Ankenævnet for Forsikring

Den 28. juni 2017 blev i sag nr. 90249:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Alm. Brand Forsikring A/S
Midtermolen 7
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren er via sin fagforening omfattet af en kollektiv ulykkesforsikring hos Alm. Brand Forsikring A/S. Han klager ved sin advokat over selskabets afslag på at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde.

Klageren anmeldte den 11/3 2016 telefonisk til selskabet, at han den 7/1 2016 var væltet på sin scooter på grund af et epileptisk anfald, og at han havde beskadiget en sene i sin venstre arm.

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at klagerens fald med scooteren skyldes et epileptisk anfald, og at forsikringen ikke dækker skader, der skyldes sygdom.

I brev af 22/12 2016 vedlagt klageskema af 10/1 2017 har klagerens advokat bl.a. anført:

> "Som advokat for [klageren] retter jeg henvendelse til Ankenævnet for Forsikring på baggrund af en afgørelse om afslag på forsikringsdækning fra Alm. Brand Forsikring. Afgørelsen går på manglende dækning på en privattegnet ulykkesforsikring efter et sammenstød med en jernbom/færdselsuheld.

På vegne af min klient skal jeg således formelt indbringe afgørelsen for nævnet til vurdering. Det er min klients opfattelse, at forsikringsbegivenhedens indtræden skal anerkendes, hvorefter sagen skal genbehandles af forsikringsselskabet med henblik på vurdering af, hvilke, og i hvilket omfang, erstatningsposter der tilkommer [klageren].

Kopi af afgørelsen vedlægges.

Om ulykkens nærmere omstændigheder kan oplyses, at [klageren] d. 7. januar 2016, under knallertkørsel, påkører en jernbom. [Klageren] slås ved sammenkørslen bevidstløs og kommer først til sig selv efter et ukendt antal minutter. [Klageren] var alene ved ulykken, og der var ingen vidner, der så sammenstødet.

Ved uheldet pådrager [klageren] sig en personskade i form af et hovedtraume.

Det er min opfattelse, at der ikke i de lægelige akter eller andre steder er dokumenteret med sikkerhed, at årsagen, til at [klageren] kørte galt, skyldtes et ildebefindende med blackout forud for sammenstødet.

Der foreligger i de lægelige akter i umiddelbar tilknytning til uheldet d. 7. januar 2016 et par journalnotater, hvoraf det fremgår, at der er foretaget CT-scanning af hovedet, som ikke viser en akut blødning (d. 20. januar 2016), samt at der ikke er tegn på skader på hovedet/hjernen, og at der ikke er nogen forandringer i kraniet samt normalt signal fra knoglemarven (d. 26. januar 2016 i forbindelse med MR-scanning).

Den 1. februar 2016 foreligger journalanmærkning om, at [klageren] er overbevist om, at der er noget mere galt inde i hovedet og d. 4. februar 2016 oplysning om, at [klageren] tidligere har oplevet kortvarige fjernhedstilfælde af en varighed med et halvt til to minutter, samt at han i september/oktober 2015 oplevede to tilfælde af fjernhedsoplevelser i forbindelse med bilkørsel.

Der ses ikke at være oplysninger i perioden fra d. 8. august 2015, hvor han led af en hjernehinde-blødning og til uheldet, der udover beskriver/dokumenterer epileptiske anfald.

Der er ikke evidens for den konklusion, som gøres i afgørelsen om, at uheldet skyldes et epileptisk anfald, hvorfor skaden er kommet indefra.

Det er endvidere min opfattelse, at [klageren] som forsikringstager har sandsynliggjort forsikringsbegivenhedens indtræden, idet [klageren] har ført det fornødne bevis for, at han er kommet til skade ved påkørsel af bommen.

Det følger heraf, at det er forsikringsselskabets bevisførelse af dokumentere med den fornødne sikkerhed, at årsagen til at ulykken i det hele taget indtraf, var et påberåbt ildebefindende forud for sammenstødet. Dette mener jeg, ikke er sket og heller ikke kan ske ud fra lægelige journaler. Der ses ikke at være årsager til at udlede, at årsagen til uheldet er ildebefindende, besvimelse eller anden sygdom.

Der henvises til vedlagte kendelser fra forsikringsankenævnet: AK 88.462 af 20. januar 2016, AK 80.667 af 10. april 2012 samt AK 76.163 af 1. februar 2010, hvor der i begge tilfælde manglede bevis for sammenhængen mellem det påståede ildebefinde og uheldet. De faktuelle forhold i kendelserne er bevismæssigt meget lig nærværende sag, hvorfor disse kan tillægges bevismæssig megen vægt.

Selskabet har alene påvist en teoretisk mulighed for deres synspunkt, hvilket ikke er tilstrækkeligt til at løfte bevisbyrden. I den forbindelse bemærkes særligt, at [klageren] ikke på noget tidspunkt forud for ulykken har fået en diagnose, der kunne indikere forsikringsselskabets opfattelse, ligesom [klageren] ikke af egen læge eller andre har fået forbud mod at betjene knallert. Med andre ord: [klageren] var forud for ulykken sund og rask og i en stand, som kan forventes af en mand født i [50erne].

Jeg mener derfor, at [klageren] er erstatningsberettiget i henhold til den tegnede ulykkesforsikring."

Hertil har selskabet i brev af 3/2 2017 til nævnet bl.a. gjort gældende:

"**Indledning**
Kunden er styrtet på scooter og har beskadiget en sene i venstre arm. Skaden er anmeldt til ulykkesforsikringen.

Fremstilling
Kunden ringer ind og anmelder en skader fra den 7. januar 2016. Han oplyser i den forbindelse, at han er faldet på sin scooter på grund af et epileptisk anfald. Vi skriver efter journalerne fra [hospital] og egen læge. Efter vores læger har gennemgået det lægelige materiale, udtaler de, at den tidligere hjernehindeblødning fra august 2015 efter al sandsynlighed er årsag til den i foråret 2016 diagnosticerede epilepsi. På den baggrund afviser vi skaden, da den - som sagen er belyst - med overvejende sandsynlighed er opstået som følge af sygdom.

Kunden er ikke enig og finder, at vi har afgjort sagen på et forkert grundlag. I den forbindelse sender han journaloplysninger påført hans kommentarer til de forskellige passager i journalen. Dette forelægges vores læger, som dog fastholder deres tidligere vurdering om sygdom. Kunden overgiver sagen til sin advokat, uden det bringer nyt til sagen, hvorfor den til sidst forelægges for Nævnet.

Begrundelse
Det fremgår af journalnotater fra august måned 2015, at kunden her blev akut indlagt med en blødning mellem hjernehinderne. De normale følger efter en sådan blødning er hjerneskade og epilepsi.

Kunden anmelder en hændelse den 11. marts 2016 og oplyser her, at han er styrtet på sin scooter på grund af et epileptisk anfald. Det er oplyst ved første lægekontakt, at kunden vågner op ved siden af sin scooter uden erindring om, hvad der er sket de sidste 30 minutter. Det fremgår videre af journaloplysningerne, at kunden siden hjerneblødningen i august 2015 har haft flere lignende episoder, hvor han uden varsel mister bevidstheden i længere perioder. Der er blandt andet beskrevet to tidligere tilfælde, hvor kunden kører bil og efterfølgende har totalt hukommelsestab et stykke tid efter bilkørslen. Meget lig nærværende hændelse. Endelig oplyses det i journalnotat fra den 13. april 2016, at kunden er faldet i forbindelse med et epileptisk anfald.

På baggrund af den samlede sygehistorik med forskellige anfaldsfænomener, indlægges kunden til nærmere udredning, og han diagnosticeres med epilepsi.

Af de foreliggende oplysninger fremgår det, at kunden ingen erindring har omkring hændelsesforløbet, og at der således ikke er nogen sikre oplysninger omkring, hvad der egentligt er sket. Under alle omstændigheder, så er det ikke normalt at køre ind i en bom

ved højlys dag, og vi finder det derfor overvejende sandsynligt, at han har fået endnu et anfald og er væltet på scooteren.

Konklusion
På baggrund af den i journalerne beskrevne anfaldshistorik og den efterfølgende diagnosticering af epilepsi fastholder vi, at hændelsen med overvejende sandsynlighed er sket som følge af sygdom. Skader sket som følge af sygdom er direkte undtaget i forsikringsbetingelserne, hvorfor nærværende ikke kan anerkendes som et dækningsberettiget ulykkestilfælde."

Heroverfor har klagerens advokat i brev af 24/2 2017 til nævnet bl.a. bemærket:

"Det er ubestridt, at [klageren] den 7. januar 2016 på knallert kørte ind i en bom og dermed var ude for et færdselsuheld, hvilket som udgangspunkt må anses for et ulykkestilfælde.

[Klageren] var alene, da ulykken skete og har ingen erindring omkring hændelsesforløbet fra han rammer bommen og til han vågnede omkring 30 minutter senere. Der foreligger således ikke sikre oplysninger omkring, hvad der egentligt skete, idet der ikke var vidner til episoden.

[Klageren] har i skadesanmeldelsen den 11. marts 2016 angivet black out som skadesårsag og at det *'måske var på grund af epilepsi'.* Forud herfor fremgik, at *'Epilepsi med fjernhedsanfald er formentlig det nærmeste vi kan komme diagnostisk'* (udskrivningsepikrise af 2. februar 2016 fra Neurologisk afdeling). Epilepsi og black out er, af [klageren] således alene oplyst som mulige skadesårsager på baggrund af den foreløbige udredning efter ulykken.

[Klageren] var på tidspunktet for ulykken ikke diagnosticeret med epilepsi eller havde ikke kørselsforbud på baggrund af sin hjerneblødning den 8. august 2015.

I forbindelse med udredningen efter ulykken den 7. januar 2017 fik [klageren] foretaget en CT-scanning af hjernen, CT-angio, MR-scanning og Ekkokardiografi alle undersøgelser som ikke udviste en forklarende årsag til ulykken eller til epilepsi.

Diagnosen epilepsi blev stillet den 6. april 2016 på baggrund af *'de anamnetiske informationer samt at han er kendt med …* (ambulantepikrise af 11. april 2011 fra … Epilepsi Ambulatorium).

Uanset at [klageren] på tidspunktet for ulykken måtte have epilepsi, har Alm. Brand Forsikring ikke, på det foreliggende grundlag, med fornøden sikkerhed kunnet bevise, at epilepsi var hovedårsagen til ulykken.

Det er endvidere ikke korrekt, når der i skadestueanamnesen af 8. januar 2016 angives, at *'Siden dengang flere lign. Episoder, hvor han mister bevidsthed i en længere periode'* (ambulantnotat fra … Epilepsi Ambulatoriet den 4. februar 2016). [Klageren] oplyser i den forbindelse, at han alene har oplevet to episoder af 'fjernhed' i september/oktober 2015 under bilkørsel. Episoderne var af øjebliks varighed, han var ved bevidsthed og fortsat i stand til at føre motorkøretøj.

Det fremstår uklart om Alm. Brand Forsikring, med henvisningen til journalnotat af 16. april 2016, henviser til, at der skulle have været et fald i forbindelse med et epileptisk anfald ef-

ter ulykken eller hvorvidt Alm. Brand mener, at notatet understøtter Alm. Brands argument om, at årsagen til ulykken var at ulykken skyldtes et epileptisk anfald.

[Klageren] oplyser, at han ikke har haft fald grundet epileptiske anfald hverken før eller efter ulykken. Endvidere bemærkes det, at journalnotatet fra 16. april 2016 er fra kirurgisk ambulatorium i forbindelse med en ambulant undersøgelse af [klagerens] skulder. Dette journalnotat er dermed foretaget i kirurgisk sammenhæng, hvorfor epilepsidiagnosen (af 6. april jf. ovenfor) uden videre er lagt til grund af den behandlende læge. Notat kan dermed ikke anvendes som yderligere dokumentation for diagnosen, idet den behandlende lægge ikke har forholdt sig til denne diagnose, i forbindelse med en vurdering af skulderen. Notatet kan derfor heller ikke anvendes som dokumentation for de faktiske forhold ved ulykken.

Under 'Aktuelt' i Ambulant notat af 4. februar 2016, er alene angivet en formodning for fokal epileptisk anfald med temporal lokalisation. Dette kan ikke, med den fornødne sikkerhed, lægges til grund som hovedårsagen til ulykken.

Ligeledes er det anførte i besøgsnotat af 11. april 2016 en retrospektiv vurdering og udtryk for gisninger, i mangel af faste holdepunkter, som ikke kan lægges til grund som hovedårsagen til ulykken.

[Klageren] oplyser, at han husker lyden af plastik, da knallertens forskærm kolliderede med bommen, men at han ikke har erindring om hvad der skete efterfølgende, hvilket er en almindelig følge af at være bevidstløs. Der er således en reel mulighed for, at han har været uheldig og ramt bommen og først efterfølgende er blevet bevidstløs som følge af kollisionen med bommen.

Det bemærkes endvidere, at der af skadestueanamnesen fra den 7. januar 2016 fremgår: *'[50erne]-årig herre der i morges kl. 08.45 kommer kørende på scooter. Vågner pludselig op ved siden af scooter med hudafskrabninger på kroppen og mener han har et hukommelsestab på ca. 30 min.'* Af anamnesen optaget umiddelbart efter ulykken fremgår således ikke, at [klageren] skulle have fået et black out forud for ulykken, som resulterede i ulykken, men alene at han var bevidstløs i forbindelse med ulykken.

Der foreligger således en reel mulighed for, at epilepsi ikke er hovedårsagen til ulykken, men at der er tale om et ordinært sammenstød med en bom. [Klageren] har således sandsynliggjort, at ulykkesdefinitionen i forsikringsbetingelserne er opfyldt og dermed forsikringsbegivenhedens indtræden.

Alm. Brand Forsikring har ikke på det foreliggende grundlag med den fornødne sikkerhed dokumenteret, at hovedårsagen til ulykken var et sygdomsrelateret anfald/epilepsi.

[Klageren] er på denne baggrund berettiget til forsikringsdækning for sine skader som følge af ulykken."

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

Af lægevagtsnotat af 8/8 2015 fremgår det bl.a.:

> "Hustru ringer. Ifm. hækklipning i dag dårlig med pludseligt indsættende hovedpine der kommer fra nakken. Aftaler pt. skal ses akut i 1v.
> Handling: Visitation til konsultation
> Sendt til konsultation: … som haste.
>
> 08-08-2015 13:37 Vagtlæge: …
> Konsultationsnotat
> … -årig tidl. rask mand, der i dag ifm. hækklipning får pludseligt indsættende svær hovedpine med ledsagende smerter i nakken. Har forinden bemærket at han er begyndt at klippe skævt, hvilket han normal aldrig gør. Må ind og ligge og bemærker at han har sløret syn og er svimmel.
> Beskriver hovedpinen som den værste nogensinde.
> Obj. utilpas.
> BT 143/90 p 77
> Neurologisk findes pt. med normal undersøgelse hvad angår kranienerver og strakt-arm-test.
> Vurdering: OBS SAH."

I udskrivningsepikrise af 24/11 2015 er det bl.a. noteret:

> "Aktionsdiagnose:
> A DI606 Subaraknoidalblødning fra anden intrakraniel arterie
>
> EPIKRISE:
>
> Udskrivningsdiagnoser:
> DI60.6 - Subaraknoidalblødning fra anden intrakraniel arterie
> Henvisningsårsag:
> … -årig tidligere rask mand henvises via vagtlægen obs. SAH.
> Resumé af behandlingsforløb:
> Pt. indlægges 080815 via vagtlæge med pludselig indsættende svær hovedpine bifrontalt med samtidige nakkesmerter. CT af cerebrum viser SAH og efterfølgende CT-angio uden mistanke om aneurismer eller andre karmalformationer. Således SAH uden kendt blødningskilde.
> Pt. udskrives 170815 efter roligt forløb på afd. fraset hovedpine.
> Medicineringsplan:
> Som ved indlæggelse.
> Plan for opfølgning:
> Ikke planlagt opfølgning i neurokir. regi."

Af skadestueepikrise af 8/1 2016 fremgår det bl.a.:

> "… -årig herre der i morgens kl. 08.45 kommer kørende på scooter. Vågner pludselig op ved siden af scooter med hudafskrabninger på kroppen og mener han har et hukommelsestab på ca. 30 min.
> Kontakter efterfølgende egen læge som sender pt. i skadestuen. Pt. fortæller at han for ca. 5 mdr. siden har haft et subaraknoidalt hæmatom. Bliver fulgt i karkir. regi. Siden dengang flere lign. episoder, hvor han mister bevidsthed i en længere perioder, disse episoder er på ingen måde varslet. Efterfølgende har der hverken været urin-eller fæcesafgang, ikke noget tungebid, ikke træthed.

Da undertegnede ser pt. er de ortopædkirurgiske klager smerter fra ve. skulder samt hø. 5. metatars. I forhold til skulderen er pt. let palpationsøm, men der er fuld bevægelighed af skulderen.
Ved abduktion kan der palperes føring af supraspinatusmuskulaturen og pt. kan fuldt abducere. I forhold til 5. stråle er pt. hverken direkte eller indirekte øm sv. til denne smerte primært fra hælen. Der er normale neurovaskulære forhold omkring skaden.
RØNTGEN
uden tegn til fraktur.

Der er foretaget et ekg, hvor der ses sinusrytme uden tegn til iskæmi eller rytmeforstyrrelse. Undertegnede har taget kontakt til neurokirurgisk vagthavende. I samråd besluttes det at pt. skal have foretaget en CT af cerebrum. Neurokirurgisk vagthavende mener dog at der nok primært er tale om en neurologisk problemstilling, …. når der foreligger svar på CT.
…/ …
TILFØJELSE
Pt. har nu fået lavet en CT-skanning af cerebrum samt et røntgenbillede af hø. fod. Der er ikke fundet tegn til intracerebral blødning. Ligeledes er der ikke fundet tegn til fraktur, luksation eller andre akutte forandringer fra hø. fod.
Pt. kan gå rundt i Skadestuen uden smertepåvirkning.
Pt. har, som min kollega også nævner, hudafskrabninger på kroppen, men ingen af dem vurderes at kunne syes. Der er ikke nogen ortopædkirurgisk problemstilling med pt., og han overgives derfor til neurologisk forvagt, som tilser pt."

I udskrivningsepikrise af 11/1 2016 er det bl.a. noteret:

"EPIKRISE:
[50erne]-årig mand kendt med subarachnoidal blødning november 2015, konservativt behandlet, efterfølgende hovedpine.
Indlægges 08.01.2016 efter at faldet og vågner op ved siden af sin scooter med hudafskrabninger på kroppen. Mener at have været bevidstløs i ca. 30 min. Efter opvågning er han forvirret. Husker ikke hvad der er sket under episoden.
Patienten angiver at han tidligere har oplevet en episode, hvor han har været fraværende under 2 min.
Patienten har ikke haft nærsynkoper, ikke haft urinafgang eller fråde om munden.
I skadestuen er der lavet akut CT-skanning af cerebrum, som ikke viser akut blødning. Hudafskrabningerne behandles i skadestuen. Under indlæggelsen var patienten upåfaldende, var i habitualtilstand med hovedpine.
Neurologisk undersøgelse: normal.
Patienten er … og er i øvrigt kendt med hyperkolesterolæmi, ellers angiver han sig sund og rask, bortset fra problemer med skulder og hofter, i hvilke han tidligere er opereret.
Ingen medicin til daglig, ud over smertestillende.
Patienten er konfereret med afdelingslæge … og vi udreder for epilepsi, hvorfor der er bestilt rp. EEG
rp. MR-skanning af cerebrum mhp. epilepsiudredning.
Der er ligeledes sendt henvisning til kardiologisk afdeling mhp. udredning af synkopetilfælde.
Adspurgt til kardiologiske symptomer, angiver patienten ingen klager.

Patienten vil blive indkaldt til Epilepsiambulatoriet mhp. svar på undersøgelserne. Der er nedlagt kørselsforbud indtil patienten er set i Epilepsiambulatoriet.

Patienten udskrives i habitualtilstand og normale vitalværdier. Patienten er informeret om ovenstående og samtykker."

Af MR-beskrivelse af 26/1 2016 fremgår det bl.a.:

"EPIKRISE: 26-01-2016 MR-beskrivelse

MR-skanning af cerebrum uden intravenøs kontrast med special optagelser af temporallapper, den 26.01.2016 fra … viser et normalt kalibreret symmetrisk og midtstillet ventrikelsystem, med normale temporalhorn. Hippocampus og amygdala er normale med normale signalforhold. Der er et normalt kalibreret symmetrisk og midtstillet ventrikelsystem, ingen kortikal atrofi. Udbredte subkortikale og dybe hvid substanslæsioner, specielt i frontallapperne mindre udbredt i temporallapperne. Ingen anden fokal patologi. Ingen misdannelser eller migrationsdefekter.
Hypofysen og corpus pineale er normale. Næsens bihuler, mastoid, mellemøre og svælg er normale. Ingen forandringer i kraniet, med normalt signal fra knoglemarven. Den med fotograferede del af columna cervicalis og medulla cervicalis er normal. Undersøgelsen er afgrænset af nedenstående SKS koder.
RD:
Hippocampus og amygdala er normale.
Ingen misdannelser eller migrationsdefekter.
Mb. Binswanger eller subkortikal arteriosclerotisk encephalopati er en småkars sygdom, der ses hos patienter med hypertension, diabetes mellitus, hyper-cholesterolæmi eller andre vaskulære risiko faktorer som f.eks. rygning. Hvidsubstans læsioner ses hos næsten alle ældre medborgere, men når antallet overstiger det forventede må man mistænke en udløsende vaskulær årsag.
SKS koder: MR-skanning af cerebrum uden i.v. kontrast UXMAØØ + UXZ11"

Af indlæggelsesnotat af 4/2 2016 fra neurologisk afdeling, epilepsiambulatoriet, fremgår det bl.a.:

"EPIKRISE:

04.02.2016, Epilepsiambulatoriet
Notatet fungerer som indlæggelsesjournal.
Patienten indlægges på afd. N106 via Epilepsiambulatoriet. For nyligt indlagt i Neurologisk regi med samme problematik. Der henvises til indlæggelsesjournal fra 08.01.2016.
Som supplerende: Angiveligt morfica intolerance, hvor han fik respirationsstop under behandling. Er tidligere opereret i begge hofter med ……. operation, desuden opereret i begge skuldre på samme indikation.
Er kendt med osteopeni.
I august 2015 indlagt i neurokirurgisk regi, hvorefter han fik ukarakteristiske synsforstyrrelser, får pludseligt et smæld i nakken.
Akut indlagt, hvor CT-skanning af cerebrum påviste subarachnoidal blødning. CT-angio uden tegn til vaskulær malfomation, inkl. aneurisme. Konservativt behandlet og udskrevet.
ØVRIGE ORGANSYSTEMER
Systematisk adspurgt:
Kardiopulmonalt: Ingen klager.
Urogenitalt: Ingen klager.
Bevægeapparat: Kroniske smerter i skulder- og hofteområdet pga. artrose.
Gastrointestinalt: Ingen klager.

…
AKTUELT
Henvises efter kort indlæggelse på Neurologisk Afdeling til udredning på mistanke om epilepsi.
Siden subarachnoidal blødning i august 2015 haft tilfælde, hvor der beskrives:
Patienten er fjern kortvarigt, fra et halvt minut til to minutter, hvor han svarer sparsomt på spørgsmål med 'ja' eller 'nej'.
Mener at høre omgivelserne, men kan ikke svare relevant.
Altså suspekt for fokal epileptisk anfald med temporal lokalisation.
I september/oktober 2015 to tilfælde under bilkørsel, hvor han dog var i stand til at føre sin bil. Kom ikke til skade.
Total amnesi for et stykke tid af bilkørslen.
08.01.2016 indlagt efter formodet anfald, muligt generaliseret tonisk klonisk krampeanfald, hvor han fik en flænge i panden og faldt ned af sin scooter, som han var kørende på.
Observeres og udskrives til ambulant opfølgning med EEG-undersøgelse og MR-cerebrum. Tid til EEG 31.03.2016, som er helt uacceptabelt.
MR-skanning af cerebrum foretaget på Skørping Privathospital. Denne viser udtale white matter læsioner bilat. fronto-parietalt samt temporalt.
MR-skanning og klinikken fører til aktuelle indlæggelse.
OBJEKTIVT
Psykisk præsenterer patienten neutralt stemningsleje.
St. c.: Regelmæssig hjerterytme = perifer puls, lidt tendens til bradykardi på 80, kan skyldes nervøsitet.
Ingen mislyd over hjertet.
Som led i den aktuelle udredning henvist til EKKO, som angiveligt er foretaget på … Privathospital - der foreligger endnu ikke svar.
Blodtryk 132/85.
St.p.: I.a.
Neurologisk
Kognitivt: Nedsat hukommelse og koncentrationsevne.
Sprog: Tegn på impressiv afasi.
Kranienerver II-XII: Upåfaldende.
Ikke nakke.rygstiv. Laseque negativ.
Normal siddende balance. Normal sensibilitet i truncus.
OE og UE: Symmetrisk, normal muskelkraft og tonus. Der er egale, livlige dybe reflekser bilat. uden udvidet refleksogen zone.
Babinski tåfænomen negativt bilat.
Koordination: FNF og KHF uden tegn til ataksi.
Romberg negativ.
Gang: Upåfaldende.
KONKLUSION
På baggrund af MR-skanning, tidligere sygdomshistorie med uafklaret genese til subarachnoidal blødning i august 2015 samt efterfølgende kognitive deficit, tale med impressiv afasi samt anamnestisk suspekte anfaldsfænomener og muligvis et generaliseret tonisk klonisk krampeanafald og MR-skannings svar, vælges det et indlægge patienten på afd. 106 til nærmere udredning.
Der skal foretages MR-skanning af cerebrum med kontrast, lumbalpunktur med rutineprøver, paraneuroplasi og limbisk encephalopatipakke.
rp. Neurospykologisk vurdering
rp. talepædagogisk vurdering
rp. EEg
Alle henvisninger er sendt d.d.."

10. 90249

I ambulantepikrise af 11/4 2016 er det bl.a. noteret:

"Epikrise
07.04.2016, Epilepsiambulatoriet
Svar fra SSI: Autoimmun synaptisk encephalitis er negativ.
Glutam.decarb. (gad65)-antistof <75. I separate prøver målt til 42, som er positivt, dog ved neurologiske patienter betragtes en måling på <75, som negativ
Resultaterne skannes ind i Onbase."

I ambulantepikrise af 11/4 2016 er det yderligere noteret:

"Epikrise
06.04.2016, Epilepsiambulatoriet
Opfølgning efter indlæggelse.
MR-skanning af cerebrum med udtalte hvid substans forandringer uden forklaring på, det blev fundet.
Der foreligger neuropsykologisk og talepædagogisk vurdering.
Desuden foreligger der svar på de planlagte undersøgelser, levertal, væsketal, hæmatologi i.a. Thyreoidea i.a.
Immunoglobolin status i.a. M-komponent negativ.
Cerebrospinalvæske helt upåfaldende.
Svar fra SSI:
Paraneoplastisk syndrom: Negativ.
Limibisk encephalit: Afventes.
SSI kontaktes. Svar udbedes fremsendt til ambulatoriet, da det endnu ikke er modtaget.
EEG: I.a.
På baggrund af de anamnestiske informationer samt han er kendt med
SAH stilles med epilepsidiagnosen.
Opstares i behandling med Lamotrigin 25 mg dagligt, optrapning til
200 mg dagligt efter standardskema. Kontrol MR_skanning af cerebrum om 6 måneder.
Kontrol blodprøver og epilepsiledsageprøver samt S-lamotrigin om
3 måneder. Følges med kontrol hos epilepsisygeplejerske om 3 måneder og kontrol hos undertegnede om 6 måneder.
Patienten medbringer også sin observatioskaldender, hvor der er beskrevet enkeltvise fænomener i form af stress ledsaget af hovedpine, sløret syn som kan være provokeret af mindre oveskud i hverdagen, enkelte møder med flere personer eller blot fremmede personer samt familiemedlemmers mindre problemer. Det tyder på nytilkomne epileptiske anfald.
Patienten er i gang med kommunal afgørelse i forhold til arbejdsevne, men i forbindelse med det aktuelle er han blevet frigivet til en seks måneders rolig periode med tid til genoptræning (går til psykoterapeuter). Sagen skal genoptages til efteråret.
Når der foreligger svar fra SSI gives patienten skriftlig besked."

11. 90249

Af notat af 11/4 2016 fra neurologisk afdeling, epilepsiambulatoriet, fremgår det bl.a.:

"Besøgs notat **11.04.2016**

EPILEPSIAMBULATORIET
Retrospektivt kan man vurdere at pt. har haft reversibel cerebral vasokonstriktion syndrom. Talemæssige og hukommelsesmæssige vanskeligheder, samt symptomatisk epilepsi betragtes som følger hertil. …, overlæge/…

Væsketal, hæmatologi i.a. Thyreoidea i.a. Immunoglobolin status i.a. M-komponent negativ.

Patienten medbringer også sin observationskaldender, hvor der er beskrevet enkeltvise fænomener i form af stress ledsaget af hovedpine, sløret syn som kan være provokeret af mindre oveskud i hverdagen, enkelte møder med flere personer eller blot fremmede personer samt familiemedlemmers mindre problemer. Det tyder på nytilkomne epileptiske anfald. Hermed er det bevist mine symtomer der kan bevises først er kommet efter ulykken

04-02-2016
Besøgsnotat

Henvises efter kort indlæggelse på Neurologisk Afdeling til udredning på mistanke om epilepsi.

08.01.2016 indlagt efter formodet anfald. Stadig kun formodninger

Kognitivt: Nedsat hukommelse og koncentrationsevne.

Sprog: Tegn på impressiv afasi. Stadig kun tegn på epilepsi

Koordination: FNF og KHF uden tegn til ataksi. Romberg negativ. Endnu kun tegn."

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**Forsikringen dækker**

2.1. Direkte følger af ulykkestilfælde

2.1.1.
Ved ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskade.

For at opnå dækning er det et krav, at der er medicinsk årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Ved vurdering lægger vi blandt andet vægt på, om ulykkestilfældet er egnet til at forårsage personskaden. Det vil sige, om ulykkestilfældet i sig selv er nok til at forårsage/forklare skaden.

(Der er dog særlige regler for sport, motorcykel og fly, se punkt 2.3. og 2.4.)

2.1.2.
Drukning, ihjelfrysning og Insektstik er også ulykkestilfælde.

2.1.3.
Forsikringen dækker også følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsagen er besvimelse eller ildebefindende, som ikke skyldes sygdom.

Forsikringen dækker ikke

2.1. Sygdom m.m.

2.1.1.1. Sygdom
Ulykkestilfælde, der skyldes sygdom.

2.1.1.2.
Sygdom og udløsning af eksisterende sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde

2.1.1.3.
Forværring af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældig efterfølgende opstået sygdom.

2.1.1.4. Følger at behandling
Følger af tandlæge-, læge- eller anden behandling, som ikke er nødvendiggjort er et ulykkestilfælde, der er omfattet af forsikringen.

2.1.1.5. Smitte og overfølsomhed
Skader, der skyldes smitte - herunder fra med. Skader, der skyldes overfølsomhedsreaktioner.

2.1.1.6. Grov uagtsomhed, forsæt, beruselse m.v.
Ulykkestilfælde, der - uanset sindstilstand eller tilregnelighed - er fremkaldt af forsikrede med forsæt, ved grov uagtsomhed herunder selvforskyldt beruselse eller under påvirkning af narkotika og andre lignende giftstoffer, ved slagsmål eller håndgemæng, medmindre det godtgøres, at sikrede var sagesløs.

2.1.1.7. Overbelastning, nedslidning, og fødsler
Skader sket som følge af overbelastning af kroppen.
Varige følger som skyldes overbelastning af andre legemsdele end dem, der er beskadiget ved ulykkestilfældet.
Skader som følge al nedslidning.
Skader, der er opstået under fødsel.

2.1.1,6, Psykiske mén
Varigt mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor der Ikke er tale om begivenheder af exceptionel og katastrofelignende karakter.
Varigt mén i form af psykiske følger efter hændelser, hvor forsikrede Ikke selv har været direkte udsat for personskade."

13. 90249

Nævnet udtaler:

Klageren har den 11/3 2016 telefonisk anmeldt til selskabet, at han den 7/1 2016 var væltet på sin scooter på grund af et epileptisk anfald, og at han havde beskadiget en sene i sin venstre arm.

Selskabet har afvist at yde dækning under henvisning til, at hans fald på scooteren skyldtes et epileptisk anfald, og at forsikringen ikke dækker skader, der skyldes sygdom.

Efter en gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger, finder nævnet, at selskabet har bevist, at hovedårsagen til hændelsen den 7/1 2016 var sygdom.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i august 2015 havde en blødning i hjernen, og at det af journalnotat af 4/2 2016 fra epilepsiambulatoriet under "aktuelt" er anført, at klageren siden blødningen havde haft tilfælde, hvor han var fjern - tilfælde der varede fra et halvt til to minutter – hvilket gav lægerne mistanke om fokale epileptiske anfald med temporal lokalisation, og at han i september/oktober 2015 havde haft to tilfælde under bilkørsel, hvor han dog var i stand til at køre bil. Klagerens fald på scooter var ifølge lægerne et muligt generaliseret tonisk klonisk krampeanfald.

Nævnet har også lagt vægt på, at MR-scanning foretaget den 26/1 2016 har vist udbredte subkortikale og dybe hvide substanslæsioner, specielt i frontallapperne mindre udbredt i temporallapperne, og at man på denne baggrund samt på baggrund af klagerens sygehistorie i øvrigt valgte at indlægge klageren med henblik på nærmere udredning for epilepsi.

Nævnet har herudover lagt vægt på, at det af journalnotat af 8/2 2016 blandt andet er noteret, at det vel er sandsynligt, at de beskrevne fænomener er epileptiske, selvom EEG er normalt, og at det må overvejes, hvorvidt anti-epileptisk behandling er relevant, og at en overlæge på neurologisk afdeling, epilepsiambulatoriet, i notat af 11/4 2016 har noteret, at det retrospektivt må vurderes, at klageren har haft reversibel cerebral vaso-

konstriktion syndrom, og at talemæssige og hukommelsesmæssige vanskeligheder samt symptomatisk epilepsi betragtes som følger hertil.

Nævnet kan herefter 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.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt