han klagede over smerter i lænderyggen med snurren ud i venstre ben efter at have kørt bil 2 gange 1.400 kilometer.

- Ved MR-scanning den 11. marts 2016 fandt man en stor venstresidig diskusprolaps svarende til L5/S1.

Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på, at [klageren] klager over belastningsudløste lændesmerter med udstråling til venstre ben og fod.

Vi vurderer i samråd med vores lægekonsulent, at det ikke i til strækkelig grad er sandsynliggjort, at [klagerens] lænderyggener skyldes den anmeldte hændelse.

Ved vurderingen har vi lagt vægt på, at hændelsen, som den er beskrevet i sagens akter, lægeligt set ikke er egnet til at medføre de nævnte gener hos en rygrask person. Såfremt en diskusprolaps i lænden skal opstå på traumatisk basis fordres en meget væsentlig kraftpåvirkning, som vil medføre en akut lægekontakt.

Vi bemærker ligeledes, at [klageren] ved første henvendelse til kiropraktor den 8. februar 2016 oplyste, smerterne var opstået som følge af en lang køretur i bil.

På baggrund af ovenstående vurderer vi, at [klageren] aktuelle lænderyggener med overvejende sandsynlighed skal tilskrives andre forhold end den anmeldte hændelse, og dermed ikke kan begrunde et varigt mén på 5 procent eller derover.

Vi vurderer derfor, at hændelsen den 31. januar 2016 bar medført et varigt mén på mindre end 5 procent."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**5 Forsikringen dækker**
5.1 Følger af ulykkestilfælde

5.1.1 Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

…

6 Forsikringen dækker ikke

6.1 Sygdom og forudbestående helbredsgener

61.1 Sygdom

61.2 Ulykkestilfælde der skyldes sygdom.

6.1.3 Enhver udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom udløsningen skyldes et ulykkestilfælde. Dette gælder også, selvom det latente sygdomsanlæg ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.

6.1.4 Forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende sygdom eller tilfældigt tilstødende sygdom. Dette gælder også, selvom sygdommen ikke har været symptomgivende før ulykkestilfældet.

6.1.5 En forudbestående sygdom eller lidelse kan ikke medføre, at erstatningen fastsættes højere, end hvis en sådan sygdom eller lidelse ikke havde været til stede.

…

9 Erstatning af behandlingsudgifter

9.1 Følgende behandlingsudgifter dækkes

9.1.1 Rimelig og nødvendig behandling hos lægeordineret fysioterapeut eller kiropraktor, der har overenskomst med den offentlige sygesikring. Behandlingen skal have dokumenteret helbredende effekt, og udgifter til fysioterapeut eller kiropraktor betales kun, indtil den helbredsmæssige tilstand er varig eller mengraden er fastsat - dog maksimalt i 12 måneder fra skadedatoen.
Der dækkes med op til 2 % af den invaliditetssum, der var gældende på skadetidspunktet. Udgifterne dækkes dog ikke, hvis disse betales fra anden side for eksempel fra den offentlige sygesikring eller en arbejdsskadeforsikring.

9.1.2 Nødvendig transport fra ulykkesstedet til nærmeste behandlingssted.

9.2 Følgende udgifter dækkes ikke

9.2.1 Alle andre behandlingsudgifter end nævnt i punkt 9.1.1.

9.2.2 Udgifter til behandling for overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykkestilfældet."

<u>Nævnet udtaler:</u>

Klageren har i skriftlig anmeldelse til selskabet af 22/3 2016 oplyst, at han den 31/1 2016 fik smerter i ryggen, da han overså en pukkel på en skipist og fik et hårdt stød op i ryggen. Efterfølgende har klageren fået påvist en diskusprolaps.

Selskabet har afvist at udbetale méngodtgørelse, udgifter til kiropraktorbehandling og advokatudgifter med henvisning til manglende årsagssammenhæng mellem hændelsen og klagerens ryggener.

Selskabet har henvist til, at det af den behandlende kiropraktors journal i notat af 8/2 2016 fremgår, at klageren henvendte sig med lændesmerter, der var debuteret ca. 1 uge efter han havde kørt 2 x 1400 km og havde stået på ski. Endvidere er det anført, at klageren plejer at være træt i ryggen.

Endvidere har selskabet henvist til, at det af vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring af 26/4 2017 blandt andet fremgår, at det i samråd med en lægekonsulent er vurderet, at det ikke i tilstrækkelig grad er sandsynliggjort, at klagerens lænderyggener skyldes den anmeldte hændelse. Det er anført, at der ved vurderingen er lagt vægt på, at hændelsen, som den er beskrevet i sagens akter, lægeligt set ikke er egnet til at medføre de nævnte gener hos en rygrask person. Endvidere er det anført, at såfremt en diskusprolaps i lænden skal opstå på traumatisk basis fordres en meget væsentlig kraftpåvirkning, som vil medføre en akut lægekontakt. Det bemærkes endvidere, at klageren ved første henvendelse til kiropraktoren den 8/2 2016 oplyste, at smerterne var opstået som følge af en lang køretur i bil. På baggrund af ovenstående vurderes det, at klagerens aktuelle lænderyggener med overvejende sandsynlighed skal tilskrives andre forhold end den anmeldte hændelse, og dermed ikke kan begrunde et varigt mén på 5 procent eller derover.

Klageren har heroverfor blandt andet anført, at kiropraktoren i en udateret udtalelse har bekræftet, at han ved kontakten den 8/2 2016 oplyste om, at smerterne kom akut efter et fald på ski nogen dage i forvejen med forværring over tid. Endvidere har klagerens advokat i brev til selskabet af 27/10 2016 anført, at begge klagerens rejsefæller på skituren kan bekræfte, at klageren fortalte om hændelsen, og at han havde stærke smerter efterfølgende.

Nævnet bemærker, at det er den, der rejser et krav, der skal bevise, at kravet er omfattet af forsikringsdækningen. Det er derfor klageren, der skal bevise, at der er årsagssammenhæng mellem det anmeldte ulykkestilfælde og hans ryggener.

11. 92221

Efter en gennemgang af sagen og en samlet vurdering finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale méngodtgørelse og dække udgifter til kiropraktorbehandling med henvisning til, at klageren ikke har bevist, at der er årsagssammenhæng mellem hændelsen og hans nuværende ryggener. Nævnet kan herefter heller ikke kritisere, at selskabet har afvist at dække klagerens advokatomkostninger.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på udtalelsen fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, hvor det blandt andet anføres, at hændelsen, som den er beskrevet i sagens akter, lægeligt set ikke er egnet til at medføre de nævnte gener hos en rygrask person, og på, at der fordres en meget væsentlig kraftpåvirkning, som vil medføre akut lægekontakt, såfremt en diskusprolaps i lænden skal opstå på traumatisk basis.

Endvidere har nævnet lagt vægt på, at indholdet af kiropraktorens journalnotat af 8/2 2016 ikke er umiddelbart foreneligt med kiropraktorens efterfølgende udtalelse eller klagerens beskrivelse af hændelsen og symptomdebuten.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels