Ankenævnet for Forsikring

Den 15. februar 2017 blev i sag nr. 89764:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Bankpension
v/PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren er, via den gruppelivsaftale, der er tilknyttet hans pensionsordning i selskabet, omfattet af en forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen for en anmeldt kritisk sygdom – blodprop i hjernen.

Klageren ansøgte den 13/5 2016 om udbetaling af sum ved kritisk sygdom som følge af en blodprop hjernen. Ansøgningen var vedlagt et journaludskrift, hvoraf det bl.a. fremgår, at han den 21/4 2016 var blevet indlagt på hospital som følge af forbigående styringsbesvær af højre side. På vej til hospitalet genopstod styringsbesværet for imidlertid at være fuldstændig remitteret ved ankomst til trombolysestuen. MR-scanning viste diskret infarkt i venstre occipitalregion, der imidlertid ikke kunne genfindes på CT. Lægerne vurderede, at han havde haft et tilfælde af Transitorisk cerebral iskæmi, TCI.

Selskabet har afvist med henvisning til, at betingelserne for at få udbetalt sum ved kritisk sygdom ikke er opfyldt, idet der i klagerens tilfælde ikke er konstateret objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, og idet det af forsikringsbetingelserne udtrykkeligt fremgår, at Transitorisk cerebral iskæmi, TCI, ikke er dækket.

I klageskema af 22/8 2016 har klageren bl.a. anført:

> "Jeg fik en blodprop i hjernen den 21.04.16, hvorefter jeg ansøgte om udbetaling for kritisk sygdom med hhv. bankpension, [selskab 2] via mit ansættelsesforhold og via min fagforening. I løbet af kort tid modtog jeg betaling fra de to sidstnævnte. Senere afslog bankpension udbetaling. Jeg bad dem omgøre deres beslutning med henvisning til at jeg havde fået udbetaling fra de andre forsikringer hvor udbetalingsvilkårene var nøjagtig ens. Jeg var herefter til tre måneders kontrol i juli md., hvor den vagthavende overlæge specificerede beskrivelsen på min journal således at bankpension ikke kunne være i tvivl om at sygdommen skulle være omfattet af kritisk sygdom. Disse oplysninger indsendte jeg tillige til bankpension.
>
> Bankpension afslog igen iflg. vedhæftede. Det jeg vil opnå er således at bankpension omgør deres afgørelse og således følger forenede gruppelivs afgørelse, set i lyset af at forsikringsvilkårene ved kritisk sygdom er fuldstændig identiske."

Hertil har selskabets advokat i brev af 13/9 2016 til nævnet bl.a. gjort gældende:

> "Sagen angår spørgsmålet, hvorvidt [klageren] er berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom under den gruppelivsaftale, der er tilknyttet hans pensionsordning i Bankpension. Gældende gruppelivsaftale (januar 2014) vedlægges som **bilag A**.
>
> **Forsikringsvilkår**
> Det fremgår af gruppelivsaftalens bilag 1, pkt. 3, at kritisk sygdomsdækningen omfatter blodprop i hjernen, betinget af, at der har været objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, og det fremgår af dækningsundtagelserne, at Transitorisk cerebral iskæmi (TCI) ikke er omfattet af dækningen.
>
> **Sagsforløb**
> [Klageren] ansøgte den 13. maj 2016 om udbetaling af sum ved kritisk sygdom som følge af en blodprop i hjernen, jf. **bilag B**. Ansøgningen var vedlagt en journaludskrift, **bilag C**, hvoraf det fremgik, at han den 21. april 2016 var blevet indlagt på … Universitetshospital som følge af forbigående styringsbesvær af højre side. På vej til indlæggelse genopstod styringsbesværet, for imidlertid at være fuldstændigt remitteret ved ankomsten til trombolysestuen. MR-scanning viste ganske diskret infarkt i venstre occipitalregion, der imidlertid ikke kunne genfindes på CT. Lægerne vurderede, at han havde haft et tilfælde af Transitorisk cerebral iskæmi, TCI.
>
> Dagen efter indlæggelsen konstateredes der venstresidig carotis dissektion, let dysartri, hvilket ikke var nyt, men var kendt fra tidligere.
>
> Da kravet om objektive neurologiske følger af mere end 24 timers varighed ikke er opfyldt, og da forsikringsdækningen ikke omfatter TCI-tilfælde, meddelte Bankpension den 17. maj 2016 afslag på udbetaling, jf. **bilag D**.
>
> Efterfølgende anmodede [klageren] om, at Bankpension revurderede sagen, jf. **bilag E**, og Bankpension indhentede derfor en journaludskrift fra … Universitetshospital, jf. **bilag F**. Efterfølgende fremsendte [klageren] supplerende oplysninger, jf. **bilag G**. Materialet bekræfter, at der er stillet diagnosen TCI.
>
> De nye oplysninger blev forelagt for Helbred & Forsikring, der vurderede, at betingelserne for udbetaling ikke er opfyldt. Årsagen er, at det drejer sig om et ikke-dækket TCI-tilfælde,

og at der ikke er sikre neurologiske symptomer. [Klageren] har let dysartri, men dette er kendt fra tidligere. På baggrund af dette meddelte Bankpension atter afslag den 15. august 2016, jf. **bilag H**.

Svar på klagen

Bankpension fastholder, at der ikke er ret til udbetaling af kritisk sygdom.

Kravet om objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed er ikke opfyldt, og det fremgår udtrykkeligt af forsikringsbetingelserne, at TCI tilfælde ikke er dækket.

Der henvises til ankenævnskendelser 86.415, 86.317, 85.678, 85.315, 81.729, 81.308 og 79.752.

Bankpension anmoder derfor om, at klagen afvises."

Heroverfor har klageren i mail af 3/10 2016 til nævnet fremsendt kopi af journalnotat af 28/9 2016, hvoraf det bl.a. fremgår:

"**Journalnotat**
Svar på CT-anglo kontrol: Der er ikke længere dissektion sv.t. højre arteria carotis interna. Sv.t. venstre vertebralis, hvor man så en akut dissektion, er der nu et spinkelt kar uden sikker ændring i forhold til den primære skanning. Arteria basilaris fyldes overvejende fra højre arteria vertebralis.
Således formentligt stationære forhold med opheling af højre arteria carotis og et kronisk spinkelt kar sv.t. venstre arteria vertebralis med normal fyldning af højre vertebralis.
Der skal ikke foretages yderligere.
Brev til pt., som kan afsluttes.

Pt. har skrevet til funktionspostkassen, at hans forsikring mener, at han har haft et TCI-tilfælde.
Dette beror muligvis på de notater, der er lavet i den akutte fase, hvor der har været forvirring omkring skanningsundersøgelsere.
Ved gennemsyn af skanningsundersøgelserne er der dog ingen tvivl om, at pt.'s akutte symptomer skyldtes dissektion i venstre arteria vertebralis med en emboli i venstre arteria cerebri posterior, som medførte et infarkt i venstre occipitalregion. Dette er beskrevet på den primære MR-skanning, og CT-angiografi dagen efter har dokumenteret karforholdene. Et infarkt i venstre occipitalregion medfører ingen fysiske udfald. Der kan være synfeltsdefekter, som ikke opdages ved en simpel synsfeltsundersøgelse for håndbevægelser. Pt. har efterfølgende haft store problemer med koncentrationssvækkelse, når han udtrættes. Han udtrættes hurtigere end normalt, og han har ikke kunnet genoptage sit arbejde.
Jeg er ikke i tvivl om, at han har haft en apopleksi med funktionsbegrænsning i form af udtrætning og koncentrationssvækkelse, som skyldes infarktet i hjernen.
Han har muligvis haft en forbigående, dvs. over dage, persisterende synssvækkelse i højre side, som ikke umiddelbart er beskrevet ved konfrontationsundersøgelse, men kunne være dokumenteret, hvis pt. havde været til akut perimetri. Dette er imidlertid ikke praksis.

Kopi af notat sendes til pt. med henblik på at komme sagen nærmere.

Endvidere AFSLUTTES pt. herfra."

Hertil har selskabets advokat i mail af 3/11 2016 bl.a. bemærket:

"Jeg har drøftet klagers mail af 3. oktober 2016 og det vedlagte journalnotat med PFA Pensions neurologiske speciallægekonsulent og har følgende bemærkninger:

Efter forsikringsbetingelsernes bilag 1, pkt. 3a, er det en betingelse for forsikringsdækning, at blodproppen har medført objektive, neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed. Disse symptomer skal være bekræftet af en neurologisk speciallæge.

Uanset om der er tale om et CTI-tilfælde eller ej, er denne betingelse ikke opfyldt. Som anført i journalnotatet medfører et infarkt i venstre occipitalregion ingen fysiske udfald. Der kan dog i nogle tilfælde forekomme synsfeltsdefekter, men der er ikke for [klagerens] vedkommende konstateret synsfeltsdefekter af mere end 24 timers varighed. Det fremgår af journalnotatet, at der muligvis har været en forbigående synssvækkelse i højre side, men dette er en teoretisk betragtning, og en synssvækkelse over 24 timer er rent faktisk ikke konstateret.

Det bemærkes, at [klageren] klager over træthed og koncentrationsproblemer, men dette er i henhold til lægekonsulenten ikke objektive, neurologiske udfaldssymptomer.

Det forbigående styringsbesvær varede kun få timer, og som tidligere oplyst var den forbigående sløring af talen ikke en følge af blodproppen, og desuden varede den ikke i over 24 timer.

PFA Pension fastholder derfor, at der ikke er grundlag for udbetaling."

I mail af 21/11 2016 til nævnet har klageren fremsendt en udtalelse fra overlæge på neurologisk afdeling. Af udtalelsen fremgår det bl.a.:

"Ikke alle skader i hjernen giver direkte fysiske følger, men mere hvad man vil kalde 'skjulte handicap'. Det skyldes at de direkte fysiske følger af en blodprop i hjernen skal ramme de neuronsystemer der har noget med førligheden at gøre. Det svarer til ca. 20% af hjernens væv. Man kan altså sagtens have en skade i hjernen efter en blodprop som ikke giver fysiske følge, men derimod træthed, koncentrationssvækkelse, nedsat overblik mm.
En skade i sysnsbarken giver ikke fysiske følger, mm skaden rammer de primære synsbaner. I dit tilfælde var det en skade der ramte de associerede synsbarkområder, og derfor fangede vi ikke synsfelttab et i den akutte fase, som dog formentlig var der, om end diskret. De 'usynlige følger' har du jo haft, og det er grunden til at du har så svært ved at vende tilbage til dit sædvanlige arbejde."

I mail af 1/12 2016 til nævnet har selskabet hertil anført:

"Under henvisning til klagers indlæg af 21. november 2016 kan jeg oplyse, at sagen atter har været forelagt for selskabets neurologiske speciallægekonsulent.

Neurologen oplyser, at objektive udfald er noget, der fremgår ved lægens undersøgelse, og ikke noget der oplyses af patienten.

Objektive udfald kan måles eller vejes. Det kan træthed ikke, og derfor er træthed aldrig et objektivt neurologisk udfald.

Koncentrationsbesvær skyldes oftest træthed, da opmærksomheden svigter, når man er træt, og er derfor heller ikke et objektivt neurologisk udfald.

Det er usandsynligt, at klagers klager over koncentrationsbesvær er direkte forårsaget af den påståede blodprop, men uanset om dette er tilfældet, er koncentrationsbesvær heller ikke et objektivt neurologisk udfald, og er i øvrigt heller ikke konstateret ud over klagers subjektive klager.

PFA Pension fastholder derfor sin opfattelse af sagen.

Jeg beder nævnet bemærke, at Bankpension er fusioneret med PFA Pension med PFA Pension som det fortsættende selskab."

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

I journalnotat af 21/4 2016 kl. 10:33 er det bl.a. noteret:

"**Kontaktårsag**
… -årig mand indlægges som trombolyse kandidat via dagklinikken pga. fornyet symptomer med forværre af styrringsbesvær i højre side.

Aktuelt
kl: 08:00 for pludselige styrringsbesvær i højre hånd som forsvinder igen et par timer. Meldes som TCI, men på vej til afd. i ambulancen genopstår der stryrringsbesvær i højre side. Ved ankomsten til trombolysestuen fuldstændig remission af styrringsbesvær i højre side, men indtryk af højresidig homonym hemianopsi (patienten angiver at han ser dårligt med højre øje). Ingen sporg forstyrrelsr. Patienten angiver at han har haft luger med hovedpine i forbindelse med forkølelse. Ingen kendt traume med nakken.

Tidligere
Tidligere rask.
…
Objektivt
AT, ET, Orientering, bevidsthedsniveau: Almen tilstand god, ET middel. Pæne farver. blodtryk 145/80.
St. c.: regelmæssig hjerteaktion = perifer puls. Ingen myslyd.

Neurologisk undersøgelse - standard
Mentalt:
Vågen og orienteret. Ingen nakke-rygstivhed.

Tale:
Ingen afasi eller dysartri.

Kranienerver:
Højresidig homonym hemianopsi. Let ptose af højre øjenlåg, egale pupiller med normal lysreaktion. øvrige kranienerver intaktet.
Motorisk system (MRC score; hø/ve):

Ingen atrofi, normal tonus. Strakt arm- og bentest uden nedsynkning/pronation. Normal kraft over skulder, albue-, hånd-, hofte-, knæ-, og fodled.

Reflekser (-, N, +; hø/ve) :
Normale biceps-, triceps-, brachioradialis-, patellar- og achilles- reflekser. Plantarresponset normalt.
Cerebellare system:
Normal koordination ved finger-næse-finger- og knæ-hæl-forsøg.

Sensoriske system:
Normal sensibilitet for berøring og stik bilateralt. Ingen sensibilitetsgrænse på truncus.

Opsummering på prøvesvar
Biokemi: La.
EKG: I.a.
MR-scanning: Frisk infarkt i venstre occipitairegion med slow flow i arteria cerebri posterior sinistra.
Okklusion i venstre arteria vertebralis.
Højre arterie vertebralis ej visualiseret.
Fyldning i venstre i arteria basilaris og PICA bilateralt.
OBS dissektion i arteria carotis interna dxt. ved basis tranli – videre udredning med halsangio tilrådes.

Konklusion
… -årig mand tidl. sund og rask. Hertil morgen med recidiverende styrringsbesvær, kommer til trombolysestuen uden lateraliseret neurologisk udfald eller sprogforstyrrelser, men har højresidig homonym hemiopsi. NIHSS: 1. MR scanning viser overstående. Patienten opstartes i actelyse behandling,for 68mg, giver samtykke og er informeret om komplikationer til behandlingen. Der har ikke været nogle traumer. RP: CT-hals-angio akut.
RP: Telemetri
RP: SSS-score efter instruks.
RP: Ctc i morgen."

Af journalnotat af 21/4 2016 kl. 15:05 fremgår det bl.a.:

"Ut. bliver kontaktet da pt. bliver lidt utilpas angiveligt synsforstyrrelser i ve. side som flimrer. I øvrigt hæmodynamisk stabil og uden nytilkomne neurologiske udfald.
Pt. er muligvis lidt psykisk påvirket.
Ingen udfaldssymptomer.
Den højresidige hemianopsi er lidt aftagende.
I øvrigt ingen nytilkomne neurologiske lat. symptomer og normalt sprog.
Normalt BT og puls.
CT angio er gennemført og er ingen lokal blødning.
Angiografien på ve.side med mindre kontrast og ve.sidig carotis interna med lidt spaltet i midten og ikke klassisk dissektion.
Vi afventer skriftlig beskrivelse fra radiologerne.
Pt. forsøges beroliget .Fortsat obs. NIHSS efter 2 timer er fortsat på 1.
rp kontrol CTC 24 timer efter trombolyse."

Af CT-angiografi foretaget den 21/4 2016 fremgår det bl.a.:

> "CT-halsangio beskrevet med dissektion af a. carotis interna dxt. ved basis cranii med god fyldning af karret intrakranielt. Der beskrives manglende fyldning af a. vertebralis sin. kranielt for C4-niveau. Fyldning af a. basilaris fra hø. a. vertebralis. Rtrograd fyldning i ve. PICA. Reåbning af ve. a. cerebri posterior."

Af journalnotat af 22/4 2016 kl. 15:36 fremgår det bl.a.:

> "Kontaktes af sygeplejesken, da pt oplevede forværring i symp sammen med ergo. Fik snøvlende tale og usikker gang. Tilses aktuelt, velbefindende. Ingen dysatri og gangen er som før. Symp er remittede. CT-C: Ingen blødning. Ingen sikker infarktudvikling.
> CT-halsangio med dissektion af a.carotis interna dxt ved basis cranii med god fyldning af karret intrakranielt."

Ved den neurologisk undersøgelse foretaget af afdelingslæge på neurologisk afdeling den 22/4 2016 kl. 16:00 har lægen bl.a. fundet:

> "**Neurologisk undersøgelse - standard**
> Mentalt:
> Velkoopererende og ingen NRS.
>
> Tale:
> Ganske diskret sløring af stemmen og ingen afasi.
>
> Kranienerver:
> Bevaret visus på ve.side samt vanligt lidt nedsats visus på højre side men klarer dog fingertælling. Øvrige kranienerver intakte .
> Der ses let rødme af halsen men normal ganesejl.
>
> Gang og stand:
> Normal stand og gang med åbne og lukkede øjne.
> Motorisk system (MRC score; hø/ve):
> Ingen atrofi, normal tonus. Strakt arm- og bentest uden nedsynkning/pronation. Normal kraft over skulder, albue-, hånd-, hofte-, knæ-, og fodled.
>
> Cerebellare system:
> Normal koordination ved finger-næse-finger- og knæ-hæl-forsøg.
> Ekstrapyramidale system:
> Ingen bradykinesi, rigiditet eller ufrivillige bevægelser.
>
> Sensoriske system:
> Normal sensibilitet for berøring og stik bilateralt. Ingen sensibilitetsgrænse på truncus.
>
> **Opsummering på prøvesvar**
> Som anført MRC med ganske diskret friskt infarkt i ve. occipital region som dog ikke er at genfinde på CTC efterfølgende.
> Carotis dissektion i ve. side ved basis cranii med god fyldning af karret intrakranielt.
> Lab. prøver: total kolesterol 4,1 o gLDL 2,2 og øvrige blodprøver er normale. Telemetri overvågning fra kl. 18 i går til idag kl. 18 med sinusrytme alene.

Konklusion
… årig mand har ve.sidig carotis dissektion og ingen vaskulære risikofaktorer på MR let DWI restriktion men efterfølgende ingen udfald i synsfeltet.
Har haft let dysartri hvilket er kendt fra tidligere.
Således ingen sikre blivende symptomer. Svarer til TCI med carotis dissektion.
Pt. er sat i beh. med tabl. Klopidogrel 75 mg x 1 i 3 mdr. og tabl. Hjertemagnyl 75 mg x 1 foreløbig muligvis livslangt. Kontrol af karrene ved amb. CT af præ- og intracerebrale kar om ca. 5 mdr. med telefonisk svar til pt. og efterfølgende skriftlig beskrivelse.
Jeg forestiller mig at han kan udskrives til hjemmet med opfølgning af apo.team. Han er anbefalet kortere sygemelding 2-4uger og gradvist genoptagelse af arbejde. Indtil videre er der ikke fundet indikation for at nedlægge kørselsforbud.
Forbliver indlagt til imorgen.

Aktuelt
… årig mand uden vaskulære risikofaktorer indlagt i går som trombolysekandidat med styringsbesvær i højre side.
Aktuelt ASA.
Han beskriver også at han sommetider hører dunkende lyd som hans puls når han ligger pa siden og dette er tilstede ved begge ører og ud over dette er der ingen tinnitus eller lign.
Pt. blev informeret om diagnosen i går efter skanningsus. Jeg vil dog korrigere at der iflg. røntgen og efter hvad jeg kan se ikke foreligger noget friskt infarkt i ve. occipital region.
Men har haft højresidig homonym hemianopsi som ikke kan genfindes idag.
Pt.har vanligvis en lidt hæs stemme og kan ved træthed være lidt dysartrisk og har haft en enkelt episode med dette i dag men er hurtig remitteret."

Af udskrivningsepikrise af 23/4 2016 fremgår det bl.a.:

"***EPIKRISE***
Afslutningsnotat
… -årig mand indlagt som trombolysekandidat med styringsbesvær af højre side. Har ingen vaskulære risikofaktorer. Får den 21.04. kl. 8 pludselig styringsbesvær af højre hånd som forsvinder igen efter få timer. Desuden indtryk af homonym hemianopsi på højre øje.
Pt.s symptomer er forbigående.
Der konstateres dissektion af a. carotis interna på højre side ved basis cranii med god fyldning af karret intrakranielt.
MR af cerebrum initielt med indtryk af friskt infarkt i venstre occipitalregion, men dette er ikke at finde på CT og man konstaterer at der ikke er tale om friskt infarkt og at pt. har haft et TCI tilfælde.
Konklusion: TCI med dissektion af a. carotis."

Ved 3 måneders kontrol den 12/7 2016 har lægen bl.a. noteret:

"**Klinisk kontrol**
…
Kontaktårsag:

Beskrivelse: … -årig pt, som kommer til kontrol tre mdr. efter tranbolysebeh. apopleksi. hvor de akutte symptomer var styringsbesvær af højre hånd. Akut MR viste forandring mesialt i venstre occipitallap og en trombe i a. cerebri. posterior sv.t. P2.
Karundersøgelsen viste en dissektion sv.t: venstre a. vertebralis ud for C4-niveau. Endvidere en dissektion ud for højre a. carotis inters i højde med basis cranii.

Ved kontrol CT angio dagen efter var der åbning af venstre a. cerebri posterior og retrograd fyldning af venstre PICA arteria til cerebellum.
Pt. fik diagnosen TCI fordi man mente at det var usikkert, om pt. i det hele taget havde haft et infarkt i venstre occipital region. Det er der dog ingen tvivl om ud fra MR billederne på indlæggelsesdagen. Endvidere viser karundersøgelsen det anførte og afslutningsnotatet vedr. karundersøgelsen er ikke fyldestgørende.
Der er bestilet en CT angio kontrol i september md., som afventes.

Journalnotat:

Beskrivelse: Pt. er påbegyndt sit arbejde som bankrådgiver 5 1/2 time, to dage om ugen. Fra næste uge går han op til tre ugentlige arbejdsdage.
Han er stadig præget al træthed og får koncentratinsbesvær når han udtrættes derfor kan han ikke arbejde på fuld tid endnu.
Han var forud for aktuelle fuldstændig rask og MR-skanningen af hjernen viser en fin hjerne uden småkarssygdom eller anden patologi.
Der er derfor gode chancer for at pt. kan komme tilbage i fuldt arbejde, men han behøver mere tid. Jeg foreslår at han fortsætter på nedsat arbejdstid de meste tre mdr. og kun gradvist øger arbejdsbyrden.

Han vil være følsom overfor lange arbejdsdage, stress og støj.
Skal nu ophøre med Clopidogrel beh. og blot fortsætte med.Hjertentagnyl 75 mg dgl.
Det er de første tre mdr., som er risikable i forhold til ny apopleksi.
Der har ikke været nye apopleksiepisoder og risikoen for ny apopleksi er nu ubetydelig højere end hos andre jævnaldrende. Pt. må derfor genoptage bilkøtsel.
Normalt vil dissektioia af de præcerebrale kar ophele spontant inden for ca. tre mdr.
Vi afventer kontrol CT-undersøgelsen, men pt er orienteret om at i 25% vil der fortsat værre karforandringer, som herefter er stationære.
I forhold til hjernens kredsløb betyder dette mindre idet der spontant er opstået en slags bypass, som sikre hjernen den tilstrækkelige blodforsyning."

Af gruppelivsaftalens bilag I fremgår det bl.a.:

"**Pkt. 2.2.** I tilfælde af, at medlemmet får diagnosticeret en nærmere angivet kritisk sygdom udbetales der en sum til medlemmet på 194.657 kr. (2014).

En kritisk sygdom kan dække flere lidelser.

Det er en betingelse for udbetaling af summen, at der for medlemmet stilles en diagnose indenfor en række nærmere afgrænsede sygdomsområder.
De sygdomme, der er omfattet, fremgår af bilag 1.
…
3. Hjernelidelser
3a. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi):
En akut beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive, neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som følge af et infarkt forårsaget af emboli eller trombose, af en blødning i hjernen eller mellem hjernehinderne. Der skal foreligge hjerne-scanning (CT/MR) med fund svarende til ovennævnte lidelser.

Såfremt en blodprop i hjernen ikke er påvist ved hjernescanning (CT/MR), er tilfældet omfattet, hvis klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt, og der er varige objek-

tive neurologiske udfaldssymptomer i form af lammelser, taleforstyrrelser, synsforstyrrelser eller intellektuel reduktion.
De objektive neurologiske udfaldssymptomer kan tidligst vurderes efter 3 måneder.

Diagnosen skal være stillet når ovenstående betingelser er opfyldt, og en neurologisk speciallæge har bekræftet objektive neurologiske udfaldssymptomer og har stillet diagnosen apopleksi.

Dækningen omfatter **ikke**:

- Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/Transitorisk iskæmisk attak (TIA)
- Hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR), f.eks. som led i udredning af anden sygdom
- Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen, f.eks. øjne og øre."

Nævnet udtaler:

På baggrund af det oplyste lægger nævnet til grund, at klageren den 21/4 2016 fik en blodprop i hjernen, hvilket en MR-scanning foretaget umiddelbart efter klagerens indlæggelse på hospital har bekræftet.

Afgørende for om klageren er berettiget til dækning i henhold til forsikringsbetingelserne er herefter, om blodproppen har medført "samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed".

Det fremgår af klagerens hospitalsjournal, at han den 21/4 2016 blev indlagt på hospital som følge af forbigående styringsbesvær af højre side, som forsvandt igen efter et par timer. På vej til hospitalet genopstod styringsbesværet, for imidlertid at være fuldstændig remitteret ved ankomst til trombolysestuen. MR-scanning viste frisk infarkt i venstre occipitalregion. Den neurologiske undersøgelse foretaget umiddelbart efter klagerens indlæggelse – udover højresidig homonym hemianopsi – viste helt normale forhold. Klageren var vågen og orienteret, talen var upåfaldende, og der var ingen dysartri eller afasi.

Senere samme dag er det beskrevet, at klageren pludselig blev utilpas med synsforstyrrelser i venstre side, som flimrede. Ved lægens undersøgelse fandtes klageren hæmodynamisk stabil og uden nytilkomne neurologiske udfald. I journalnotatet er det blandt

andet noteret "Ut. Bliver tilkaldt da pt. bliver lidt utilpas angiveligt synsforstyrrelser i ve. side som flimrer. I øvrigt hæmodynamisk stabil og uden nytilkomne neurologiske udfald. Pt. er muligvis lidt psykisk påvirket. Ingen udfaldssymptomer. Den højresidige hemianopsi er lidt aftagende. I øvrigt ingen nytilkomne neurologiske lat. Symptomer og normalt sprog".

Dagen efter indlæggelsen den 22/4 2016 konstateredes der venstresidig carolis dissektion og let dysartri [talevanskelighed], hvilket var kendt fra tidligere. Af journalnotat af 22/4 2016 kl. 15:36 fremgår det, at klageren kontaktede sygeplejersken, da han sammen med en ergoterapeut fik snøvlende tale og usikker gang, men at symptomer var remitterede på tilsynstidspunktet. Ved neurologisk undersøgelse af en afdelingslæge kl. 16.00 havde klageren "ganske diskret sløring af stemmen".

Ved kontrolbesøg den 12/7 2016 har lægen blandt andet noteret, "Pt. fik diagnosen TCI fordi man mente at det var usikkert, om pt. i det hele taget havde haft et infarkt i venstre occipital region. Det er der dog ingen tvivl om ud fra MR-billederne på indlæggelsesdagen. Endvidere viser karundersøgelsen det anførte og afslutningsnotatet vedr. karundersøgelsen er ikke fyldestgørende". Lægen har videre anført, "Pt. er påbegyndt sit arbejde som … 5 ½ time, to dage om ugen. Fra næste uge går han op til tre ugentlige arbejdsdage. Han er stadig præget af træthed og får koncentrationsbesvær når han udtrættes derfor kan han ikke arbejde på fuld tid endnu".

En overlæge på neurologisk afdeling har i journalnotat af 28/9 2016 blandt andet anført, "Pt. har skrevet til funktionspostkassen, at hans forsikring mener, at han har haft et TCI-tilfælde. Dette beror muligvis på de notater, der er lavet i den akutte fase, hvor der har været forvirring omkring skanningsundersøgelserne. Ved gennemsyn af skanningsundersøgelserne er der dog ingen tvivl om, at pt.'s akutte symptomer skyldtes dissektion i venstre arteria vertebralis med en emboli i venstre arteria cerebri posterior, som medførte et infarkt i venstre occipitalregion. Dette er beskrevet på den primære MR-skanning, og CT-angiografi dagen efter har dokumenteret karforholdene. Overlægen anfører videre, "jeg er ikke i tvivl om, at han har haft en apopleksi med funktionsbegrænsning i form af udtrætning og koncentrationssvækkelse, som skyldes infarktet i

hjernen. Han har muligvis haft en forbigående, dvs. over dage, persisterende synssvækkelse i højre side, som ikke umiddelbart er beskrevet ved konfrontationsundersøgelse, men kunne være dokumenteret, hvis pt. havde været til akut perimetri. Dette er imidlertid ikke praksis".

Samme overlæge fra neurologisk afdeling har i en udtalelse af 21/11 2016 til klageren anført: "Ikke alle skader i hjernen giver direkte fysiske følger, men mere hvad man vil kalde 'skjulte handicap'. Det skyldes at de direkte fysiske følger af en blodprop i hjernen skal ramme de neuronsystemer der har noget med førligheden at gøre. Det svarer til ca. 20% af hjernens væv. Man kan altså sagtens have en skade i hjernen efter en blodprop som ikke giver fysiske følge, men derimod træthed, koncentrationssvækkelse, nedsat overblik mm. En skade i sysnsbarken giver ikke fysiske følger, mm skaden rammer de primære synsbaner. I dit tilfælde var det en skade der ramte de associerede synsbarkområder, og derfor fangede vi ikke synsfelttab et i den akutte fase, som dog formentlig var der, om end diskret. De 'usynlige følger' har du jo haft, og det er grunden til at du har så svært ved at vende tilbage til dit sædvanlige arbejde".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet efter en samlet vurdering, at klageren ikke har godtgjort, at han opfylder betingelsernes krav om samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed som følge af blodproppen. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afslag på at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af de lægelige oplysninger fremgår, at klageren blev indlagt som følge af forbigående styringsbesvær af højre side, og at styringsbesværet var remitteret ved ankomst til trombolysestuen. Nævnet har videre lagt vægt på, at den neurologiske undersøgelse foretaget umiddelbart efter indlæggelsen – udover højresidig homonym hemianopsi – viste helt normale forhold. Nævnet har også lagt vægt på, at en overlæge på neurologisk afdeling i et journalnotat af 28/9 2016 samt en udtalelse af 21/11 2016 har anført, at klageren fortsat har gener efter blodproppen i form af øget trætbarhed og koncentrationssvækkelse, og at disse har medført, at han har svært ved at vende tilbage til sit hidtidige arbejde.

13. 89764

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand