870/11

Den 14. juni 2011 blev i sag nr. 78.769:

xxxx xxxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxx xxxxx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har gruppeforsikring med dækning for kritisk sygdom i AP Pension, klager ved sin advokat over selskabets afslag af at yde forsikringsdækning i anledning af en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at den grundlæggende diagnosebetingelse for udbetaling ikke er opfyldt, idet der ikke er påvist en beskadigelse af hjernen som krævet i henhold til forsikringsbetingelserne.

Det fremgår af sagen, at klageren i ansøgning om udbetaling ved Kritisk Sygdom af 24/4 2010 har angivet at være blevet diagnosticeret med apopleksi.

Selskabet har indhentet det lægelige materiale.

Af journalen fra G. Hospital af 19/10 2009 fremgår bl.a.:

"**AKUT INDLÆGGELSE**
51 årig kvinde indlægges i trombolyseberedskab u.d. obs. apopleksi.
…
Var til spanskundervisning. Får pludselig zig - zag lyn fra venstre øje, som breder sig til højre øje. Får tiltagende skyer for øjnene og kan næsten ikke se. Forlader lokalet, og går over til sin bil med vis balancebesvær uden at det kan klarlægges, om der er lateralisering. Føler nedsat kraft i venstre side og over venstre øje og føler at venstre øje 'dovent'. Endvidere smerter i baghovedet. Synet normaliseret efter måske 1/2 time.

…
VURDERING
Let ukarakteristisk forløb, hvor symptomerne debuterer med noget som minder om occulær migræneaura. Dette i sig selv lidt udsædvanligt, idet pt. ikke i øvrigt har migræne og tolkes som symptomatisk, udover dette tegn på affektion i højre hemisphere. NIHSS IV, oven i dette kommer indtryk af rum - retningsforstyrrelse, som jo ikke scores. Samlet vurdering er at pt. er trombolysekandidat og hun køres kl. 22.20 til

rp. CT af cerebrum

denne viser normale forhold. Ved perfussion ses i højre hemisphere svarende til vandskelsområdet fortil og bagtil, en ganske let nedsat perfussion. På denne baggrund vurderes symptomerne som iskæmisk udløste og da der ikke er kontraindikationer vælges

rp. Actilyse

Vejer 62 kg.
Har en vis hovedpine og indimellem lidt kvalme.

rp. injektion Primperan
10 mg. p.n.
tbl. Panodil 1 g. p.n.
tbl. Nobligan 50 mg. p.n.

Ved kontrol af CT skanning suppleres med angiografi for at udelukke dissektion. Pt. og ægtefælle er informeret om diagnose og om plan."

Efter trombolysebehandlingen på G. Hospital blev klageren overflyttet til R. Sygehus.

Af R. Sygehus' journal af 21/10 2009 fremgår bl.a.:

"Konklusion
51-årig kvinde indlægges den 19.10.09 på G. Sygehus med nedsat syn af venstre øje og nedsat sensibilitet i venstre ansigt, dysartri, nedsat kraft i venstre ekstremiteter. Pt. blev trombolyseret, CTskanningen viste normale forhold. Pt.'s symptomer remitterede i venstre OE, men stadigvæk nedsat kraft i venstre UE grad 4, samt lidt nedsat sensibilitet i venstre side af ansigtet.
Pt. overflyttes til … Sygehus Neurologisk Afdeling for genoptræning og behandling."

Det fremgår bl.a. af udskrivningsbrev af 23/10 2009:

"DIAGNOSER:
A DI639 Infarctus cerebri uden specifikation
…
Patienten debuterer med zig-zag linier og hvad hun beskriver som koncentrisk synsfeltsindskrænkning. Efterfølgende debut af voldsom hovedpine. Umiddelbart virker det migræneagtig, men hvad som slører billedet er at patienten samtidig får en venstresidig hemiparese med venstresidig diskret central facialisparese, armparese grad 5- dags dato over skulder og albueled og usikker benparese.
Dette var også grundlaget for, at patienten umiddelbart blev trombolyseret og herefter overflyttet hertil.
Patienten har stadig hovedpine og foto- og fonofob. CT-skanning af cerebrum er i.a. Patienten er sat relevant i Asasantin- og Simvastatinbehandling.
Der er lavet CT-angiografi på mistanke om dissektion, denne viste normale forhold.
Vi supplerer med udvidede apopleksiprøver samt ambulant ekkokardiografi.

Ligeledes synes jeg, da historien er så migræneagtig, at der må være indikation for MR-skanning ambulant 2 måneder efter nuværende til bekræftelse af diagnosen.
Indtil da opretholdes nuværende behandling.
Der er oploadet recepter til receptserver og patienten afventer indkaldelse til ambulant ekkokardiografi og MR-skanning."

MR-scanning af 12/11 2009 udviste følgende:

"MR cerebrum uden kontrast
Der er normale forhold i fossa posterior. Slankt midtstillet ventrikelsystem. Supratentorielt ses adskillige uspecifikke, white matter læsioner bilateralt. Der er ingen infarkter. Ingen tegn på rumopfyldende processer eller AVM.

Konklusion: Uspecifikke white matter læsioner bilateralt."

I brev af 4/6 2010 har selskabet afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at CT- og MR-scanning ikke har påvist forandringer eller beskadigelse efter en apopleksi og har i den forbindelse henvist til forsikringsbetingelsernes § 2 E.

Klageren har efterfølgende gennemgået en tværfaglig udredning på et hjerneskadecenter. Af udredningen dateret 6/5 2010 fremgår bl.a.:

"De har ikke kunnet finde årsagen til blodproppen. Efterfølgende MR-scanning (12.11.09) vise uspecifik white matter lesions bilateralt, der vurderes at svare til infarkt.
…
Væsentligste vanskeligheder:

- Svingende opmærksomhed (specielt vedr. visuel opmærksomhed) og lettere nedsat evne til at bevare koncentrationen over tid.
- Lettere nedsat eksekutive færdigheder (overblik, struktur, strategi, problem-løsning).
- Hurtig udtrætning, særlig mentalt. Mental udtrætning specielt ved brug af øjne (fx computer- opgaver).
- Nedsat bevægelighed i venstre skulder.
- Svær nedsat muskelkraft og koordination i venstre arm og ben.
- Nedsat finmotorik i venstre hånd.
- Lidt nedsat dynamisk balance.
- Nedsat synsfunktion, inkl. nedsat samsyn og evne til at fokusere på nært hold.

Perspektiv og forslag til plan:
De kognitive og synsmæssige vanskeligheder er en væsentlig barriere i forhold til hendes arbejde. [Klageren] laver flere fejl og bruger længere tid på de enkelte opgaver. Hun skal tjekke sig selv og sit arbejde for at undgå fejl. Hun har svært ved at gøre flere ting samtidig, og bruger således også længere tid på at danne sig det fulde overblik og strukturere sit arbejde effektivt. Hun bliver hurtigere udtrættet, særlig i øjnene og i hovedet ved computerarbejde. Trætheden påvirkes dog også af nedsat finmotorik i venstre hånd og nedsat kraft og koordinering i venstre arm."

Klageren har indsendt den tværfaglige udredning og klaget over selskabets afgørelse i brev modtaget i selskabet den 5/7 2010.

Selskabet har imidlertid fastholdt sin afgørelse i brev af 8/7 2010.

Over for nævnet har klagerens advokat i klage af 28/7 2010 med supplerende redegørelse krævet udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "Ved indlæggelsen på G. Hospital forklarede lægen min klient og hendes ægtefælle, at der var tale om en forsnævring af to pulsårer, som gav problemer med blodgennemstrømningen. Min klient blev behandlet med Actilyse til opløsning af blodproppen. Journaloptegnelsen vedlægges i kopi.
>
> Den 21. oktober 2009 blev min klient overført til R. Sygehus, hvor hun blev indlagt på et apopleksiafsnit. Min klient blev udskrevet den 23. oktober 2009. Efter min klients udskrivelse fra R. Sygehus blev foretaget en MR-scanning, og på baggrund af denne konkluderede lægen, at der var tale om en blodprop.
> …
> Det fremgår af min klients genoptræningsplan udarbejdet af R. Sygehus, at diagnosen var 'Infarctus cerebri uden specifikation'.
> …
> Endvidere vedlægges kopi af AMPS rapport og tværfaglig udredning udarbejdet i hhv. februar 2010 og maj 2010. Begge disse dokumenter viser, at min klient har udfaldssymptomer, som skyldes blodproppen.
>
> Min klient stiller sig uforstående overfor AP Pensions afvisning af, at den konstaterede blodprop er omfattet af begrebet kritisk sygdom. Ved ovenstående dokumenter og lægeundersøgelser er det positivt dokumenteret, at min klient har haft en åreforsnævring, som har medført objektivt konstaterbare neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed.
>
> Endvidere er de øvrige betingelser for udbetaling af forsikringssummen opfyldt. Scanningerne har påvist en forsnævring, og undersøgelserne og diagnosen er foretaget på en neuromedicinsk eller neurokirurgisk hospitals- eller sygehusafdeling.
>
> Min klient har fortsat kognitive skader, som er en direkte følge af min klients blodprop."

Selskabet har over for nævnet i brev af 17/8 2010 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "CT-scanning, som er foretaget umiddelbart efter indlæggelsen den 19. oktober 2009 samt CT-scanning foretaget dagen efter indlæggelsen viser ingen beskadigelse af hjernen. Tilsvarende viser CT-aniografi, som blev gennemført for at undersøge, om der forelå rift i blodårer i hjernen, ingen skader. Heller ikke MR-scanning efter 2 måneder viser infarkt.
>
> Dermed er den grundlæggende diagnosebetingelse for udbetaling ikke opfyldt, hvorfor afslag på udbetaling er i overensstemmelse med forsikringsaftalen.

Det forhold, at klager har haft objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, eller at disse kan have været forårsaget af forsnævring i en blodåre, giver ikke i sig selv ret til udbetaling, da disse forhold udgør kvalificerede krav skadens årsag. Da der ikke er dokumenteret en skade, er det ikke relevant at udrede årsager mv.

Som supplement hertil finder vi anledning til at fremhæve, at der ikke i det materiale, som selskabet har fået forelagt, findes en entydig diagnose for lidelsen, hvilket blandt andet bestyrkes af, at klager MR-scannes for at udrede om der foreligger andre lidelser.

Da CT-scanning fra indlæggelsen ikke viser beskadigelse, opfylder klager ikke diagnosebetingelserne, og har derfor ikke ret til udbetaling."

Sekretariatet har efterfølgende rekvireret CT-beskrivelserne fra hospitalet fra henholdsvis 19. og 20/10 2009. Det fremgår heraf:

"**CT-skanning af cerebrum mhp. trombolyse,** viser at pt. har lette symptomer fra højre hemisfære. CT viser normale forhold uden blødning eller synlige, friske infarkter. CT-perfusion viser kontrastfyldte arterier ved ciculus Willisi. Der er ingen områder med nedsat CBV, men mindre områder med nedsat CBF/forlænget MTT i højre hemisfære sv. til både det anteriore og posteriore vandskelsområde.
…
CT-skanning af cerebrum uden i.v. kontrast, sammenholdt med CT-skanningen fra 19.10.09, viser fortsat normale forhold. Ingen blødninger eller infarkter. Der er et midtstillet ventrikelsystem og normale overfladesulci. Ingen knoglepatologi.

RD: **i.a.**

CT-angiografi af halskar viser normale forhold. Ingen aneurismer eller dissektion.

RD: **i.a.**"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**E. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi)**
Beskadigelse af hjernen, som medfører objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed forårsaget af forsnævring eller tilstopning af en pulsåre til eller i hjernen eller en spontant opstået blodansamling i eller uden på hjernen på grund af bristning af en pulsåre eller af en misdannelse af hjernens kar (aneurisme).

Beskadigelsen skal være påvist ved CT-scanning, og diagnosen skal være stillet på neuromedicinsk eller neurokirurgisk hospitals- eller sygehusafdeling eller være bekræftet af speciallæge i neuromedicin eller neurokirurgi."

Nævnet udtaler:
Selskabet har henvist til, at den grundlæggende diagnosebetingelse "*beskadigelse af hjernen"*, ikke er opfyldt. MR-scanningen udviste "..white matter læsioner bilateralt." En læsion i hjernen må efter almindelig sproglig fortolkning sidestilles med en beskadigelse af hjernen.

Der er ved CT-scanningen fundet nedsat perfussion, og endvidere har klageren ubestridt flere objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed.

En beskadigelse af hjernen som krævet i forsikringsbetingelserne i form af en forsnævring eller tilstopning af en pulsåre eller en blodansamling og påvist ved CT-scanning kan imidlertid ikke udledes af CT-beskrivelsen citeret oven for.

På baggrund heraf finder nævnet, at klageren ikke opfylder diagnosekriterierne i henhold til den ovenfor citerede diagnose, hvorfor

b e s t e m m e s :

Klager får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand