Ankenævnet for Forsikring

906/12

Den 28. december 2012 blev i sag nr. 82.598:

xxxxxxxxx xxxxxxxxx xxxxxxxxx
xxxxxx xxxxxxxxx xxx xx
xxxx xxxxxxx xx

mod

AP Pension
Østbanegade 135
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme i AP Pension. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen for en anmeldt kritisk sygdom (apopleksi).

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at diagnosekriterierne for udbetaling ikke er opfyldt.

Det fremgår af sagen, at klagerens gener opstod den 5/3 2010, og at han samme dag akut blev indlagt på et regionshospital.

Af patientjournal af 5/3 2010 fra neurologisk apopleksiafsnit fremgår bl.a.:

> "Aktuelle
> Gennem 2-3 dage almen utilpashed og hovedpineproblematik. 05.03. pludseligt debut af snurrende fornemmelse i venstre OE, startende proksimalt ved skuldrene og bredende sig ud distalt i armen. Maksimale symptomer i 2-3 min., hvor pt. også oplevede styringsbesvær og manglende kraft i venstre OE.
> Styringen og kraften returneret, men pt. har blivende paræstesier samt nedsat sensibilitet i venstre OE.
> Klager endvidere over hovedpine og fornemmelsen af koncentrationsbesvær og problemer med at læse."

Af CT-skanningsbeskrivelse af 5/3 2010 fremgår bl.a.:

> "**CT af cerebrum uden i.v. kontrast:**

Slankt midtstillet ventrikelsystem og frie basale cisterner. Normal sulcustegning. Normal differentiering mellem grå og hvid substans. Ingen blødning, infarktforandringer eller andre rumopfyldende processer hverken supra- eller infratentorielt. Normale ossøse forhold RD: i.a."

Af journal-kontinuation fra neurologisk afdeling fremgår bl.a.:

"**13.07.10 Neurologisk ambulant status**.

…

Objektivt

Jeg finder normale neu. forhold, hvad angår kranienerver samt normale forhold i ekstremiteterne mhp. muskeltonus, muskelkraft, sensibilitet og koordination. Der er middellivlige egale dybe reflekser og normal plantarrespons. Der er middellivlige egale abdominale reflekser på alle 3 niveauer.

…

Neu. udfaldssymptomer så som føleforstyrrelser eller kraftnedsættelse varede i 1,5-2 minutter, ingen taleforstyrrelser.

Ved indl. på … Sygehus fandt man normal MR-scanning af columna cervicalis samt cerebrum. Der var normale apopleksi blodprøver med lidt forhøjet total-Kolesterol samt LDL på 3,2, normal koagulationsudredning og normal UL af halskar og normal ekko.

Pt. har imidlertid fået store kognitive vanskeligheder ifm. aktuelle og har dem fortsat.

…

Er sygemeldt siden marts. Er rigtig frustreret over sin tilstand og ved samtale med neuropsykolog havde pt. svært ved at gennemføre undersøgelsen fuldstændig. Dog konkluderede neuropsykologen, at pt. har kognitive problemer, som kunne forenelig med hø. sidig cerebral læsion.

Ved gennemgang af MR-billeder fra … er der beskrevet en diskret tegnet kortikal højsignals forandring messialt parietalt på hø.side lige over corpus callosum. Ingen andre patologiske forandringer.

…

SAGT TIL PT.: at diagnosen er uafklaret. At der kan være tale om lille blodprop samt evt. betændelsestilstand. Mistanken om apoplexia cerebri er dog, for mig at se, spinkel hos denne 34-årig pt. uden familiære disp. og uden andre risikofaktorer (pt. ryger ikke, er ikke overvægtig, rask i det hele taget). Eneste risikofaktor er, at der er let forhøjet kolesteroltal. Finder dog ikke indikation til opstart af Simvastatin beh., da mistanken for apoplexia cerebri ikke er helt oplagt.

Når pt. er færdig udredt med spinalvæske undersøgelse og MR-scanning af cerebrum uden at vi har neurologisk forklaring, synes jeg, at han bør henv. til psykiatrisk vurdering, for obs. depressiv tilstand som kan forklare hans kognitive besvær. Pt. bekræfter, at der forudgående var en længere periode (op til 1,5-2 år), hvor han var udsat for stress arbejdsmæssigt.

…

ARBEJDSDIAGNOSEN INDTIL VIDERE:

/Apoplexia cerebri med formået cerebralt infarkt af hø. hemisfære parietalt/

Dog sagt til pt., at diagnosen kan være revurderet, efter at vi har udredt ham færdig, og hvis MR-cerebrum ikke vil bekræfte infarkt lignende forandringer.

Ud fra biokemi kan jeg se, at pt. har haft diskret Homocystein forhøjelse til 14,7, som dog næppe har klinisk betydning og sammenhæng med aktuelle.

…

30.08.10 neuropsykologisk undersøgelse Neurologisk amb. information:

…

Nærværende test er gennemført med henblik på at supplere tidligere test foretaget 30.06.10, der ikke kunne tegne et reelt billede af pt.s kognitive funktionsniveau, pga. psykisk overbygning. Aktuelle testning bekræfter mistanken om neuropsykologiske deficits i form af opmærksomhedsforstyrrelser, nedsat arbejdshukommelse, visuoperceptuelle og -konstruktive vanskeligheder, samt spatiale forstyrrelser, hvilket også kommer til udtryk som eksekutive vanskeligheder. Der er i nærværende test også set tegn på reduceret abstraktionniveau og problemløsningsevne.

Testresultaterne er svarende til hø. sidig cerebral påvirkning. Omfanget af de kognitive deficits synes ikke at være svarende til de diskrete tegn påvist ved MR-skanningen, men ud fra kliniks indtryk vurderes aktuelle testresultater at afspejle det reelle kognitive funktionsniveau. Derfor må det på det kraftigste anbefales at CKL tilbydes specialiseret kognitiv genoptræning hurtigst muligt.

…

09.09.10 Neurologisk indlæggelse.

...

Udredt på mistanke om TCI, hvor både ultralyd og MR-skanning viser ingen tegn på cerebrovaskulær sygdom. MR-skanning har dog beskrevet en hyperintensitet svarende til højre parietal region initielt, som ikke nærmere kunne identificeres. Se iøvrigt amb. notat fra d. 13.07.2010.

Sidenhen er patienten generet af både hukommelsesbesvær, koncentrationsbesvær samt konstant hovedpine placeret tempoparietalt bilateralt af pressende karakter, svingende i intensitet, nogle gange dunkende, ingen kvalme eller opkastninger, ingen synsforstyrrelser. Har fået flere anfald af føleforstyrrelser i ve. kind, som nogle gange breder sig op til tindigeregionen på ve. side og ledsages af smerter samt fornemmelse af at kinden sitre, ingen trækninger er der observeret, hverken af patienten eller patientens kone. I de sidste par uger har også fået pludselig opstået rykvise bevægelser i ve. arm, som ligeledes kommer pludseligt, anfaldsvis, ikke hver dag, men kan være flere anfald om ugen. Anfald i dagtimerne. Sovende paræstesi og smerte i kinden kah også opstå om natten, ingen tricker faktor.

Mener at balancen er blevet dårligere i den sidste tid med faldtendens mod venstre. Føler sig fuld. Anfald med føleforstyrrelser i ansigtet er hyppige, op til 30 om dagen, varigheden er blevet længere, hvor fra starten det var nogel får minutter, nu er det op til ½ times tid.

Patienten MR-skannet på ny d. 27.08.2010 m. intravenøs kontrast supplerende T2 sekvenser, bekræftet uændret hyperintensitet kortikalt medialt højre side og i corpus callosum, som ikke er tiltagende i størrelse. Beskrives der også en punktform højsignal forandring i hvid substans lige over trigonum området på højre side, uden opladning efter intravenøs kontrast.

Stadigvæk umuligt at redegøre for hvad forandringerne kunne repræsentere. Spinalvæske undersøgelse viser normal celletal med 3 leukocytter, normal protein, ingen oligoklonale bånd, normal IgG indeks.

Da patienten beretter om forværring i tilstanden rejses der også mistanke om det kunne være epilepsi suspekte anfald med simple basale anfald som stammer fra disse forandringer beskrevet ved MR-skanning.

…

Neuropsykologisk undersøgelse bekræfter forandringer svarende til højre hemisfære dysfunktion, således efterhånden både anfaldsmønstret med sensoriske partielle anfald i venstre side af ansigtet samt mistanke om myokloniske anfald i ve. overekstremitet samt neuropsykologisk undersøgelse samt de beskrevne forandringer MR-mæssigt kan rejse mistanke om parietallaps epilepsi med sensoriske anfald.

…

13.09.10 Neurologiske stuegang

…

Pt. beskriver, at han har trykkende hovedpine bitemporalt, tiltaget i løbet af dagen. Han har også smerter i ve. ansigtshalvdel og trækning i ve. ansigtshalvdel, hustruen siger, at der er trækninger fra ve. side, når han har anfald. Pt. beskriver også, at hans ve. arm bevæger sig engang imellem, det ligner muskeltrækninger, når han begynder at sove. Han siger også, at han får Citalopram, og der er lidt bedring, når han får Citalopram. Hans ansigtssmerter bliver lidt bedre, når han får Apydan.
…
Undertegnede er ikke fuldstændig sikker mht. diagnosen. Der er lidt mistanke om fokale anfald. Jeg har ordineret Lamictal pga. det og pga. muligvis neuropatiske smerter i ve. ansigtshalvdel.
…
Vi gentager lumbalpuntktur i morgen.
Gentager MR-skanning af cerebrum, også mht. neurovaskulær kontakt, da pt.'s. ansigtssymptomer ligner lidt tic douloureux symptomer.
…
11.10.10 Neurologisk ambulant status
…
MR-cerebrum uden i.v. kontrast med diffusionsvægtede billeder og SWI-vægtede billeder bekræfter neurovaskulær kontakt, hvor der er et kar, som tangerer ve. nervus trigeminus proksimalt.
Den tidl. beskrevne lille hypodensitet mecialt på hø.side kan ikke ses ved undersøgelse.
Vaskulitis prøver er negative. Der er ingen tumorceller i spinalvæsken. Oligoklonale bånd, IgG-indeks kan ikke bestemmes, da der er blodtilblanding.
Vi har forklaring på pt.'s smerter, og da der også er god respons på Apydan, er det rimelig sikkert, at det drejer sig om symptomatisk trigeminus neuralgi på ve.side. Man kan dog ikke ud fra de påviste forandringer, MR-mæssigt, forklare pt.'s kognitive besvær med hemisfære dysfunktion ved neuropsykologisk undersøgelse.
Ved gennemgang af jr. fra … fremgår det, at pt. har fået apoplektiform symptomdebut den 05.03.10. Opstået pludselig med kraftnedsættelse i ve. side over 24 timer, og dette blev genfundet ved gennemgang næstedag. Føleforstyrrelserne varede ligeledes over 24 timer både i ansigt og ekstremiteter. Desuden kognitivt besvær, som pt. stadig er præget meget af.
Således tyder pt.'s kliniske billede og det anamnestiske på cerebralt infarkt,
derfor er diagnosen ændret til

Diagnose: 163.9
Bidiagnose: G50.0"

Det fremgår af diagnosekoder.dk, at diagnosekoden "I63.9" er "hjerneinfarkt UNS", og at diagnosekoden "G50.0" er "trigeminusneuralgi".

Af patientjournal af 12/11 2010 fra neurologisk ambulatorium fremgår bl.a.:

"<u>Konklusion</u>
Patienten er henvist med henblik på tilstanden venstresidig trigeminusneuralgi i givet fald afficerende venstre 2. trigeminusrod med henblik på evt. neurokirurgisk behandling. Ud fra patientens beskrivelse af sine symptomer er det imidlertid min vurdering, at disse symptomer ikke er forenelige med en genuin trigeminusneuralgi, men snarere må opfattes som typiske venstresidige ansigtssmerter eller ansigtssensationer. Jeg har ingen god forklaring på, hvad baggrunden er for patientens aktuelle tilstand, som synes at debutere akut primo marts i år og her tænkes også på de påviste kognitive forstyrrelser samt hans vedvarende hovedpinetendens, men da ansigtssymptomerne efter min vurdering ikke kan opfattes som en trigemi-

nusneuralgi, mener jeg heller ikke, at operativ behandling, som i givet fald skulle være mikrovaskulær dekompression vil have udsigt til at afhjælpe patientens gener fra ansigtet og derfor har jeg ingen neurokirurgiske behandlingstilbud til patienten."

I brev af 15/5 2012 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"Den 13. september 2010 blev min klient undersøgt af afdelingslæge ...

Her beskrives, at min klient har trykkende hovedpine bitemporalt, tiltaget i løbet af dagen. Han har også smerter i venstre ansigtshalvdel og trækning i venstre ansigtshalvdel, som hustru siger, at der er trækninger fra venstre side, når han har anfald. Patienten beskriver også, at hans venstre arm bevæger sig en gang imellem, det ligner muskeltrækninger.

Afdelingslægen ordinerer en gentagelse af MR-skanning af cerebrum, også med hensyn til neurovaskulær kontakt, da min klients ansigtssymptomer ligner lidt tic douloureux symptomer. Det vil sige, at der er en beskrivelse af, at afdelingslægen ved eget syn har konstateret, at min klients ansigtssymptomer ligner tic douloureux symptomer.

Efterfølgende konstateres hos speciallæge …, at det efter hans vurdering ikke er tic douloureux trigeminusneuraligi, men typiske ansigtssmerter / føleforstyrrelser.

Derudfra må konkluderes, at det afdelingslæge … ved selvsyn i forbindelse med konsultationen den 13. september 2010 konstaterede hos min klient er typiske ansigtssmerter / føleforstyrrelser.
…
Den 11. oktober 2010 blev der stillet diagnosen cerebralt infarkt I63.9 samt bidiagnose G50.0 på grund af kognitivt besvær. Under hjemmesiden www.diagnosekoder.dk kan man under DI63.9 læse yderligere om den pågældende diagnose.

Det er netop på baggrund af, at føleforstyrrelserne varede over 24 timer og de efterfølgende kognitive problemer, at diagnosen cerebralt infarkt er stillet.

Der blev således stillet en konkret diagnose, som har medført varige gener for min klient, hvorfor han opfylder betingelserne for udbetaling af kritisk sygdom.
…
Der er således klar dokumentation for, at min klient har blivende neurologiske udfald."

Hertil har selskabet i brev af 6/6 2012 til nævnet bl.a. bemærket:

"Der synes at foreligger enighed om, at der ikke er påvist apopleksi ved CT/MRscanning, hvorfor den del af diagnosekriteriet for nærværende ikke skal omtales yderligere.
…
Ud fra ovenstående og journalen i det hele, kan det udledes, at [klageren] i forbindelse med sine symptomer har fået foretaget en lang række undersøgelser med mistanke om blandt andet borelia, sklerose og depression som alle er tilbagevist. [klageren] er endvidere udredt i forhold til mistanke om apopleksi, men som det fremgår af de lægelige oplysninger, kan denne diagnose ikke stilles med sikkerhed og lægerne finder det tvivlsomt, at symptomerne skyldes apopleksi.

Ved symptomdebut den 5. marts 2010 er der kun konstateret udfald i 1-2 minutter. Den objektive undersøgelse samt MR-scanning ved indlæggelsen viser normale forhold. Der er ikke

påvist en akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, og der er ikke konstateret neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som skyldes:

- en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehinderne, som følge af en bristet pulsåre eller en misdannelse i hjernens kar, eller
- en forsnævring eller tillukning af en pulsåre i hjernen (emboli eller trombose),

Herudover er der tale om et atypisk forløb, der ikke umiddelbart indicerer apopleksi, og således er de klassiske tegn på blodprop i hjernen ikke tilstede på noget tidspunkt i forløbet.

Finder Ankenævnet for Forsikring alligevel, at diagnosen apopleksi er stillet, gøres det fortsat gældende, at betingelserne for udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme ikke er opfyldt, idet der ikke foreligger **neurologiske,** men derimod som omtalt kognitive udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed. Dertil skal de neurologiske udfaldssymptomer som omtalt være i form af lammelser, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller taleforstyrrelser.

Ud fra ovenstående fastholder AP Pension, at [klageren] ikke med tilstrækkelig sandsynlighed har dokumenteret, at han opfylder betingelserne for udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme, jf. forsikringsbetingelsernes § 14H."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 14 DÆKNING VED VISSE KRITISKE SYGDOMME**
Stk. 1. Forsikringen dækker visse kritiske sygdomme, hvis forsikrede i forsikringstiden, har fået stillet en diagnose, som beskrevet under § 14 A-Ø. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt, forsikrede får kendskab til diagnosen.
…
H: Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger
En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen, med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, og som enten skyldes;

a) en spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehinderne, som følge af en bristet pulsåre eller en misdannelse i hjernens kar, eller

b) en forsnævring eller tillukning af en pulsåre i hjernen (emboli eller trombose).

Hjernebeskadigelsen skal have medført blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen, og være påvist ved en hjernescanning (CT/MR).

Tilfælde hvor en blodprop i hjernen ikke er påvist ved CT/MR-scanning er omfattet af forsikringsdækningen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er blivende neurologiske udfald svarende til hjernebeskadigelsen (vurderet tidligst efter 3 måneder) i form af lammelser, føleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller taleforstyrrelser.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge.

Undtaget fra forsikringsdækningen er transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attak (TIN og tidligere hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR)."

7. 82.598

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at det ikke er sandsynliggjort, at betingelserne for udbetaling ved kritisk sygdom er opfyldt. På det foreliggende grundlag kan nævnet derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning som sket.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand