Ankenævnet for Forsikring

Den 30. august 2017 blev i sag nr. 90651:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Chubb Insurance Company of Europe
Strandvejen 104 B
2900 Hellerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Den nu afdøde forsikringstager havde ulykkesforsikring med en dødsfaldsdækning på 750.000 kr. hos Chubb Insurance Company of Europe. Forsikringstagerens efterlevende hustru klager over, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssum i forbindelse med et anmeldt ulykkestilfælde den 2/1 2016.

Det fremgår af sagen, at forsikringstageren den 2/1 2016 faldt og slog baghovedet, og den 18/2 2016 afgik han ved døden. Selskabet henviser til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og dødsfaldet, og at forsikringen ikke dækker forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

I klageskema af 23/3 2017 har klageren bl.a. anført:

> "1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges
>
> [Forsikringstageren] afgår ved døden 18.02.2016, som følge af en faldulykke I januar. Der ansøges om udbetaling fra CHUUB og andet selskab. CHUBB afviser udbetaling på grund af eksisterende sygdom. Andet selskab har samme undtagelser som CHUBB, og de har udbetalt forsikringssum (da jeg ikke har kunne få deres begrundelse for udbetaling, vedlægges der ikke noget materiale fra dette selskab, men idet undtagelserne er identiske, forstår jeg ikke CHUBB's afslag, og derfor anker jeg sagen)

Afdelings lægen … ikke I tvivl om, at dødsfaldet skyldtes [forsikringstagerens] fald. [Forsikringstageren] har inden faldet, ikke været syg eller sengeliggende. Han har fungeret uden hjælp!

Jeg og [forsikringstagerens] læge kan ikke se at der ligger sygdom til grund for at [forsikringstageren] dør som følge af hans fald.
Se yderligere supplerende redegørelse

2. Hvad vil du konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

Udbetaling af forsikringssum"

I bilag vedlagt klageskema har klageren yderligere anført:

"**Handlingsforløb:**

2. januar 2016 snubler [forsikringstageren], og falder og slår sit hoved. Bliver fundet uden bevidsthed. (BILAG 2)

18. februar 2016 afgår [forsikringstageren] ved døden, som følge af sit fald. (BILAG 1)

[Forsikringstageren] er forsikret hos 2 forsikringsselskaber – de to selskaber har identiske betingelser omkring 'hvad de IKKE dækker' (BILAG 3). Det ene selskab udbetaler, mens CHUBB afviser at udbetale, da de mener [forsikringstageren] er kendt med flere sygdomme og der derfor er tale om udløsning af latente sygdomsanlæg.

31. marts 2016 afviser CHUBB første gang.

6. april 2016 anmoder jeg om forlængelse af klagefristen og nævner, at der mangler en klagevejledning.

6. april 2016 bekræfter CHUBB at fristen forlænges til den 1. juli 2016 og vedhæfter pr. mail klagevejledning (BILAG 15)

1.juni 2016 beder vi CHUBB se på sagen igen

20. juni 2016 afviser CHUBB igen (BILAG 6)

5. september 2016 sendes der klage til CHUBB (BILAG 8)

5. oktober 2016 har vi ikke hørt fra CHUBB og der sendes derfor en rykker (BILAG 9)

18. december 2016 sendes endnu en rykker til CHUBB fordi der intet er modtaget eller hørt fra dem (BILAG 10)

Efterfølgende mangler CHUBB dødsattest, og lægepapirer for at kunne behandle sagen. (BILAG 12+13)

14. februar 2017 modtages endnu et afslagsbrev fra CHUBB. (BILAG 14)

Jeg har talt med afdelingslægen fra Neurologisk afdeling … på [sygehus]. Lægen har været overbevist om, at min mands fald den 2. januar var en ulykke og at det, der var muligt

at teste i forhold til hans tilstand forudgående, ikke var forværret efter uheldet. Afdeling … sendte min mand til medicinerne i …, for at sikre, at der ikke lå noget medicinsk til grund for hans manglende bevidsthedstilstand. Dagen efter kom han retur til …, da intet havde ændret sig, siden man i … havde udtaget prøver sidst.

[Forsikringstageren] havde hverken været sengeliggende eller plejekrævende INDEN han faldt, og var han ikke faldet den 2. januar - havde jeg sikkert haft ham endnu - han var jo ikke døden nær, inden han faldt!

Jeg eller lægen mener ikke man kan sige at ulykkestilfældet skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg. Han falder fordi han er uheldig. Ligeledes er der ikke belæg for at tilstedeværende sygdom har forværret følgerne af ulykkestilfældet.

Lægen i … kunne godt forstå, at forsikringsselskaber kunne have forskellige forsikringsbetingelser og at det kunne forklare hvorfor man havde udbetalt erstatning fra det ene selskab, men ikke fra det andet (CHUBB). Efterfølgende har jeg sammenlignet de 2 selskabers forsikringsbetingelser - og der er INGEN forskel. Derfor giver afslaget fra CHUBB slet ingen mening.

CHUBB henviser i deres seneste afslag til at '[forsikringstageren] på det seneste har faldet en del'. Men de fald og faldet den 2. januar har ingen sammenhæng. Faldet den 2. januar var et direkte uheld at [forsikringstageren] snublede, da han fysisk skulle stille sine træsko, før han skulle gå op ad trappen. Der er det pågældende sted ingen mulighed for at gribe fat i noget.

[Forsikringstagerens] død skyldes ikke bestående sygdomme der er blevet forværret af faldet. [Forsikringstagerens] død skyldes alene en ulykke.

Grunden til denne anke, er at jeg flere gange har forsøgt at få CHUBB til at se på sagen igen, da det er meget uforståeligt at lægerne kan se så forskelligt på oplysningerne."

Hertil har selskabet i brev af 5/5 2017 til nævnet bl.a. gjort gældende:

"Det kan oplyses, at vi på vegne af Chubb Insurance Company of Europe behandler sagen og at der ikke gives frafald på kald og varsel.

Forsikringstageren (afdøde) har tegnet en ulykkesforsikring alene med en dødsfaldsdækning på kr 750.000 og policen var i kraft på skadetidspunktet.

Jfr punkt 4.0 i betingelserne dækker forsikringen ved død som følge af ulykkestilfælde som opstår i forsikringstiden. Ved et ulykkestilfælde forstås en tilfældig af den forsikredes vilje uafhængig pludselig udefra kommende indvirkning på legemet med en påviselig beskadigelse til følge – ved forfrysning, drukning, hedeslag eller solstik bortses fra kravet pludselig.

Jfr betingelsernes punkt 4.2 foreligger ret til dødsfaldserstatning, hvis ulykkestilfældet medfører forsikredes død indenfor 1 år fra ulykkestilfældet.

Jfr betingelsernes punkt 5.1 undtager forsikringen blandt andet ulykkestilfælde der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

Endvidere undtages forværring af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældig tilstødende sygdom.

Ifølge den modtagne anmeldelse, som er udfyldt af afdødes ægtefælle, antages det, at den nu afdøde, da han skal op af en kældertrappe, falder/snubler og falder bagover og derved slår baghovedet. Han findes uden bevidsthed liggende på ryggen på tværs af trapperetningen. Uheldet sker d. 2.1.2016. Der foreligger ingen oplysninger om spirituspåvirkethed.

Ovennævnte må anses som et ulykkestilfælde jfr betingelserne.

Skadelidte indbringes til … skadestue, hvor han på dette tidspunkt er ved bevidsthed og han overføres derefter til … Sygehus. Han er hospitaliseret i ca 5 uger, hvorefter han overføres til et plejehjem. Her afgår han ved døden d. 18.2.2016.

Diskussionspunktet i sagen er om hvorvidt ovennævnte uheld er årsag til dødsfaldet eller dette skyldes andre årsager.

Der vedhæftes en kopi af korrespondancen med klageren, hvoraf sagsforløbet fremgår.

Skadelidte er ifølge de i sagen værende journaloplysninger kendt med skrumpelever grundet alkoholmisbrug, ascitet (væske i bughulen), oesephagus varicer (åreknuder i spiserøret), forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, type 2 diabetes samt følger af tidligere hjerneblødninger, tilsyneladende både traumeudløste og ikke traumeudløste.

Ifølge vores lægekonsulent er det velkendt i lægelitteraturen at patienter med kronisk alkohol misbrug har øget risiko for intrakranielle blødninger grundet leverskaden samt den medfølgende vasculo- og koagulopati.

Ifølge dødsattesten er den umiddelbare dødsårsag Haemorrhagia subarachnoidalis (arteria cerebri media / hjernehindeblødning) men der angives tillige at alkoholisk levercirose, diabetes type 2, essentiel arteriel hypertension (højt blodtryk) samt hyperlipidæmi (forhøjet kolesterol) kan være medvirkende årsager.

Det skal bemærkes, at der ikke er foretaget obduktion.

Ifølge journaloplysningerne har faldet bevirket en overfladisk læsion af skalpen som blev suturet. En CT scanning ved indlæggelsen viser en mindre hjerneblødning som dog ved senere scanninger viser regression. Sådan som vi forstår journaloplysninger kan lægerne ikke forklare de tiltagende bevidsthedsudfald. Man mistænker tryk i hjernen som en mulig årsag men en lumbalpunktering for at måle tryk samt se hjernevæskens turbiditet ændrer ikke situationen og er heller ikke diagnostisk for en pågående blødning i hjernen.

Vores lægekonsulent har gennemgået de CT-scanninger der er foretaget. Vores lægekonsulent udtaler at CT-scanningen af hjernen på skadedagen viser at der i venstre pandelap er tidligere store infarkter som udtryk for tidligere blodpropper. Der er en beskeden blødning svarende til hjernens overflade og en beskeden blødning i hjernevævet. Hjernevævet er ikke ødelagt på en måde der tilsiger at der foreligger en strukturel hjerneskade af omfattende omfang. Skaderne er af den type og sværhedsgrad der ses ved moderate hjernerystelser. Senere CT-scanninger, uden kontrast, viser at der er regression af de radiologiske forandringer. Således er dette en sikker dog ikke betydelig hjerneskade og

hans svære bevidsthedsforandring og tab samt meget svingende bevidsthedsplan, må skyldes andre årsager end følgerne efter faldet.

Vores lægekonsulent vurderer at denne tilskadekomst på ingen nogen måde er dødelig og ikke på nogen måde er årsagen til dødsfaldet bedømt ud fra de radiologiske forhold.

Vi er ikke i besiddelse af billederne men kan om nødvendigt rekvirere disse.

Vi finder også at det tydeligt fremgår af journaloplysningerne i øvrigt, at hjerneblødningen af de behandlende læger ikke anses at være speciel alvorlig og på ingen måde i behandlingsforløbet anses at være livstruende.

Vi er derfor fortsat af den opfattelse at dødsfaldet ikke skyldes uheldet d. 2.1.2016 men derimod skadelidtes i forvejen svækkede helbredstilstand og skal således fastholde at klageren ikke er berettiget til erstatning."

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

Af skadestueepikrise af 2/1 2016 fremgår det bl.a.:

"Da: 02 01 2016 Tp: Epikrise DS060*: DS000* ini:...
SKADESTUEEPIKRISE 02 01 2016 kl. 21:46

Afsender:
Region… Sygehusvæsen
… AKUT AFD., SKADESTUE

Skadestuebesøg påbegyndt: 02 01 2016 kl. 16:39
Skadestuebesøg afsluttet: 02 01 2016 kl. 21:11

Aktionsdiagnose:
A DS060 Hjernerystelse

Andre diagnoser og behandlinger:
DS000 Overfladisk læsion af skalpen

EPIKRISE:
Vaccinationer
Røntgen
Ulykkestidspunkt 02.01.2016 kl.16:20
Skadetype ORTOPÆDISK KIRURGI
..-årig mand indbringes til [skadestue] efter at være faldet og slået baghovedet. Ved ankomst er pt. VK0x3 og GCS15. Pt. har været kortvarigt bevidstløs, hvorfor der bestilles en S100B iht. instruks. Denne er forhøjet, og samtidig er pt. tiltagende ukorrigerbar.

Pt. er aktuelt i CT-scanneren mhp. CT-cerebrurm saint CT-cervikalis,

Vitale værdier i skadestuen:BT186/68, P94. Tp37,2 og SAT 100.
Øjne er runde og egale med naturlig reaktion for lys.

Pt. har fået ialt 10 mg stesolid iv. mhp. beroligelse.
Videre plan efter CT ved KOL Jens.
/res.læge …

TILFØJELSE:
Ut. er informeret om fund af ICH, hvorfor nedenstående blot er en lille tilføjelse ifl. suturer i baghovedet. Pt. overflyttes til [hospital] videre behandling.

Pt. er blevet sutureret i baghovedet efter fald d.d."

I overflytningsnotat af 3/1 2016 fra neurologisk sengeafsnit er det bl.a. noteret:

"Overflytningsnotat
…-årig mand, kendt med levercirrose, diabetes, tidligere traumatisk SAH og SDH, overflyttet fra … Akutmodtagelse grundet fornyet hjerneblødning efter fald.

Anamnese som anført i primærjournal, kan ikke suppleres yderligere, da patienten ikke kan medvirke til anamneseoptagelsen.

Patienten kendt med mangeårig alkoholoverforbrug, på denne baggrund levercirrose. Hypertension, type 2 diabetes samt hyperkolesterolæmi. Tidligere enkelte krampetilfælde, ikke i forebyggende behandling.

Indlagt i går, da ægtefælle har fundet ham efter fald med slag mod venstre skulder og baghoved. Får foretaget CT-skanning af cerebrum, hvilken påviser nytilkommet parenkymates blødning i venstre frontallap med både friske og ældre elementer. Havde let SAH og SDJ i begge hemisfære. Ingen midtlinjeforskydning. Ligeledes foretaget CT-skanning af columna cervikalis, hvilken er i.a.
Rgt. af venstre skulder ikke beskrevet, men konf. med vagthavende radiolog, der ikke kan se nogen patologiske forandringer.

Objektivt

Blodtryk 123/62.	Puls 103.	Temp. 38,5.
Resp. 19.	Sat. 98 uden ilt.	

Patienten sover ved tilsyn, vågner lidt op på kraftig smertestimuli, men falder hurtigt hen igen. Kronisk medtaget. Huden med let gusten farve, men ellers varm og tør.
St.c.: Regelmæssig aktion med holosystolisk mislyd.
St.p.: Vesikulær respiration, uden bilyde bilateralt.
Abdomen: Fremstår udspilet, blødt og uømt ved palpation. Frie nyreloger. Let anstrengte tarmlyde.
Underekstremiteter: Med let ankelødem på højre side, staseeksem bilateralt.

Neurologisk
GCS 12-13 (02, V4-5, M6)
Patienten vågner gradvist op ved initiel ret kraftige smertestimuli, Kan efterfølgende åbne øjnene på opfordring, angiver at han er i … samt de første seks cifre af sit personnummer. Afasi eller mulig dysartri kan ikke vurderes grundet patientens bevidsthedspåvirkning.
Kranienerver II-XII: Patienten kan ikke medvirke til neurologisk undersøgelse, men der ses små runde med tvivlsom lysreaktion. Ingen blikdeviation. Parallelle øjenakser. Ingen ansigtsassymmetri og ingen nakke,- rygstivhed.

Motorisk: Let hypertrofisk muskulatur især i underekstremiteterne. Patienten kan ikke medvirke til kraftundersøgelse, men kan bringes til at løfte alle fire ekstremiteter fra sengen. Livlige reflekser i højre overekstremitet. Der kan ikke fremkaldes reflekser i venstre overekstremitet, da patienten ligger og spænder grundet smerter i sin skulder. Der kan ikke fremkaldes patella eller akillesreflekser. Ekstensiv plantarrespons bilateralt. Der vurderes normal tonus i højre arm og begge ben. Patienten ligger som tidligere nævnt og spænder i venstre arm, hvorfor tonus ikke kan vurderes her.

Paraklinik
Venøs biokemi: Der ses anæmi med hæmoglobin på 5,2, herudover hyperkaliæmi med kalium på 5,1. Hyponatriæmi, natrium 127, denne uændrede if ht. for. Spontan INR på 1,5. CRP på 14. Normale leukocytter.

Konklusion og plan
Der er således tale om en …-årig mand, kendt med aktiv alkoholoverforbrug og levercirrose samt tidligere SAH og SDH på trauamtisk basis. Nu indlagt med fornyet ICH samt mindre SAH og SDH. Konf. med neurokirurgisk afd…., der ikke har behandlingstilbud. CT-skanning af cerebrum med tumor suspekt proces frontalt, hvorfor der rekommanderet videre uredning med MR-skanning af cerebrum. patienten har siden indlæggelsen været let bevidsthedspåvirket og i morges lidt konfus og rodende. Er afebril, temp. 38,5, let takykart med puls på 103."

Af resultatet af CT-scanning foretaget den 13/1 2016 fremgår:

"CT cerebrum uden iv-kontrast
13-01-2016 kl. 09:33
Viser sammenholdt med 02.01.2016 at der er let regression af kontusionsblødninger i venstre thalamus og højre temporallap. Der ses fortsat blod i subaraknoidalrummet specielt i overfladefurerne på højre side samt blod i begge baghorn. Ventrikelsystemet er fortsat noget breddeøget uændret fra tidligere. Overfladefurerne er fortsat velbevarede. Man har indtryk af subdural hygromdannelse over begge hemisfærer som måler op til ca. 5 mm. Uændret substanstab frontalt sin. Der er bevarede basale cisterner. Der ses mega cisterns magna infratentorielt, men i øvrigt normale forhold. På knoglevindue ses ingen fraktur.

</CTD/1>
Let regression at kontusionsblødninger in prim frontalt sin og temporalt dexter
SAH i regression
Blod i begge baghorn- progression
Små subdurale hygromer over begge hemisfærer
Breddeøget ventrikelsystem- obs hydrocephalus"

Af journalnotat af 18/1 2016 fra neurologisk sengeafsnit fremgår det bl.a.:

"**18.01.2016 13:55 BES NEUROLOGISK SENGEAFS … Indlagt Notat LÆGE**

Første gang jeg ser patienten.
…-årige mand, kendt med langvarigt alkoholoverforbrug og deraf følgende cirrhosis stigmata, herunder påvirket syntese funktion med nedsat Albumin og koagulationsfaktorer.
Indlagt for 14 dage siden efter fald og hovedtraume med der er følgende mindre traumatisk hjerneblødning, konservativt behandlet. Har under hele indlæggelsen været encetalo-

patisk. Kun medvirket sporadisk til helt simple opfordringer. Kontrol CT af cerebrum har vist aftagende blødningssequelae, men fortsat udbredt hjerneatrofi formentlig alkoholisk betinget.
Det vurderes at den relativt beskedne hjerneblødning ikke er hovedårsag til patientens svækkede bevidsthedsniveau, men formentlig er resultat af en kombineret leverinsufficiens, kronisk og akut hjernepåvirkning. Aktuelt intet rehabiliteringspotentiale, men vurderes neurologisk stabil og færdigbehandlet. potentielt imidlertid reversibel eller måske behandlelig leverpåvirkning, hvorfor der er aftalt overflytning til gastromedicinsk afdeling … så snart plads haves.
Patienten kan ikke samtykker til ovenstående.

…, afdelingslæge

Af journalnotat af 23/1 2016 fra neurologisk sengeafsnit fremgår det bl.a.:

"Patienten tilbageflyttet fra Medicinsk Afdeling, [sygehus], efter man har udelukket mistanke om hepatisk encefalopati til videre behandling.
Ved tilsyn ligger patienten i sengen og sover. Halvåbne øjne ved tiltale og jamrer lidt.
Har lidt blå mærker på venstre skulder og venstre arm og ved passiv bevægelse af venstre skulder grimasserer han lidt og jamrer sig. Røntgen af venstre skulder den 04 01 16 har vist ingen fraktur på selve skulderregionen, men på den medfotograferede del af brystkassen ses fraktur af formentlig venstre costa 4 og 5, dog uden tegn på pneumothorax og foreslår regelret røntgen af thorax i to projektioner med henblik på nærmere udredning af dette.
Paraklinsk: Dagens blodprøver viser normaliseret leukocytter 7, faldende CRP på 17. Fortsat lav hæmoglobin på 5,4. Let stigende natrium på 134. Kreatinin på 55. Normal ALAT og bilirubin. Fortsat lav albumin på 23.
Kontrol CT-skanning af cerebrum den 13 01 16 har vist let regression af kontusionsblødning i primært venstre side frontalt og højre side temporalt og i SAH. Der ses let breddeøget ventrikelsystem, obs. hydrocephalus med progression af blod i begge baghorn.

Objektivt
Halvåbne øjne ved tiltale. Jamrer sig. Efterkommer slet ikke opfordringer. Således Glasgow Coma Score 12.
Normale og egale pupiller med naturlig lysreaktion. Umiddelbart ikke tegn på blikdeviation.
Dagens værdier er stabile med blodtryk på 156/85. Temperatur 37,2.

Konklusion og plan
Således …-årig mand kendt med langvarigt alkoholoverforbrug med komplikationer i form af inkompenseret cirrhose, hepatisk ascites og tidligere varicer, dog uden blødning. Indlægges primært den 03 01 16 med CT-verificeret traumatisk blødning af både SAH, SDH og parenkymatøs.
Grundet vedvarende fluktuerende bevidsthedspåvirkning overflyttes han den 20 01 16 til… Sygehus, Medicinsk Afdeling, på mistanke om mulig hepatisk encefalopati, hvilket udelukkes, hvorfor han tilbageflyttes til os med henblik på videre observation og behandling.
Ved dagens undersøgelse er patientens bevidsthedstilstand stort set uændret i forhold til tidligere, aktuel Glasgow Coma Score. Umiddelbart ikke tegn på infektion, patienten har normale infektionstal og er afebril.
Kontrol CT-skanning af cerebrum fra den 13 01 16 har vist regression af parenkymatøs- og SAH-blødning, men der er lidt progression af blødning i baghorn og lidt breddeøget ventrikelsystem, obs. hydrocephalus.

En mulig posttraumatisk hydrocephalus kan være medvirkende til aktuelle bevidsthedspåvirkning. Der er allerede bestilt kontrol CT-skanning af cerebrum, afventer denne.
Desuden er der også bestilt røntgen af thorax med henblik på nærmere afklaring af 4. og 5. costafraktur.
Desuden afventes MR-skanning af cerebrum den 04 04 16 obs. malignitet bag den venstre frontal parenkymatøse blødning.
kontrol af væske- og infektionstal til i morgen
Stillingtagen til videre plan, når der er svar på CT-skanning af cerebrum.
Patientens hustru som er til stede ved stuegang informeres om ovenstående og accepterer."

I udskrivningsepikrise af 23/1 2016 fra neurologisk afdeling er det bl.a. anført:

"**D. 23 01 2015 Tp: Epikrise Dg: IDS068fr*: DK704C4; DR673*DS000* INI:.**
UDSKRIVNINGSEPIKRISE 23 01 2016 kl. 11:02

Afsender:
Region … SYGEHUSVÆSEN
… NEUROLOGISK AFD.

Indlæggelsesdato: 03 01 2016 kl. 11:18
Udskrivningsdato: 20 01 2016 kl. 15:05

Aktionsdiagnose:
A DS068D Traumatisk intrakraniel blødning UNS

Andre diagnoser og behandlinger:
DK704C Alkoholisk leverinsufficiens med koma
DR673 Fuldstændig afhængig
DS000 Overfladisk læsion af skalpen

EPIKRISE:
…-årig mand kendt med kronisk alkoholmisbrug og levercirrose
indlægges efter fald med hovedtraume:
CT-cerebrum med traumatisk parenkymatøs blødning, SAH og SDH.
På lille mistanke om tumorsuspekt område i blødningen, er der bestilt
kontrol MR-cerebrum til om 3 måneder.
Vekslende bevidsthedsniveau under indlæggelsen.
Ligger og svinger GCS 12-15.
Ingen sikker progression i tilstanden.
Kontrol CT-cerebrum med regression af blødning.
Let forhøjet s-amonium og øvrige levertal under indlæggelsen.
Patientener efter konference med gastro-/levermedicinsk vagthavende opstartet i levercoma-regi. Bevidsthedssløring er vurderet at være en kombination al leverinsuffieiens og traumatisk blødning. Aktuelt er der ikke fundet rehabiliteringspotentiale ved vurdering af fys og ergo.
Efter aftale med gastromedicinsk vagthavende overflyttes patienten derfor til videre behandling på … Sygehus. Er ved overflyttelsen vurderet neurologisk stabil og færdigbehandlet. Skal dog have tid ambulant kontrol i neurologisk regi med svar på opfølgende MR-skanning, som patienten har tid til den 04.04.16.
Medicin ved udskrivelse er afstemt I OPUS.
…, reservelæge/lokha

Kurven er domineret af 1-3 Hz aktivitet, amplitude op til 90 µV. Ses også flere steder i kurven som periodiske udladninger af 3-4 Hz, men ingen egentlig afladning efterfølgende. men 1-3 Hz. Amplitude op til 70 µV.
lngen ændring ved åbning af øjne.
Ingen hemisfæreforskel.

Intet lokalt eller epileptiformt.

Konklusion ABNORMT
Diffus deltaaktivitet.

Encephalopatisk billede, som det f.eks. kan ses på metabolisk, toxisk eller infektiøs basis."

Af resultat af CT-scanning foretaget den 28/1 2016 fremgår:

"CT cerebrum, uden iv-kontrast
28-01-2016 kl. 10:08
Viser sammenholdt med 13.01.2016 at der nu ses let yderligere regression af de parenkymatøse kontusionsblødninger, der resterer dog fortsat en mindre blødning i venstre frontallap. Der er fortsat blod i venstre ventrikels baghorn. Der ses nu tiltagende diameter af ventrikelsystemet inkl. temporalhornene forenelig med let tiltagende hydrocephalus. Overfladefurerne er fortsat velbevarede og der er fuld regression af de bilaterale hygromer.

<./CTD/>
Regression at kontusionsblødninger bilat.
Fortsat kontusions hæmorragi i venstre frontallap. Blod i ventrikelsystemet. Tiltagendehydrocephalus. Regression at bilaterale hygromer."

Af ambulant notat af 28/1 2016 fra neurologisk afdeling fremgår det bl.a.:

"**28.01.2016 16:05 BES NEUROLOGISK SENGEAFS…. Indlagt Notat LÆGE**
CT-C viser tiltagende hydrocephalus. Klinisk er pt. uændret. Åbner øjnene ved kraftig tiltale og smertestimulation. Der er ikke nogen verbal kontakt. Efterkommer ikke opfordringer men lokaliserer. Scorer således 10-11 på GCS. If. personalet fluktuerer han noget i dagtimerne.
Pt.s CT-skanning er konf. med neurokirurgisk … på [hospital], der har sammenlignet med skanningen fra d. 03.01.16, og man mener at pt. på det tidspunkt også havde et lidt større ventrikelsystem, og man mener ikke at kunne forklare pt.s bevidsthedspåvirkning ud fra denne skanning. Specielt mener man ikke at der er mistanke om decideret hydrocephalus. Man forslår fra [hospital] at man kan forsøge at lumbalpunktere pt. og tappe noget væske ud, fx 30 ml, for at se om pt. klarer op. Hvis han gør det, vil man overveje om han skal have en shunt.
Men inden man lumbalpunkterer, synes jeg at det er relevant med et eeg, hvorfor rp. eeg
Eeg-vagten kontaktes i morgen tidlig mhp. dette.

…, afd.læge/lopi, lægesekr."

11. 90651

Af journalnotat af 2/2 2016 fra neurologisk sengeafsnit fremgår det bl.a.:

"**02.02.2016 14:53 BES NEUROLOGISK SENGEAFS, … Indlagt Notat LÆGE**
Eeg fra i går har været uden status. Patient er klinisk uændret, er fortsat svært bevidsthedspåvirket. Reagerer kun pa smertestimulation. Som foreslået at neurokirurgerne Rp. lumbalpunktur,
hvor der i sterile forhold forsøges lumbalpunktur uden held, anæstesilægen hjælper med det.
Der tappes op til 30 ml væske, som er foreslået af neurokirurgerne, for at se om patienten på nogen måde klarer op. Hvis han gør det, vil det tale for hydrocephalus, og neurokirurgerne vil evt, lægge en VP-shunt på ham.
Der tages endvidere fra til rutineprøver, hvor der findes normale celler, protein er der ikke svar på endnu.
…, afd.lmge/tssm,lægesekretær

03.02.2016 11:53 BES NEUROLOGISK SENGEAFS…. Indlagt Notat LÆGE
Klinisk er patienten fuldstændig uændret, dvs, at bevidsthedsniveau ikke har ændret sig, efter vi har lumbalpunkteret ham og tappet ham for op til 30 ml. spinalvæske. Patienten ligger fortsat med lukkede øjne, reagerer kun på smertestimuli. Der er normale celler og normal protein i spinalvæsken, dvs, ingen mistanke om CNS-infektioner.
Der konkluderes således, at patientens tilstand skyldes hans traumatiske blødning, og tidligere alkoholoverforbrug. På nuværende tidspunkt er der ikke noget træningspotentiale, og der aftales, at patienten kan udskrives til plejehjemmet.
Patientens hustru, som er med til stuegang, vil gerne tale med socialrådgiver, og der udleveres telefonnummer på socialrådgiver til patientens hustru.
Patienten er således behandlingsmæssigt færdig."

Af ambulantnotat af 4/2 2016 fremgår det bl.a.:

"Da: 04 02 2016 Tp: Epikrise Dq: DG989*: AZAC3* Ini: …
AMBULANTNOTAT 04 02 2016 kl. 10:12

Afsender:
...
REGION … SYGEHUSVÆSEN
ROS NEUROL. NEUROFYS. AMB.

Første ambulantbesøg: 01 02 2016 kl. 08:00
Seneste ambulantbesøg: 01 02 2016 kl. 08:30

Aktionsdiagnose:
A DG989 Anden sygdom i nervesystemet IKA
+AZAC3 regionsfunktion

EPIKRISE:
EEG-undersøgelse

EEG nr.: CO251 Dato: 01-02-2016 12:17:43 UndersøgelsesIængde: 01:06:38
Tidl. EEG: Ja (Abnormt R4643)
Informeret samtykke: Ja x Nej

Klinisk oplæg

…-årig mand kendt med langvarigt alkoholoverforbrug med komplikationer i form af inkompenseret cirrhose, hepatisk ascites tidligere varicer, dog uden blødning. Indlægges primært den 03 01 16 med CT-verificeret traumatisk blødning af både SAH, SDH og parenkymatøs.
Hepatisk encefalopati er udelukket, umiddelbart ikke tegn på infektion, patienten har normale infektionstal og er afebril. EEG d. 29/1-16 viste tegn til non konvulsiv status, med god effekt på stesolid.
Han er fortsat bevidsthedspåvirket og åbner kun øjne ved smertestimulation. Efterkommer ikke opfordringer. Nyt EEG ønskes obs, fortsat non konvulsiv status epileptieus.

Medicin
Levetiracetam 500 mg x 2.

EEG-rapport
AKUT/CEEG. Vågner let op ved kraftig tiltale, men ikke meget. Urolig i forbindelse med hoste. Følger ikke opfordringer.

AKUT. Patienten renere ikke på tiltale eller smertestimuii. Hoster en del. Pladelektroder. EKG og EOG højre øje.

Post central dominant aktivitet kan ikke vurderes, Generelt nedsat akt. pa 2-3 Hz amplitude 80 µV
Ingen hemisfæreforskel.

På denne baggrund ses periodiske udladninger med spids morfologi, amplitude 120 uV. IBI 3-4 sekunder.
Kl. 11:22:02 gives 5 mg Stesolid og igen kl. 11:29:22. Efterfølgende ses ændringer på EEG, de periodiske komplexer forsvinder og klinisk er patienten (vurderet af hans klinisk læge) mere vågen. Endvidere ses spontant bevægelse.

Konklusion
Abnormt.

KEINISK KOMMENTAR
Tilstanden er konfereret med henvisende læge, Formentlige NCS tilstand. Patienten opstarter AED behandling."

13. 90651

Af dødsattesten af 19/2 2016 fremgår det bl.a.:

Dødsårsag I. Det sygdoms- , misbrugs- og/eller skadesforløb der førte til døden.			ICD 10	Tidsrum mellem relevant sygdoms opståen og dødens indtræden
A	Den umiddelbare dødsårsag:	Haemorrhagia subarachnoidalis (arteria cerebri media)	I601	2 Måneder
B	Som var en følge af:			
C	Som var en følge af:	Afhængighedssyndrom som følge af alkoholbrug	F102	15 År
D	Den tilgrundliggende dødsårsag:			

Dødsårsag II. Andre stadig aktive sygdomme, misbrug eller skader, der kan have medvirket til døden.	ICD 10	Tidsrum mellem relevant sygdoms opståen og dødens indtræden
Alkoholisk levercirrose	K703	År
Diabetes mellitus type 2 uden specifikation	E119	År
Essentiel arteriel hypertension	I109	År
Hyperlipidæmi uden specifikation	E785	År

Dødsmåde Naturlig død ☐ Ulykke ☒ Selvmord ☐ Drab/vold ☐ Uoplyst ☐

Hændelses-sted Transport-område ☐ Bolig-område ☐ Produktions-område ☐ Handels-område ☐ Skole og institution ☐ Sports-område ☐ Forlystelse og parkområde ☐ Fri natur ☐ Hav og so område ☐ Andet ☐

Medicin præparat (handelsnavn):		ATC:	
Medicin præparat (handelsnavn):		ATC:	
Medicin præparat (handelsnavn):		ATC:	

Obduktion: Retslig: ☐ Hospital: ☐ Forbud: ☐ Ingen: ☒

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**4.0 Hvad dækker forsikringen**

4.1 Forsikringen dækker ved død som følge af ulykkestilfælde, der opstår i forsikringstiden. Ved ulykkestilfælde forstås en tilfældig af den forsikredes vilje uafhængig af pludselig udefra kommende indvirkning på legemet med den påvisning beskadigelse af dette til følge- ved forfrysning, drukning, hedeslag eller solstik bortses fra kravet pludselig.

4.2 Ret til dødsfaldserstatning foreligger, hvis ulykkestilfældet medfører forsikredes død indenfor 1 år fra ulykkestilfældet. I forsikringspolicen angives hvilken erstatning som udbetales ved forsikredes død.

5.0 Hvad forsikringen ikke dækker

5.1 Undtaget fra forsikringen er:

Ulykkestilfælde der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selv om sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde.

Forværring af følgerne af ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

Følger af lægelig behandling som ikke er nødvendiggjort af et af forsikringen omfattet ulykkestilfælde."

14. 90651

Nævnet udtaler:

Den nu afdøde forsikringstagers hustru klager over, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldssummen. Klageren har anført, at ægtefællen den 18/2 2016 afgik ved døden som følge af et ulykkestilfælde, hvor han faldt og slog baghovedet, og herved pådrog sig blødninger i hjernen. Hustruen har oplyst, at ægtefællen ikke forud for ulykken havde været syg eller sengeliggende, og at han klarede sig uden hjælp. Hun har desuden oplyst, at et andet selskab, med stort set identiske forsikringsbetingelser, har udbetalt dødsfaldssummen.

Selskabet har henvist til, at der ikke er årsagssammenhæng mellem den anmeldte hændelse og dødsfaldet, og at forsikringen ikke dækker forværring af følgerne af et ulykkestilfælde, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

Klageren blev den 2/1 2016 indbragt på skadestuen efter at være faldet og slået baghovedet. Ifølge skadestueepikrise af samme dato havde faldet bevirket en mindre læsion af skalpen. En CT-scanning ved indlæggelsen viste en intrakraniel blødning, som dog ved senere scanninger viste regression.

Det fremgår af journaloplysningerne, at klagerens ægtefælle var kendt med skrumpelever grundet alkoholmisbrug, ascitet (væske i bughulen), oesephagus (æreknuder i spiserøret), forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, diabetes type II samt følger efter tidligere hjerneblødninger.

Af journalnotat af 18/1 2016 fra neurologisk sengeafsnit fremgår det blandt andet "…-årig mand kendt med langvarigt alkoholoverforbrug og deraf følgende cirrhosis stigma, herunder påvirket syntese funktion med nedsat albumin og koagulationsfaktor. Indlagt for 14 dage siden efter fald med hovedtraume med der er følgende mindre traumatisk hjerneblødning, konservativt behandlet. Har under hele indlæggelsen været encefalopatisk. Kun medvirket sporadisk til helt simple opfordringer. Kontrol CT af cerebrum har vist aftagende blødningssequelae, men fortsat udbredt hjerneatrofi formentlig alkoholisk betinget. Det vurderes at den relativt beskedne hjerneblødning ikke er hovedårsag til

patientens svækkede bevidsthedsniveau, men formentlig er resultat af en kombineret leverinsufficiens, kronisk og akut hjernepåvirkning ".

I udskrivningsepikrise af 23/1 2016 er det anført, at årsagen til ægtefællens bevidsthedssløring vurderes at være en kombination af leverinsufficiens og traumatisk blødning.

Af journalnotat af 28/1 2016 fremgår "CT-C viser tiltagende hydrocephalus. Klinisk er pt. uændret. Åbner øjnene ved kraftig tiltale og smertestimulation. […] Pt.s. CT-scanning er konf. Med neurokirurgisk BV på RH der har sammenlignet med skanningen fra d. 03.01.16, og man mener at pt. på det tidspunkt havde et lidt større ventrikelsystem, og man mener ikke at kunne forklare pt.s bevidsthedspåvirkning ud fra denne skanning. Specielt mener man ikke at der er mistanke om decideret hydrocephalus. Man foreslår fra RH at man kan forsøge at lumbalpunktere pt. og tappe noget væske ud, fx 30 ml, for at se om pt. klarer op. Hvis han gør det, vil man overveje om han skal have en shunt".

I journalnotat af 1/2 2016 er det anført, at hepatisk encefalopati er udelukket, og at der ikke umiddelbart er tegn på infektion.

Det fremgår af journalnotat af 2/2 2016, at der er foretaget lumbalpunktur, som har vist normale forhold. Ægtefællens bevidsthedsniveau er uændret. Det konkluderes, at ægtefællens tilstand skyldes den traumatiske blødning og tidligere alkoholoverforbrug, og han udskrives til plejehjem.
Ifølge dødsattesten af 19/2 2016 er den umiddelbare dødsårsag haemorrhagia subarachnoidalis (arteria cerebri media), men det er angivet, at ægtefællens alkoholiske levercirrose, diabetes type II, essentiel arteriel hypertension samt hyperlipidæmi uden specifikation kan have været medvirkende årsager til dødsfaldet.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.1, at forsikringen ikke dækker ulykkestilfælde, der skyldes sygdom eller udløsning af latente sygdomsanlæg, selvom sygdommen er opstået eller forværret ved et ulykkestilfælde, ligesom forsikringen ikke

dækker forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.

Nævnet bemærker indledningsvist, at det indklagede selskab ikke er bundet af et andet selskabs afgørelse.

Efter en gennemgang af sagen, herunder det lægelige materiale og dødsattesten, finder nævnet efter en samlet vurdering, at selskabet har bevist, at faldet den 2/1 2016 ikke var hovedårsagen til ægtefællens død, idet nævnet finder at måtte lægge til grund, at ægtefællen næppe ville være afgået ved døden, hvis han ikke havde været svækket i den angivne grad som følge af sit alkoholoverforbrug og de hertil relaterede sygdomme, han led af forud for ulykkestilfældet.

Nævnet har herved blandt andet lagt vægt på, at klagerens ægtefælle blandt andet led af skrumpelever som følge af alkoholoverforbrug, og at det af dødsattesten fremgår, at dette formentlig har været en medvirkende årsag til dødsfaldet.

Nævnet har også lagt vægt på, at det i journalnotat af 18/1 2016 er noteret, at der er tale om en mindre traumatisk hjerneblødning, og at det vurderes, at den relativt beskedne hjerneblødning ikke er hovedårsagen til ægtefællens svækkede bevidsthedsniveau, men formentlig et resultat af en kombineret leverinsufficiens, kronisk og akut hjernepåvirkning.

Nævnet har desuden lagt vægt på, at efterfølgende CT-scanninger har vist regression af blødningen, og at lægerne ikke har været i stand til at finde en anden medicinsk forklaring på ægtefællens tiltagende bevidsthedsudfald. På denne baggrund kan nævnet ikke kritisere, at selskabet har afvist at udbetale dødsfaldsdækning til klageren.

17. 90651

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand