Ankenævnet for Forsikring

Den 17. juni 2015 blev i sag nr. 87523:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

LB Forsikring A/S
Farvergade 17
1463 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der er født i 1928, havde ulykkesforsikring i LB Forsikring A/S. Dødsboet ved forsikringstagerens søn klager over, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldserstatning, efter at hans moder afgik ved døden den 29/11 2013 som følge af faldulykker den 11/10 2013 og den 15/11 2013.

Selskabet har i sit afslag henvist til, at faldulykkerne ikke var den direkte årsag til forsikringstagerens dødsfald.

I klageskema af 31/12 2014 til nævnet fremgår det bl.a.:

> "Det gøres gældende at faldulykkerne, den 11. oktober 2013 på … [adresse 1] og den 15. november 2013 på … [adresse 2]har været årsag til min mors dødsfald den 29. november 2013 på … [adresse 2] i … [by].
> Som det fremgår af vedlagte dokumentation i form af sygeplejerrapporter fra … Kommune var min mor rimelig velfungerende lige op til det første fald på … [adresse 1] den 11. oktober 2013. Som følge af faldet blev hun sengeliggende ca. 90% af tiden og spiste herefter næsten intet, og talte kun lidt og var meget fåmælt.
> Der er tale om voldsomme traumer efter de 2 faldulykker, hvilket kan bevidnes af mig og min søster.
>
> 2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? …
> Udbetaling af dødsfaldssummen på 59.650 kr."

I selskabets brev af 22/1 2015 til nævnet er det bl.a. anført:

> "Denne sag drejer sig om dækningen på en ulykkesforsikring. Boet efter vores medlem klager over, at vi har afvist at udbetale forsikringens dødsfaldssum på kr. 59.650.
>
> I henhold til forsikringsbetingelsernes punkt 1.H. udbetales der en dødsfaldserstatning, når et dækningsberettiget ulykkestilfælde er den direkte årsag til et dødsfald.
>
> Vores medlem kom til skade hhv. den 11.10.13 og 15.11.13.
>
> I forbindelse med ulykken den 11.10.13 kom vores medlem på skadestuen på … Hospital. Det fremgår af skadessedlen, at hun havde pådraget sig en flænge i højre overarm. Derudover havde hun smerter svarende til højre hofte. Røntgenundersøgelsen viste, at der ikke var brud. Flængen på overarmen blev syet, og vores medlem blev sendt hjem med besked om at søge læge efter 12-14 dage for at få fjernet stingene.
>
> Vores medlem blev indlagt på … Hospital den 23.10.13. Hun var meget svækket, havde hukommelsesbesvær og ordmobiliseringsbesvær og havde desuden lidt et stort vægttab (12 kg.). På CT-skanningen kunne lægerne konstatere følger efter en blodprop i hjernen. Efter en uge blev vores medlem udskrevet.
>
> Den 15.11.13 faldt vores medlem og blev bragt til … Skadestue. Vores medlem havde ikke været bevidstløs i forbindelse med faldet, og det blev konstateret, at hun ikke havde hjernerystelse. Herefter blev vores medlem sendt hjem uden behandling.
>
> Den 22.11.13 blev vores medlem indlagt igen på … Hospital på grund af diarre, urinvejsinfektion og svækkelse. Efter 6 dages indlæggelse blev hun udskrevet. Den 29.11.13 døde hun.
>
> Det er vores lægekonsulenters opfattelse, at de anmeldte fald ikke er den direkte årsag til døden. Vores læger lægger især vægt på, at ulykken den 11.10.13 alene forårsagede en flænge i armen og smerter omkring hoften. Ulykken den 15.11.13 krævede end ikke behandling i skadestuen.
>
> Vores lægers opfattelse bakkes op af overlæge …. I sit brev af 17.07.14 oplyser …, at han ikke har mistanke om signifikante traumer efter de to ulykkestilfælde, ligesom han anfører, at ulykkerne i sig selv ikke er udløsende årsag til vores medlems dødsfald. … [overlæge] vurderer derimod, at døden skyldes langvarig, kronisk svækkelse, kompliceret med en infektion.
>
> I henhold til dødsattesten var den umiddelbare dødsårsag utilpashed og træthed som følge af et abnormt vægttab. Af dødsattesten fremgår det endvidere, at sygdommene 'seropositiv reumatoid artrit', 'Sjögrens syndrom', 'hypertensio arterialis essentialis' og 'myksødem' kan have været medvirkende til dødens indtræden. Dødsmåden er anført til at være 'naturlig død'.
>
> Da der på det foreliggende grundlag ikke er dokumentation for at de anmeldte ulykkestilfælde er den direkte årsag til dødsfaldet, må vi afvise at udbetale forsikringens dødsfaldssum.
>
> Boet efter vores medlem har tidligere fremsat krav om udbetaling af méngodtgørelse for uheldenes følger. For fuldstændighedens skyld skal vi fastholde, at boet ikke har ret til en

sådan godtgørelse, idet erstatningskravet hverken var rejst eller forfaldet inden vores medlem døde. Vi bemærker i den forbindelse, at uheldene først blev anmeldt til forsikringen af boet den 15.12.13, altså efter vores medlem døde, og at tilstanden efter uheldene - medicinsk set - ikke var stationær, idet skaderne var hhv. 6 og 2 uger gamle.

På baggrund af nævnets henvendelse har vi gennemgået sagen på ny. Vi finder imidlertid ikke anledning til at ændre vores afgørelse."

I klagerens brev af 25/2 2015 til nævnet hedder det bl.a.:

"Vi mener grundlæggende, at udtalelsen fra Lærerstandens Brandforsikring, dels er fejlagtig og dels bygger på nogle forkerte faktuelle forhold, og at der dermed drages nogle forkerte konklusioner af Lærerstandens Brandforsikring.

Indledningsvist vil vi bemærke, at vores mor inden faldet den 11. oktober 2013 næsten havde klaret sig selv, blot med rengøring hver 14. dag, og med et tilsynsbesøg af en sygeplejeske en gang i mellem. Hun lavede mad og holdt meget af sin bolig selv.

Jeg har vedlagt følgende yderligere bilag til sagen:

1. Udskrift af patient journal fra vores mors praktiserende læge … af den 23. oktober 2013
2. Erklæring fra min søster, sygeplejeske … af den 12. februar 2015.
3. Brev fra … [klagerens rådgiver] af den 25. februar 2015.

Udskriften af patient jornalen fra lægen beskriver, at vores mor siden faldet den 11. oktober 2013 har fremstået højst aparte med ændret adfærd både fysisk og psykisk. Ændringen er observeret af såvel plejepersonale som familien. Der er foretaget CT-scanning af Cerebrum den 17. oktober 2013.

Som min søster skriver i hendes erklæring viste den blot noget, som måske havde været der af ældre dato. og som ikke kan sammenkædes med det aktuelle forløb.

Lægen har også beskrevet, at hun ikke havde mod på at komme op at stå, og var bange for at falde. Vi kan tilføje, at hun i perioden fra den 11. oktober til 23. oktober 2013 spiste meget lidt, tabte sig i vægt og næsten ikke talte.

Vi finder på den baggrund, og også ud fra vores egne observationer af vores mor, at hun allerede efter faldet den 11. oktober 2013 fik voldsomme traumer. Dette er også beskrevet i brevet fra … [klagerens rådgiver] af den 19. november 2014 på side 2 —4.

Min søster har i sit brev beskrevet faldulykken på badeværelset den 15. november 2013. Her skal jeg blot bemærke, at vores mor efter at ventet i 4 timer blev kørt til … Hospital, og ikke … Hospital, og at hun fik syet en stor 3 cm flænge i baghovedet, samt at hun i flere timer lå til observation for en hjernerystelse.

Jeg kan tilføje, at jeg var selv til stede på … Hospital, da vores mor ankom i ambulancen. Det er således helt forkert når Lærerstandens Brandforsikring skriver, at vores mor blev sendt hjem uden behandling.

Herefter blev vores mor yderligere afkræftet, fik diaré mv.

De 2 fald var derfor efter vores opfattelse årsagen til vores mors død den 29. november 2013."

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder indlæg fra klagerens rådgiver af 25/2 2015 og fra afdødes datter, der er sygeplejerske, af 15/2 2015 samt de kommunale og lægelige akter.

I hospitalsjournal af 11/10 2013 er det bl.a. anført:

"ÅRSAG TIL HENVENDELSEN:

faldet, flange hø. overarm, sm. hofte

SKADEBEHANDLING:

Faldet i hjemmet. Snublet, benægter ildebefindende. Har fået flænge i højre overarm og smerter højre hofte. Bor alene, hjemmehjælp til medicin og bad. Ingen allergier. Har ikke slået hovedet.

Obj.
P 69 BT 137/99
Di-Te dækker ikke.
Vågen, relativt klar, vurderes i habitualtilstand.
Højre OR: V-formet vulnus, ene V 8 cm og det andet 6 cm, helt gennem subkutis, synlig fascie. Intakt bevægelighed i armen, har kendt ekstensionsdefekt i albuen. Normale neurovask. forhold distalt. Højre hofte: dir. og indir. em sv.t. trokanterpartiet. Nogen atrofi af underekstremiteter. Dir. øm på ramus superior. Kan dog løfte benet strakt, ingen udadrotation eller længdeforskel.

Røntgen af bækken og højre hofte viser ingen tegn til indkilet fraktur eller ramus superiorfraktur.

Konklusion
Suturkrævende vulnus, antibiotikaprofylakse skal gives grundet dybden af såret. Kontusion af højre hofte og bækken idet røntgen udelukker indkilet fraktur eller remus superiorpåvirkning.

Beh.
Der anlægges lokalanalgesi med 18 ml Xylocain 20 mg/mi.
Såret vaskes, lukkes med Polysorb 2-0 inverteret i subkutis. Nylon 40 fortløbende i hud. Steristrips til endelig adaptation. Tør forbinding.

Plan
Suturer fjernes hos egen læge om 12-14 dage. Skal holdes tørt de første på døgn især. Medgives skriftlig information om sårpleje. Pt. informeret om ovenstående og samtykker.
…, reservelæge/rtof

Tilføjelse:
Der arrangeres akut hjemmehjælp fra i aften, sønnen er orienteret."

I journalnotat af 23/10 2013 fra egen læge fremgår det bl.a.:

"Pt. har siden faldet den 11.10 fremstået højst aparte med ændret adfærd både fysisk og psykisk. Der er faldtendens samt har pt. udviklet fejlsynkning og tiltagende ordmobiliseringsbesvær. Ændringen er observeret af såvel plejepersonale som familien.
Der er foretaget CT-skanning af cerebrum den 17.10. i anden sammenhæng, som fraset et ældre lakunært infarktfølge i hø. thalamus og atrofi er uden tegn på intrakraniel blødning, hæmatom eller rumopfyldende processer.
…
Obj.:
AT: Vågen, virker umiddelbart klar. Stemmen meget svag og der er tydelig ordmobiliseringsbesvær.
Herudover bemærkes også fejlsynkning i forb. med dagens besøg.
Der er udover nævnte også indtryk af nogen koordinations forstyrrelse af arme. Pt. sidder på sengekanten, har ikke mod på at komme op at stå, er bange for at falde.
Pt. er konfereret med neurologisk bagvagt, som på det foreliggende umiddelbart ikke mener at det drejer sig om en neurologisk lidelse, men mener alligevel på det foreliggende, at pt. bør indlægges til observation."

I hospitalsjournal af 15/11 2013 fremgår det bl.a.:

"ÅRSAG TIL HENVENDELSEN

flænge i baghovedet. Kommer med falck.

SKADEBEHANDLING:

Pt er kommet til sk.st. efter et fald ca. kl. 11 på det aflastningshjem, hvor pt. nu befinder sig. Pt. har ikke været bevidstløs, ikke commotioneret, pt. har haft forbigående kvalme og hvp. og der er i ambulancen givet udtryk for rygsm.

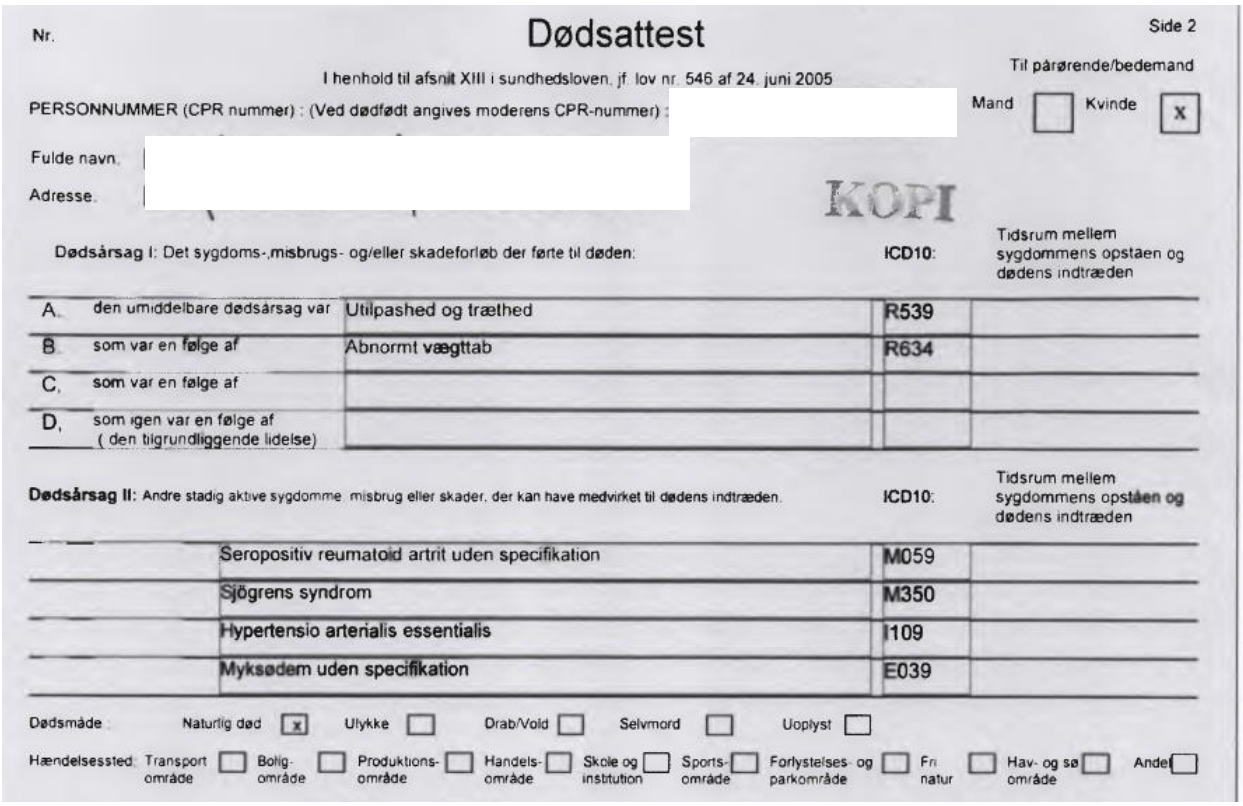
Pt. har sidst været indl. i slutningen af oktober grundet fald i eget hjem og underernæring. Ingen blodfortyndende medicin. Intet alkoholoverforbrug.

Objektivt
Vågen, klar og orienteret i tid, sted og egne data.
Pt. fremstår kronisk medtaget, underernæret samt dehydreret. Pt. ligger med nasogastrisk sonde til ernæring på aflastningspladsen.
Øjne: Pupiller runde og egale, reagerer naturligt på lys. Normale øjenbevægelser.
St.p.: Vesikulær respiration bilat. Ingen dæmpning eller bilyde. St.c.: Regelmæssig rytme, ingen mislyde. Hurtig frekvens. Columna: Normale krumninger. Ingen palpabel ømhed af columna cervicalis, thoracalis eller lumbalis.
Sat. 99, BT 150/66 puls 113 RF 24
Kranie: I baghovedet ses en ca. 3 cm lang flænge. Har ej slået andre dele af kraniet.

Behandling
Der tages ekg der viser sinustakykardi med frekvens på 110. Flængen i baghovedet vaskes og sutureres Tråde fjernes hos egen læge om 10 dage.

Pga. pt.s dehydrering samt takykardi gives endeligt Nacl til langsomt indløb samt commotioscoring i sk.st. GCS 15 BT 140/70 puls ved udskr. 100.
Pt. sendes hjem til aflastningsplads til videre sundeernæring."

I klagerens dødsattest fremgår det bl.a.:



Nr.

Dødsattest

Side 2

I henhold til afsnit XIII i sundhedsloven, jf. lov nr. 546 af 24. juni 2005

Til pårørende/bedemand

PERSONNUMMER (CPR nummer) : (Ved dødfødt angives moderens CPR-nummer) :

Mand ☐ Kvinde ☒

Fulde navn.

Adresse.

KOPI

	Dødsårsag I: Det sygdoms-,misbrugs- og/eller skadeforløb der førte til døden:		ICD10:	Tidsrum mellem sygdommens opståen og dødens indtræden
A.	den umiddelbare dødsårsag var	Utilpashed og træthed	R539	
B.	som var en følge af	Abnormt vægttab	R634	
C.	som var en følge af			
D.	som igen var en følge af (den tilgrundliggende lidelse)			

	Dødsårsag II: Andre stadig aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til dødens indtræden.	ICD10:	Tidsrum mellem sygdommens opståen og dødens indtræden
	Seropositiv reumatoid artrit uden specifikation	M059	
	Sjögrens syndrom	M350	
	Hypertensio arterialis essentialis	I109	
	Myksødem uden specifikation	E039	

Dødsmåde: Naturlig død ☒ Ulykke ☐ Drab/Vold ☐ Selvmord ☐ Uoplyst ☐

Hændelsessted: Transport område ☐ Bolig-område ☐ Produktions-område ☐ Handels-område ☐ Skole og institution ☐ Sports-område ☐ Forlystelses- og parkområde ☐ Fri natur ☐ Hav- og sø område ☐ Andet ☐

I en udtalelse af 17/7 2014 fra overlæge på kardiologisk- nefrologisk- endokrinologisk ambulatorium er det bl.a. anført:

"Undertegnede har modtaget anmodning fra jer, idet I beder om at jeg besvarer nogle spørgsmål, stillet af ovennævntes søn.
Der er stillet 4 spørgsmål, som jeg besvarer på følgende måde:

1. Det er velkendt, at fald hos ældre patienter er en vigtig prognostisk faktor, der kan tages som udtryk for en dårlig prognose. Faldulykker er som regel udtryk for almen svækkelse, og det er derfor svært med entydighed, at sige at en enkelt faldulykke i sig selv forværrer pt.s tilstand. Dog vil faldulykker have tendens til at øge pt.s angst for at gå og dermed reducere funktionsniveauet yderligere.
2. Ud fra det beskrevne, i journalen, har jeg ikke umiddelbart mistanke om at pt. har haft signifikante traumer efter de 2 ulykker, andet end måske smerter og ømhed i bevægeapparatet, efter faldet. Se i øvrigt mit svar til spørgsmål 1.
3. Pt. havde en del konkurrerende sygdomme. Disse er således anført på dødsattesten. Ingen af sygdommene har formentlig været den direkte årsag til hendes død, men kan have spillet ind i den kroniske svækkelse af pt.
4. Jeg mener, at de 2 fald har været medvirkende til pt.s død, men har ikke været alene udløsende årsag på nogen måde. Faldulykkerne må anses for at være et symp-

tom, snarere end en årsag til pt.s død, som primært skyldes langvarig, kronisk svækkelse, kompliceret med infektion.".

I forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**7.60 Erstatning ved død**
Når et ulykkestilfælde er den direkte årsag til sikredes død, og dødsfaldet sker inden for 1 år efter ulykkestilfældet, udbetales dødsfaldserstatningen (se policen)."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at forsikringstageren var udsat for faldulykker den 11/10 2013 og den 15/11 2013 og herved pådrog sig skader i form af en flænge på henholdsvis armen og baghovedet. Forsikringstageren afgik ved døden den 29/11 2013.

Ifølge forsikringsbetingelserne udbetales dødsfaldserstatningen, når et ulykkestilfælde er den direkte årsag til forsikringstagerens død.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke anledning til at kritisere selskabets afslag på at udbetale dødsfaldserstatning med henvisning til, at faldulykkerne ikke er den direkte årsag til dødsfaldet.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det fremgår af dødsattesten, at forsikringstageren led en naturlig død som følge af utilpashed og træthed forårsaget af et abnormt vægttab. Derudover led hun af en række sygdomme (seropositiv reumatoid artrit uden specifikation, Sjögrens syndrom, hypertensio arterialis essentialis og myksødem uden specifikation), som ifølge dødsattesten kan have medvirket til, at hun afgik ved døden.

Uanset at faldulykkerne også kan have været medvirkende til forsikringstagerens død, finder nævnet det ikke bevist, at nogen af ulykkerne kan betragtes som hovedårsagen til dødsfaldet. Nævnet har herved også lagt vægt på udtalelsen fra overlægen af 17/7 2014 og det forhold, at forsikringstageren efter begge ulykker blev sendt hjem efter umiddelbar behandling på hospitalerne.

8. 87523

Det forhold, at forsikringstageren havde haft det betydeligt bedre inden faldulykkerne, kan efter nævnets vurdering ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen