Ankenævnet *for* Forsikring

Den 21. marts 2018 blev i sag nr. 91618:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring mod kritisk sygdom i PFA Pension. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom i anledning af en anmeldt blodprop i hjernen.

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ikke har godtgjort, at han har fået stillet en diagnose, der opfylder betingelserne for udbetaling.

I bilag til klageskema af 23/11 2017 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

> "**PÅSTAND:**
>
> PFA Pension skal anerkende, at klagers blodprop i hjernen er dækningsberettigende, og udbetale forsikringssummen med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24.

SAGSFREMSTILLING OG ANBRINDENDER:

Denne sag drejer sig om, hvorvidt [klageren] er berettiget til udbetaling fra sin forsikring ved visse kritiske sygdomme, i anledning af at han har fået konstateret en blodprop.

Som **bilag 1** fremlægges PFA Pensions forsikringsbetingelser pr. 1. januar 2014, som var gældende på diagnosetidspunktet.

Det fremgår af betingelsernes § 6, stk. 3, at blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger er en dækningsberettiget forsikringsbegivenhed.

De specifikke diagnosekriterier fremgår af § 7, stk. 1, nr. 6, hvoraf fremgår, at;

'[...] blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger definerer PFA Pension som en akut opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed[...]

og videre,

'hvor tilfældet har medført blivende følger i form af neurologiske udfald, svarende til den ved hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse.'

oooOOooo

Som **bilag 2** fremlægges journal fra egen læge. Som **bilag 3** fremlægges journal fra Regionshospitalet ….

Af bilag 2 og bilag 3 fremgår det, at [klageren] var indlagt den 3. juli 2014 på grund af et TCI-tilfælde med symptomer i form af venstresidig lammelse af få minutters varighed.

Det bemærkes i den forbindelse, at årsagen til, at TCI-tilfældet (forbigående blodprop) fremhæves her, er, at det er velkendt, at patienter med TCI-tilfælde har markant øget risiko for at få manifest apopleksi.

Den 17. februar 2015 blev [klageren] pludselig svimmel under et møde, og mistede kortvarigt bevidstheden. I forbindelse med episoden beskrives der kontusion (slag mod hovedet) og kommunikationsvanskeligheder.

[Klageren] blev samme dag indlagt på Regionshospitalet … jf. bilag 3. Konklusionen ved undersøgelsen på Regionshospitalet … var, at [klageren] havde haft et 'almindeligt' tilfælde af besvimelse.

Siden episoden den 17. februar 2015 er der imidlertid beskrevet kronisk træthed, koncentrationsproblemer, nedsat overblik, svimmelhed og dysfagi (synkebesvær og problemer med at spise, drikke og synke).

[Klageren] bliver derfor udredt videre på Neurologisk Ambulatorium på … hospital, i hvilken forbindelse der bliver foretaget MR-scanning, som viser følger efter et kortikalt infarkt i venstre cerebellare hemisfære jf. **bilag 4**.

Som **bilag 5** fremlægges beskrivelse af MR-scanningen fra neuroradiologisk overlæge …, hvoraf fremgår, at der er substanstab foreneligt med infarktsequale (følger efter blodprop).

Som **bilag 6** fremlægges epikrise fra Neurologisk Ambulatorium på … hospital hvoraf fremgår, at infarktet kunne bidrage til [klagerens] symptomer på svimmelhed, opstået i februar 2015.

[Klageren] blev yderligere udredt ved speciallæge i neurologi, dr. med. … jf. speciallægeepikrise oprettet 7. februar 2017 fremlagt som **bilag 7**, da symptomer som kronisk træthed, koncentrationsproblemer, svimmelhed og fejlsynkning mv. fortsat bestod.

Konklusionen på udredningen var blandt andet, at;

'Pt.'s symptomer kan efter min opfattelse godt alle være forårsagede af den cerebellare apoplexi og påvirket kredsløb i hjernestammen.'

Sagens bilag, herunder lægeligt materiale, scanningsbilleder mv., har været forelagt speciallæge i neurokirurgi … med henblik på udarbejdelse af en uvildig vurdering. [Speciallæges] erklæring af 11. september 2017 fremlægges som **bilag 8**.

Vurderingen er, at [klageren] den 17. februar 2015 pådrog sig følger til apopleksi, som omfatter lillehjernen og tillige microcirculation til hjernestammen i henhold til de tydelige synkeproblemer mv.

Der er således tydelig og entydig dokumentation for, at [klageren] den 17. februar 2015 pådrog sig en blodprop, som desværre har medført blivende følger i form af koncentrationsbesvær, svimmelhed, kronisk træthed samt synkeproblemer og besvær med at spise og drikke.

[Klageren] opfylder derfor forsikringsbetingelsernes diagnosekriterier for udbetaling af dækningssum for blodprop.

PFA Pension har imidlertid valgt at afvise dækning. PFA Pension har haft skiftende begrundelser for afvisningen, men der blev lavet en endelig vurdering, som blev fremsendt til [klageren] ved brev af 3. april 2017. Brevet fremlægges som **bilag 9**."

Selskabet har i brev af 19/12 2017 til nævnet bl.a. anført:

"**Hvilken type forsikring er der tale om?**
Forsikredes ordning er tegnet pr. 1. juli 2013. Ordningen omfatter bl.a. dækning for kritisk sygdom. Der henvises til forsikringsbetingelserne (forsikredes bilag 1).

Hvad handler tvisten om? - parternes overordnede synspunkter
Forsikrede er utilfreds med, at PFA har afvist at udbetale engangssum ved kritisk sygdom som følge af et besvimelse den 17.februar 2015. Selskabet fastholder, at forsikrede ikke opfylder kriterierne for udbetaling.

4. 91618

Sagsfremstilling
Forsikrede ansøgte den 5. marts 2016 om udbetaling af engangssummen. I ansøgningen (bilag A) anførte han;

- at han den 5. juli 2014 blev indlagt på grund af lammelser i venstre side,
- at han den 17. februar 2015 blev indlagt på grund af bevidsthedstab, og
- at han den 14. januar 2016 fik stillet diagnosen 'Cerrebellart infarkt'.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 7 punkt 6, at forsikringen dækker
…
Følgende tilfælde er undtaget fra dækning:
…
Endvidere er der krav om, at diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket. Endelig er det en betingelse for dækning, at de beskrevne neurologiske følger er bekræftet af en neurologisk speciallæge i forsikringstiden.

PFA indhentede og modtog i forbindelse med skadesanmeldelsen en række lægelige akter, og selskabet vil i det følgende gennemgå relevante uddrag herfra.

Det fremgår af journalnotat fra neurologisk hospitalsafdeling den 3. juli 2014 kl. 22:28 (bilag A), at forsikrede samme dag *'... blev indlagt efter at han ved 18 tiden har haft et par minutters føleforstyrrelse og bevægeforstyrrelse på ve. arm og ve. ben samt føleforstyrrelse i ve. side af ansigtet'.* Det fremgår desuden, at forsikrede kl. 18 oplevede, *'...hvorledes han pludselig fik en snurrende fornemmelse i sin ve. arm og ve. ben. Han føler, at han har svært ved at styre begge dele. Havde ligeledes en let snurrende fornemmelse i ve. side af ansigtet. Dette gik over i løbet af 1-2 minutter, hvorefter pt. havde en let hovedpine 1-2 på VAS skalaen. Pt. kørte herefter hjem og kontaktede sin kone, som kontaktede vagtlægen..'*

Om 'kranienerver' fremgår, at forsikrede har bevaret syn og synsfelt med egale pupiller og normale øjenbevægelser uden nystagmus (ufrivillig, rykvis bevægelse af øjet.) Der var normal ansigtssensibilitet, normal mimik og ingen ganesejsparese.

Endeligt konkluderes det, at forsikrede havde haft et kortvarigt anfald af føleforstyrrelser, bevægeforstyrrelser i venstre side af ansigtet samt venstre arm og venstre ben. Konklusionen er afsluttet med: *'Da pt. ankommer, er han symptomfri'.*

En ultralydsskanning viste ifølge notatet af 4. juli 2014 kl. 10:00 (bilag B), at der var normale forhold.

Af journalnotat den 4. juli 2014, kl. 11:00 fremgår, at CTC-skanning var normal og uden tegn på infarkt eller blødning, og at forsikredes symptomer *'tolkes som TCI tilfælde'*

I journalnotat fra hjerteklinik af 18. august 2014 (forsikredes bilag 3) er det anført, at forsikrede den 3. juli 2014 blev hospitalsindlagt pga. TCI-tilfælde med symptomer i form af venstresidig lammelse af få minutters varighed, og at CTC og UL-skanning af halskar begge viste fuldstændig normale forhold.

Af journalnotat fra medicinsk hospitalsafdeling den 18. februar 2015, kl. 00:45 (forsikredes bilag 3) fremgår, at forsikrede tidligere samme aften pludselig havde følt varme og svimmelhed, hvorefter han sank bevidstløs sammen i stolen og efterfølgende vågnede på gulvet. Det fremgår om forsikredes tilstand umiddelbart efter besvimelsen: *'Føler sig svimmel og konfus, men ingen kraftnedsættelse, synsforstyrrelser, hovedpine. Ikke observeret kramper i forbindelse med bevidstløshed. Ingen faeces eller urinafgang. Har ikke oplevet brystsmerter eller hjertebanken før end faldet. Pt. er svimmel indtil ambulancen kommer, hvor han selv kan gå ud i denne.'.*

Den objektive undersøgelse, der blev foretaget umiddelbart efter indlæggelsen viste normale forhold, herunder normal finger-næse-forsøg. På denne baggrund konkluderedes det på indlæggelsesdagen, at der anemnestisk ikke er tegn til ny TCI, og at forsikrede *'har ingen neurologiske udfald'.*

I journalnotat af 18. februar 2015, kl. 01:24 (forsikredes bilag 3) fremgår, at forsikrede efter opvågningen var voldsomt svimmel, men at dette nu er aftaget, og at forsikrede *'føler sig i habitualtilstand'.* Det er i notatet desuden anført, at der på mistanke om uvarslet synkope efter aftale med kardiologisk bagvagt er bestilt Holtermonitorering natten over, og at forsikrede forventes udskrevet den følgende dag.

I notat den 18. februar 2015 kl. 06:15 (forsikredes bilag 3) er det anført, at forsikrede angav, at han ikke havde ubehag, og i notat af samme dato kl. 11:12 var forsikrede 'rimelig velbefindende', og kl. 18:28 blev der skrevet udskrivelsesnotat.

Det fremgår af journalnotat fra neurologisk hospitalsafdeling den 23. april 2015 kl. 12:30, at forsikrede blev henvist til nærmere udredning efter besvimelsestilfælde. Det fremgår, at forsikrede fortalte, at han den 17. februar 2015 pludseligt følte sig svimmel, og at han derefter faldt ned på gulvet. Han var fuldstændig slap og ukontaktbar i ca. 1-2 min. Falck kontaktedes, og de kom til ret hurtigt efter, hvor han efter det oplyste var lidt svær at forstå, *'men ellers uden fokale neurologiske udfald'.*

MR-skanning af storhjernen den 27. april 2015 (forsikredes bilag 4) viste ifølge læge på røntgen- og skanningsafdeling på hospital følger efter et lille kortikalt infarkt i venstre cerebellare hemisfære samt enkelte små alderssvarende WM-læsioner i begge cerebrale hemisfærer.

MR-skanningsresultatet blev den 7. maj 2015 revurderet på neuroradiologisk hospitalsafdeling, hvor det blev konkluderet, at *'Der er mistanke om et minimalt substanstab kranielt posteriort i venstre cerebellare hemisfære. Foreneligt med infarktsequelae'.*

Det fremgår af patientjournal fra forsikredes privatpraktiserende læge den 16. juni 2015 (forsikredes bilag 6), at afdelingslæge på neurologisk hospitalsafdeling havde anført, at MR-skanning af cerebrum havde vist et lille, kortikalt infarkt cerebellart, og ifølge afdelingslægen *'Kunne således bidrage til hans symptomer med svimmelhed opstået i februar 2015'.*

PFA forelagde herefter sagen for selskabets interne lægekonsulent, der er PhD, speciallæge i neurologi. Lægekonsulenten udtalte den 8. september 2016, at tilfældet i juli 2014 kan have været TCI, men at der ikke har været symptomer af 24 timers varighed. Skanningsfundet kunne desuden ikke lokaliseres til lillehjernen, hvor det lille infarkt blev fundet på MR-skanning. For så vidt angår tilfældet i februar 2015, vurderede speciallægen, at dette måtte karakteriseres som en almindelig

besvimelse uden fokal neurologiske symptomer, der ses ved blodprop i hjernen. Fundet på MR-skanningen den 27. april 2015 var ikke mere nøjagtigt beskrevet, end at det er lille og sidder i lillehjernens hjernebark. Der kan derfor ikke ifølge PFA's lægekonsulent siges noget om, hvornår det er opstået.

De symptomer, der gik forud for tilfældet i februar 2015 – i form af varmefornemmelse og fraværet af sikre neurologiske symptomer – taler ifølge lægekonsulenten imod, at der skulle foreligge en egentlig blodprop. Utydelig tale kan man ifølge lægekonsulenten også få alene som følge af utilpashed/nærbesvimelse.

Af journalnotat fra forsikredes praktiserende læge af 17. januar 2017 (forsikredes bilag 2) fremgår, at forsikrede har fået foretaget ny MR-skanning *'som har vist ingen nytilkomne forandringer'*

Forsikrede var den 7. februar 2017 til neurologisk speciallægeundersøgelse. Det fremgår om undersøgelsen (forsikredes bilag 7), at forsikrede efter sin cerebellare apoplexi har haft kronisk træthed, at der er tilkommet koncentrationsproblemer, men at det mest er familien, der har bemærket dette. Endvidere er hans omstillingshastighed nedsat. Der er også tilkommet lidt svimmelhed af ukarakteristisk type, når han drejer hovedet samt fejlsynkninger, vandladningsproblemer og erektil dysfunktion. Den objektive del af undersøgelsen viste normale forhold på nær koordinationstest, der var med konstant forbipegning ved højre finger-næse-finger.

Speciallægen konkluderede, at forsikredes symptomer efter speciallægens vurdering alle godt kunne være forårsagede af den cerebellare apoplexi og påvirket kredsløb i hjernestammen.

PFA forelagde herefter de nye lægelige oplysninger for selskabets interne lægekonsulent, der tidligere havde afgivet udtalelse. Lægekonsulenten gav i svar af 23. februar 2017 udtryk for, at hun var uenig med den neurologiske speciallæge i, at forsikredes gener er følger efter blodprop i lillehjernen.

Lægekonsulenten henviser til, at forandringerne på MR-skanningen er så små, at der er tvivl om, hvorvidt der overhovedet er tale om et infarkt, hvilket støttes af udtalelsen fra radiologen den 7. maj 2015 (forsikredes bilag 5). Endvidere henviser lægekonsulenten til, at signaler i lillehjernen ikke krydser til kroppen. Det er venstre side af lillehjernen, der styrer venstre side af kroppen. En usikkerhed ved førelse af højre arm kan derfor ikke have noget at gøre med den mulige meget lille blodproplæsion, der blev fundet i venstre side af lillehjernen.

PFA afviste i brev af 2. maj 2016 (bilag C) at yde dækning.

Forsikredes advokat foranstaltede herefter en undersøgelse hos en speciallæge i neurokirurgi. I speciallægevurdering af 11. september 2017 (forsikredes bilag 8) har neurokirurgen på baggrund af undersøgelsen bl.a. konkluderet, at man med baggrund i forløbet fra 2014, hvor forsikrede udviste tydelig hemiparese (lammelse), at forsikrede den 17. februar 2015 *'med overvejende sandsynlighed'* har *'pådraget sig følger til apopleksi, som omfatter lillehjerne og ligeledes med overvejende sandsynlighed også afficerede microcirculation til hjernestamme jf. de tydelige symptomer på neurogen dysfagi.'*

Speciallægen vurderede endvidere, at forsikredes urologiske problemer og erektile dysfunktion med overvejende sandsynlighed ikke var relateret til det cerebrovaskulære insult (blodproppen).

For så vidt angår forsikredes seksuelle dysfunktion, kunne lægen på det foreliggende konkludere, at der ikke var nogen sammenhæng. I øvrigt bemærkerede speciallægen i konklusionen, at *'symptomerne er i øvrigt overordentligt ringe beskrevet og kun ved et enkelt ord, der er intet nærmere beskrevet om symptomatologien (bemærkelsesværdigt eftersom der er udført urodynamisk undersøgelse).'*

PFA fastholdt herefter i brev til forsikrede af 3. april 2017 (forsikredes bilag 9), at han ikke var berettiget til udbetaling af invalidesum. Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet.

Begrundelse for PFA's afgørelse
PFA fastholder, at forsikrede ikke har godtgjort, at han har fået stillet en diagnose, der opfylder betingelserne for udbetaling. Selskabet har i afgørelsen bl.a. lagt vægt på følgende forhold:

- Der er ikke i sagens lægelige akter enighed om, hvad MR-skanningen den 27. april 2015 viste. Ifølge læge på røntgen- og skanningsafdeling på hospital viste skanningen følger efter et lille kortikalt infarkt i venstre cerebellare hemisfære, mens det ved revurdering på neuroradiologisk hospitalsafdeling den 7. maj 2015 blev konkluderet, at skanningen alene gav mistanke om et minimalt substanstab kranielt posteriort i venstre cerebellare hemisfære.

- PFA's interne lægekonsulent har udtalt, at det på baggrund af skanningsfundets beskrivelse som lille og siddende i lillehjernens hjernebark, ikke er muligt at konstatere, hvornår det er opstået. Endvidere har lægekonsulenten oplyst, at forandringerne på MR-skanningen er så små, at det er tvivlsomt, hvorvidt det kan karakteriseres som et infarkt. Lægekonsulenten har endvidere vurderet, at et fund af så mild karakter ikke er egnet til at forårsage neurologiske følger.

- Der blev ikke i forbindelse med forsikredes indlæggelse – som følge af et par minutters føleforstyrrelse på venstre arm og venstre ben samt venstre side af ansigtet – den 3. juli 2014 stillet nogen konkret diagnose. Tilfældet blev fortolket som en TCI, hvilket er undtaget i henhold til forsikringsbetingelserne (forsikredes bilag 1). Idet han var symptomfri ved ankomst til hospitalet ca. 4 ½ timer efter, at føleforstyrrelserne opstod, havde forsikrede ikke den 3. juli 2014 objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed..

- På baggrund af de lægelige oplysninger i sagen, er det efter PFA's opfattelse, at det er tvivlsomt, hvorvidt forsikredes besvimelse den 17. februar 2015 skyldtes en blodprop som beskrevet i forsikringsbetingelserne. Forsikrede havde ikke i forbindelse med besvimelsen objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, idet han udover lette kommunikationsvanskeligheder umiddelbart efter opvågning var uden neurologiske udfald.

- Såfremt Ankenævnet mod forventning måtte komme frem til, at forsikrede har godtgjort, at han har været udsat for en blodprop som defineret i forsikringsbetingelserne, og at denne har medført samtidigt opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af 24 timers varighed, gør PFA gældende, at forsikrede ikke har godtgjort, at blodproppen har medført blivende følger i form af neurologiske udfald svarende til en ved hjerneskanning påvist hjernebeskadigelse.

- PFA henviser i denne forbindelse til, at kravet i betingelserne om – at de beskrevne neurologiske følger skal være beskrevet af en neurologisk speciallæge, og at anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket – ikke er opfyldt.

- Dette understøttes af, at den eneste neurologiske speciallæge – der har beskrevet neurologiske følger hos forsikrede – den 7. februar 2017 (forsikredes bilag 7) alene har anført, at forsikredes symptomer 'kan' være forårsagede af den cerebellare apopleksi. PFA henviser endvidere til, at speciallæge i neurokirurgi (der dog ikke er neurologisk speciallæge) den 11. september 2017 alene har udtalt, at forsikrede den 17. februar 2015 med overvejende sandsynlighed har pådraget sig følger til apopleksi. Endvidere har speciallægen i neurokirurgi konkluderet, at urologiske følger (vandlandningsbesvær og erektil dysfunktion) med overvejende sandsynlighed ikke er følger efter blodprop.

- Det er herefter ikke udelukket, at forsikredes træthed, koncentrationsproblemer og øvrige gener skyldes andre forhold end en blodprop/hjerneblødning som beskrevet i betingelserne.

- For så vidt angår forsikredes konstante forbipegning ved højresidig finger-næsefinger-test den 7. februar 2017, bemærker PFA, at forsikrede ved objektiv undersøgelse den 18. februar 2015 under sin hospitalsindlæggelse var i stand at gennemføre en tilsvarende test, og at et infarkt i vestre side af lillehjernen ifølge PFA's interne lægekonsulent ikke vil give udfald i højre side af kroppen.

Konklusion
På baggrund af det anførte fastholder PFA, at forsikrede ikke har godtgjort, at han har fået stillet en diagnose, der opfylder betingelserne for udbetaling."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

Af patientjournal fra neurologisk afdeling fremgår bl.a.:

"10.07.15 16:00, …, Afdelingslæge, Neurologisk Overafd. F – [hospital] / …

Journalnotat
Der er svar på kardiologisk vurdering, som ikke viser tegn til uregelmæssig hjerterytme.
…
16.06.15 09:15, …, Afdelingslæge, Neurologisk Overafd. F – [hospital] / …

Journalnotat
Der er svar på MR-skanning af cerebrum, der viser et lille, kortikalt infarkt cerebellart. Dette er vurderet på neuroradiologisk konf., der er enig i denne vurdering.
Kunne således bidrage til hans symptomer med svimmelhed opstået i feb. -15.
Pt. er allerede i Magnylbehandling. Han er i kolesterolsænkende behandling og henv. til kardiologisk vurdering.
Vi afventer kardiologisk vurdering og herefter stillingtagen til videre behandling, evt. skift til Clopidogrel, alternativt egentlig blodfortyndende, hvis der konstateres atrieflimren.

Da der er tale om infarkt i det posteriore gebet findes det ikke relevant med UL-skanning af halskar.
…
23.04.15 12:30, …, Afdelingslæge, Neurologisk Overafd. F – [hospital] / …

[Hospital] Foramb. Neurologisk Afd. F

Journaloptagelse
Kontaktårsag
…-årig mand henvist til nærmere udredning efter besvimelsestilfælde.

Aktuelt
Den 17.02.15 fortæller pt., at han sad på en stol til et møde. Føler da pludseligt, at han bliver svimmel, og han falder derefter ned på gulvet. Er fuldstændig slap og ukontaktbar i ca. 1-2 min. Falck kontaktes, og de kommer til ret hurtigt efter, hvor han angiveligt er lidt svær at forstå, men ellers uden fokale neurologiske udfald. Indlagt i medicinsk regi, hvor man ikke finder nogen forklaring på pt.'s bevidsthedstab.
Pt. havde i juni 2014 en episode med lammelse involverende venstresidige ekstremiteter og venstre side af ansigtet. Dette var kortvarigt og blev betegnet som et TCI-tilfælde. Udredt for dette i neurologisk regi med efterfølgende kardiologisk vurdering, hvor der fandtes normale forhold.
…
Konklusion
...-årig mand med pludseligt indsættende svimmelhed efterfulgt af bevidsthedstab af et par min.'s varighed uden ledsagende kramper, ekskretafgang eller tungebid.
Der er foretaget eeg, der er fotoresponsivt, men ellers normalt.
Der er foretaget CT-skanning af cerebrum i forbindelse med indlæggelse i medicinsk regi, der er normal.
Objektiv neurologisk undersøgelse er helt normal.

Der er ikke mange holdepunkter for epilepsi.

Pt. er dog kardielt udredt tidligere i forbindelse med TCI-tilfældet i juni 2014.
Pt. klager vedvarende over recidiverende knugende brystsmerter med udstråling til venstre armhule (optræder ca. en gang om ugen).

Plan
På det foreliggende, hvor der er en kombination af uforklaret bevidsthedstab, brystsmerter og TCI-lignende synes jeg, at det er relevant, at han bliver genudredt i kardiologisk regi.
rp. henvisning til kardiologisk vurdering
Samtidig vil vi henvise til
rp. fornyet eeg
rp. MR-skanning

Der nedlægges kørselsforbud i ½ år. Pt. er indforstået med dette.
…
04.07.14 11:00, …, Afdelingslæge, Neurologisk Overafd. F – [hospital] / …

10. 91618

Afslutningsnotat
…årig mand uden kendte vaskulære risiko faktorer. Tidligere udredt kardiologisk med hjerte CT og ekkokardiografi på hjertecenter … hvor man fandt normale forhold. Indlægges nu med pludseligt indsættende sovende fornemmelse i ve. ansigtshalvdel og kraftnedsættelse i ve. arm og ben af få min. varighed.
Efterfølgende lidt hovedpine. Han er kendt med synsaura uden efterfølgende hovedpine.
Men aldrig haft fokal neurologiske symptomer som aktuelt. Ingen hjertesymptomer eller claudicatio.
Ved ankomsten normal kl. neurologisk us. Der er normal hjertestetoskopi og fode fodpulse bilat.
Er undersøgt med CTC som er normal og uden tegn på infarkt eller blødning.
UL af hals- og intracerebrale kar er uden arteriosklerotiske forandringer. Blodprøver: let dyslipidæmi med total kolsterol på 5,4 og LDL 3,0. Lidt nedsat nyrefunktion med kreatinin på 116.
BT normotensiv.
EKG i.a. 1/2 døgns telemetri er uden events. Konstant sinusrytme, frekvens 60 til 80.

Plan
Pt.s symptomer tolkes som TCI tilfælde og da der ikke er vaskulære risikofaktorer eller tegn på arteriosklerotisk sygdom, må man mistænke persisterende foramen ovale og pt. henvises til amb. transoesophagal ekkokardiografi.
Indtil svar her på tager han hjertemagnyl 75 mg x 1 som tromboseprofylakse.
…
03.07.14 22:28, …, Læge, Neurologisk Overafd. F – [hospital] / …

Journaloptagelse

Kontaktårsag
Pt. blev indlagt efter at han ved 18 tiden har haft et par minutteres varende føleforstyrrelse og bevægeforstyrrelse på ve. arm og ve. ben, samt føleforstyrrelse i ve. side af ansigtet.

Aktuelt
Pt. oplevede kl. 18, hvorledes han pludselig fik en snurrende fornemmelse i sin ve. arm og ve. ben. Han føler, at han har svært ved at styre begge dele. Havde ligeledes en let snurrende fornemmelse i ve. side af ansigtet. Dette gik over i løbet af 1-2 minutter, hvorefter pt. havde en let hovedpine 1-2 på VAS skalaen. Pt. kørte herefter hjem og kontaktede sin kone, som kontaktede vagtlægen.
Da pt. ankommer, er han symptomfri."

Af patientjournal af 18/8 2014 fra hjerteklinik fremgår bl.a.:

"Pt. var indlagt d. 03.07.2014 på … hospital pga. TCI-tilfælde med symptomer i form af venstresidig lammelse af få minutters varighed. Fik lavet CTC og UL-skanning af halskar, hvor begge us. var fuldstændig normale.
Pt. er uden vaskulære risikofaktorer. Ikke-ryger.
Udredt for cirka ½år siden på … Sygehus med ekkokardiografi og hjerteCT pga. atypiske brystsmerter, hvor us. var normale."

11. 91618

Af patientjournal fra medicinsk afdeling fremgår bl.a.:

"18.02.15 00:45
…
Aktuelt
Pt. er her til aften til …møde, hvor han under regnskabsmødet pludselig føler varme og svimmelhed, hvorefter han synker sammen i stolen og bliver bevidstløs. Vågner efterfølgende på gulvet med folk omkring sig. Føler sig svimmel og konfus, men ingen kraftnedsættelse, synsforstyrrelser, hovedpine. Ikke observeret kramper i forbindelse med bevidstløshed. Ingen faeces eller urinafgang. Har ikke oplevet brystsmerter eller hjertebanken før end faldet.
Pt. er svimmel indtil ambulancen kommer, hvor han selv kan gå ud i denne. Havde svalehale jakkesæt på, men nægter at denne har strammet for meget.
Har ind imellem brystsmerter, knugende med stik ud i ve. armhule og er udredt for dette på Sygehus. Benægter at føle sig stresset i det daglige, men har en travl hverdag.
Pt. har ingen symptomer ved tilsyn kl. 00.30.
…
Objektivt
AT, ET, Orientering, bevidsthedsniveau: Hverken akut eller kronisk medtaget.
Rolig respiration. Ikke takypnøisk.
Udseende alderssvarende.
Vågen, klar og orienteret i tid, sted og egne data.
Øjne: Egale pupiller med normal reaktion for lys.
Hals: Ingen nakkerygstivhed, ingen halsvenestaser.
St. c.: Regelmæssig aktion = perifer puls. Ingen mislyde.
St. p.: Vesikulær respiration, ingen bilyde.
Abdomen: I.a.
Ekstremiteter: Ingen perifere ødemer.
Hud: Pæne farver, varm og tør.
Neurologi: Kranienerve II-XII undersøgt: I.a.
Kraft over albue, håndtryk, fleksion i hofteleddet, fleksion og ekstension over knæleddet, fleksion og ekstension over ankelleddet undersøgt: I.a. Normal patellar- og akillesrefleks. Normal finger-næse-forsøg. Normal dysdiadokokinese. Normal Rombergs test.
Supplerende: Saturation 98%, RF 18, blodtryk 127/91, puls 82, temp. 37,9.
EKG
Vurdering: Normalt
Suppl. beskrivelse: Sinusrytme, smalle QRS-komplekser, ingen ST-forandringer, ingen negative T-takker.
Således normalt ekg.
Biokemi
Fuldstændig normale blodprøver.
Konklusion
…-årig mand, tidligere rask fraset TCI-tilfælde i juli 2014, indlægges efter synkope.
Anemnestisk er der ikke tegn til ny TCI, og pt. har ingen neurologiske udfald. Vi laver derfor ikke akut CTC for nuværende. Pt. har ikke haft hjertebanken, brystsmerter eller efterfølgende åndenød ved aktivitet, hvorfor AMI og lungeemboli også er usandsynlig. Ekg er i øvrigt normalt.
…

18.02.15 01:24
…
Her til aften til …møde. Får varme i kinderne, bliver let svimmel og kort tid efter besvimer han. Da han våger, er han voldsomt svimmel, dette er nu aftaget og patienten føler sig i habitualtilstand.
…
Plan
På mistanke om uvarslet synkope er der efter aftale med kardiologisk bagvagt bestilt Holtermonitorering natten over.
Overvåges natten over på telemetri. Forventes udskrevet i morgen.

18.02.15.06:15
…
Viden og udvikling. status
Angiver ingen ubehag til morgen. Sovet ved tilsyn.
…
18.02.15 11:12
…
Viden og udvikling. status
Rimlig velbefindende, Afventer stuegang

18.02.15 18:28
…
AKTUELT
… Siden haft det godt, normal EKG, telemetri over natten uden arytmier. Normal biokemi. Idag til aften udvikler pt. venstresidig hovedpine, ledsaget af kvalme.
Neurologisk undersøgt i flere omgange, uden fokale udfald.
Ingen mistanke om cerebral lidelse, som årsag til besvimelsestilfælde.
Hovedpine forklares af migræneanfald.
Udskrives til hjemmet, medgives Londonkur i form af Pinex, Emperal og Diazepam tabletter."

Af patientjournal fra egen læge fremgår bl.a.:

"17.01.17 K90 Infarctus cerebri uden specifikation
Sub.: Følger efter hjerneinfarkt.
…
Siden feb. 2015 har pt. haft problemer med svimmelhed, forbipegning, linjegang. Har specielt vanskeligt ved at udføre øvelserne med lukkede øjne.
Dertil besværet synkning. Irritation i halsen f.eks. ved indtagelse af grovkernet brød. Har problemer med udtalelsen, hvor pt. kommer til at bytte rundt på stavelser i det enkelte ord. Problemet mere udtalt ved flerstavelsesord.
Ydermere har pt. problemer med blæretømning samt rejsningsbesvær.
…
Har fået foretaget ny MR skanning som har vist ingen nytilkomne forandringer.
Der mangler dog fortsat afklaring af synkeproblematikken, hvorfor [klageren] i første omgang henvises til ØNHvurdering.
…

27.09.16
Sub.:
Cerebellart infarkt kortikalt, posteriore gebet, i februar 2015. Afsluttet fra neurologsik afdeling januar 2016
Oplever en forværring i symptomer: Synkeproblemer (tendens til fejlsynkning), igangsætnings problemer, nedsat koncentration, oplevelse af at korttidshukommelsen bliver dårligere, svimmelhed ved hurtige bevægelser af hovedet, udtalt træthed. Dårlig blæretømning og impotensproblemer. Patienten oplever at disse symptomer bliver mere markante og udtalte
Ingen kraftnedsættelse. Ingen oplevelse af dårlig balance. EEG normal BT 126/79
Er kardiologisk udredt i forløbet siden 2015, normal undersøgelse. Urologisk udredt i sep 2016."

Klageren fik den 27/4 2015 foretaget en MR-skanning af storhjernen. Af notat fra læge på røntgen- og skanningsafdelingen fremgår bl.a.:

"**Beskrivelse:**
Der ses følger efter et lille kortikalt infarkt i venstre cerebellare hemisfære. I begge cerebrale hemisfærer ses enkelte punktformede alderssvarende WM-læsioner. Der er ingen friske iskæmiske læsioner eller infarkter. Ingen tumor eller blødning. Liquorrum er normale."

MR-skanningen blev vurderet af overlæge på neuroradiologisk afdeling. Af notat af 7/5 2015 fra overlægen fremgår bl.a.:

"Der er mistanke om et minimalt substanstab kranielt posteriort i venstre cerebellare hemisfære. Foreneligt med infarktsequelae."

Af speciallægeepikrise af 7/2 2017 fra speciallæge i neurologi fremgår bl.a.:

"Dispositioner:
Faderen apoplexia cerebri.
…
Aktuelle lidelse:
Pt. har efter sin cerebellare apoplexi haft kronisk træthed. Han kan godt falde i søvn, men han er træt. Sover godt igennem. Der er kommet koncentratiuonsproblemmer, men det er mest familien, der siger det. Han har svært ved at finde tilbage til sædvanlig aktivitet, når han har været beskæftiget med noget andet. Omstillingshastigheden er således nedsat. Der er også lidt svimmelhed af ukarakteristisk type, når han drejer hovedet, og så er der kommet fejlsynkninger, spc, hvis han spiser tørt brød. Der er også kommet vandladningsproblemer med dårlig tømning, og så er der kommet erektiv dysfunktion.
…
Objektivt:
180cm, 87kg. Psykisk ganske velfungerende. Cervical bevægelighed fri. Ingen myogen ømhed sv.t. ydre kranium og triggerpunkter. Bevaret lugtesans. Ophtalmoscopi til velafgrænsede papiller. Øvrige kranienerver alle ligeledes normale. Ingen caroptismislyde. BT 184/95 P62. Svarende til ekstremiteterne findes svage-middellivlige, egale dybe reflekser. Normotoni. Normale plantarreflekser. Koordination med konstant forbipegning ved hø. FNF. Sensibilitet intakt. Moderat usikkerhed ved Rombergs prøve. Usikker linegang.

Konklusion:
Pt.' s symptomer kan efter min opfattelse godt alle være forårsagede af den cerebellare apoplexi og påvirket kredsløb i hjernestammen. Vi vil forsøge symptomatisk behandling med Lamotrigin stigende efter medgivet skema til 100 mg mane.
Orienteret om bivirkninger og behandlingsplan, som accepteres. Det kan også blive aktuelt at udskifte Xatral med anden behandling, f.eks. Mestinion."

Af speciallægevurdering af 11/9 2017 fra speciallæge i neurokirurgi fremgår bl.a.:

"**Ad forløb i 2014:**

Patienten har på dette tidspunkt klassiske symptomer på TCI. Dette er også vurderet af neurologisk afdeling [hospital]. Der foretages relevant udredning og der findes normal halskar undersøgelse ved UL. Der er foretaget grundig kardiologisk udredning incl. ekkokardiografi, som er fundet helt normalt. (Patienten er tidligere i 2013, undersøgt kardiologisk pga. retrosternale brystsmerter). Undersøgelsen dengang var normal og der synes ikke yderligere smerterelaterede anfald.
I forbindelse med det aktuelle TCI i 2014, er der heller ikke beskrevet kardiologiske symptomer. Der er ikke i materialet beskrevet interkurrente symptomer af neurologisk art, frem til den akutte episode 17.02.2015.

Ad episoden 17.02.2015.

Uprovokeret optræder pludselig svimmelhed, hvorefter patienten mister tonus. Beskrives som fuldstændig slap og ukontaktbar i et til to minutter. Ved præhospital mandskabets ankomst, beskrives kontusion, afasi. Indlægges Regionshospitalet …, hvor man konstaterer umiddelbare normale kardiologiske forhold. Umiddelbare normale neurologiske forhold (undersøgt af reservelæge). Telemetri afslører intet abnormt.
Ved gennemgang foretages ikke neurologisk undersøgelse udover, at man beskriver kranienerver II - XII (I) i.a. og god kraft i over- og under ekstremiteter.
Patienten er dermed ikke undersøgt efter neurologisk specialist standard.
Med overvejende sandsynlighed, har akut-personalet opfattet tilfældet, som værende en vasovagal synkope og dermed ikke foretaget yderligere undersøgelser. Ud over der er foretaget CT-skanning af cerebrum, som er uden abnorme fund.
Udredes dog videre ved neurologisk afdeling [hospital], som genhenviser til kardiologisk udredning, hvilket igen foretages og disse er normale.
EEG uden tegn til epilepsi.
Der udføres også MR-skanning, (som led i udredningen af patientens symptomatologi), hvor man finder et cerebellart infarkt på venstre side.
Kardiologisk udredning er igen normal (forventeligt).

Beskrivelse af symptomatologien:

Siden tilfældet i februar 2015, beskrives kronisk træthed, koncentrationsproblemer, nedsat overblik.

Fokalt fremkommer svimmelhed, specielt i forbindelse med hurtig hoveddrejninger og ligeledes dysfagi, som i fht. beskrivelse findes klart neurogent. I den forbindelse undersøgt ved ØNH læge

med anatomisk undersøgelse, men der er ikke foretaget en funktionstest, hvilket er nødvendigt for at afsløre tegn til neurogen dysfagi.

Der beskrives endvidere vandladningsproblemer, mindre kraft ved tømning og erektil dysfunktion. Patienten er tidligere undersøgt i forbindelse med vandladningsgener og man har konstateret mindre tømningskraft og en forstørret prostata.

Man har forsøgsvis sat patienten i behandling.

Vurdering:

Med baggrund i forløbet fra 2014, hvor patienten udviser tydelig hemiparese, som dog er kortvarig (TCI) og året efter nye symptomer med påvisning af manifest cerebellart infarkt, har patienten 17.02.2015, med overvejende sandsynlighed pådraget sig følger til apopleksi, som omfatter lillehjerne og ligeledes med overvejende sandsynlighed også afficerede microcirculation til hjernestamme jvf. de tydelige symptomer på neurogen dysfagi.
Patientens urologiske problemer med vandladningsbesvær, i form af tømningsproblem, er med overvejende sandsynlighed ikke relateret til det cerebrovaskulære insult.
Den erektile dysfunktion er med overvejende sandsynlighed ikke direkte relateret til cerebrovaskulær insult. Symptomerne er i øvrigt overordentligt ringe beskrevet og kun ved et enkelt ord, der er intet nærmere beskrevet om symptomatologien (bemærkelsesværdigt eftersom der er udført urodynamisk undersøgelse).
Sexuel dysfunktion kan forekomme som psykogen element i en længerevarende generel psykosocial problemstilling i efterforløbet efter apopleksi (er imidlertid ikke beskrevet). Man må derfor på nuværende tidspunkt, på det foreliggende (manglende oplysninger) konkludere, at der ikke er sammenhæng."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækningsberettigede diagnoser**
§ 7. De følgende diagnoser anses for kritiske sygdomme, som kan give ret til udbetaling.
…
6. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger
…
6. Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger
Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) med blivende følger definerer PFA Pension som en akut opstået beskadigelse af hjernen eller hjernestammen med samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed, som enten skyldes:
a. En spontant eller traumatisk opstået blodansamling i hjernen eller mellem hjernehinderne, som følge af et bristet blodkar eller en misdannelse i hjernens kar, eller
b. En forsnævring eller tillukning af en pulsåre (arterie) opstået i hjernen pga. en trombose eller emboli, hvor tilfældet har medført blivende følger i form af neurologiske udfald, svarende til den ved hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse,

Dækningen kan desuden omfatte en blodprop i hjernen, hvis samtlige klassiske kliniske tegn på blodprop i hjernen er opfyldt og der er blivende neurologiske følger (vurderet tidligst efter 3 måneder) svarende til hjernebeskadigelsen i form af lammelser, føle-, syns- eller taleforstyrrelser, gangbesvær, koordinations- eller bevidsthedsforstyrrelse.

Dækningen **omfatter ikke**:

I. Transitorisk cerebral iskæmi (TCI)/transitorisk iskæmisk attak (TIA)
II. Tidligere hjerneinfarkter påvist tilfældigt ved hjernescanning (CT/MR)
III. Blodpropper eller blødninger i den perifere del af nervevævet, dvs. udenfor hjernen (fx øjne, øre, hypofyse).

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk eller neurokirurgisk afdeling, eller være bekræftet af en neurologisk speciallæge, og anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket.

Det er en betingelse for at opnå dækning efter denne bestemmelse, at den beskrevne hjerneblødning eller blodprop i hjernen (apopleksi) er diagnosticeret i forsikringstiden, og at også de beskrevne neurologiske følger er bekræftet af en neurologisk speciallæge i forsikringstiden."

Nævnet udtaler:

Klageren er utilfreds med, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen ved kritisk sygdom i anledning af en anmeldt blodprop i hjernen. Klagerens advokat har anført, at der er tydelig dokumentation for, at klageren den 17/2 2015 har pådraget sig en blodprop, "som desværre har medført blivende følger i form af koncentrationsbesvær, svimmelhed, kronisk træthed samt synkeproblemer og besvær med at spise og drikke".

Selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ikke har godtgjort, at han har fået stillet en diagnose, der opfylder betingelserne for udbetaling. Selskabet har blandt andet henvist til, at der ikke i sagens lægelige akter er enighed om, hvad MR-skanningen den 27/4 2015 viste. Selskabet har endvidere henvist til, at klageren i forbindelse med besvimelsen ikke havde objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed. Selskabet har anført, at såfremt nævnet når frem til, at "forsikrede har godtgjort, at han har været udsat for en blodprop som defineret i forsikringsbetingelserne, og at denne har medført samtidigt opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af 24 timers varighed, gør PFA gældende, at forsikrede ikke har godtgjort, at blodproppen har medført blivende følger i form af neurologiske udfald svarende til en ved hjerneskanning påvist beskadigelse. PFA henviser i denne forbindelse til, at kravet i betingelserne om – at de beskrevne neurologiske følger skal være beskrevet af en neurologisk speciallæge, og at anden årsag til de neurologiske følger skal være udelukket – ikke er opfyldt".

17. 91618

Det fremgår af sagen, at klageren den 3/7 2014 blev indlagt på grund af et TCI-tilfælde med symptomer i form af venstresidig lammelse af få minutters varighed. Af patientjournal af 3/7 2014 fra neurologisk afdeling fremgår det blandt andet, at klageren var symptomfri, da han ankom. Det fremgår endvidere af patientjournalen, at klageren fik foretaget en ultralydsskanning, der viste, at der ikke var arteriosklerotiske forandringer, samt at CTC-skanningen var normal og uden tegn på infarkt eller blødning.

Det fremgår af patientjournal af 18/2 2015 kl. 00:45 fra medicinsk afdeling, at klageren "pludselig føler varme og svimmelhed, hvorefter han synker sammen i stolen og bliver bevidstløs. Vågner efterfølgende på gulvet med folk omkring sig. Føler sig svimmel og konfus, men ingen kraftnedsættelse, synsforstyrrelser, hovedpine. Ikke observeret kramper i forbindelse med bevidstløshed", samt "anemnestisk er der ikke tegn til ny TCI, og pt. har ingen neurologiske udfald". Af patientjournal af samme dato kl. 18:28 fremgår det, at klageren siden besvimelsen har "haft det godt, normal EKG, telemetri over natten uden arytmier. Normal biokemi. Idag til aften udvikler pt. venstresidig hovedpine, ledsaget af kvalme. Neurologisk undersøgt i flere omgange, uden fokale udfald. Ingen mistanke om cerebral lidelse, som årsag til besvimelsestilfælde. Hovedpine forklares af migræneanfald. Udskrives til hjemmet".

Af patientjournal af 23/4 2015 fra neurologisk afdeling fremgår det, at klageren blev henvist til nærmere udredning efter besvimelsestilfældet. Det fremgår endvidere, at "pt. klager vedvarende over recidiverende knugende brystsmerter med udstråling til venstre armhule (optræder ca. en gang om ugen)" samt "på det foreliggende, hvor der er en kombination af uforklaret bevidsthedstab, brystsmerter og TCI-lignende synes jeg, at det er relevant, at han bliver genudredt i kardiologisk regi" og "der nedlægges kørselsforbud i ½ år".

Klageren fik den 27/4 2015 foretaget en MR-skanning af storhjernen. Af notat fra læge på røntgen- og skanningsafdelingen fremgår det, at "der ses følger efter et lille kortikalt infarkt i venstre cerebellare hemisfære. I begge cerebrale hemisfærer ses enkelte punktformede alderssva-

rende WM-læsioner. Der er ingen friske iskæmiske læsioner eller infarkter. Ingen tumor eller blødning. Liquorrum er normale".

MR-skanningen blev forelagt overlæge på neuroradiologisk afdeling. Af notat af 7/5 2015 fra overlægen fremgår det, at "der er mistanke om et minimalt substanstab kranielt posteriort i venstre cerebellare hemisfære. Foreneligt med infarktsequelae".

Af patientjournal af 16/6 2015 fra neurologisk ambulatorium fremgår det, at "der er svar på MR-skanning af cerebrum, der viser et lille, kortikalt infarkt cerebellart. Dette er vurderet på neuroradiologisk konf., der er enig i denne vurdering. Kunne således bidrage til hans symptomer med svimmelhed opstået i feb. -15".

Af speciallægeepikrise af 7/2 2017 fra speciallæge i neurologi fremgår det blandt andet, at "pt. har efter sin cerebellare apoplexi haft kronisk træthed. Han kan godt falde i søvn, men han er træt. Sover godt igennem. Der er kommet koncentrationsproblemer, men det er mest familien, der siger det. Han har svært ved at finde tilbage til sædvanlig aktivitet, når han har været beskæftiget med noget andet. Omstillingshastigheden er således nedsat. Der er også lidt svimmelhed af ukarakteristisk type, når han drejer hovedet, og så er der kommet fejlsynkninger, spc, hvis han spiser tørt brød. Der er også kommet vandladningsproblemer og dårlig tømning, og så er der kommet erektiv dysfunktion". Omkring den objektive undersøgelse fremgår det blandt andet, at "koordination med konstant forbipegning ved hø. FNF. Sensibilitet intakt. Moderat usikkerhed ved Rombergs prøve. Usikker linegang". Herudover var der normale forhold. Speciallægen konkluderede, at "pt.'s symptomer kan efter min opfattelse godt alle være forårsagede af den cerebellare apoplexi og påvirket kredsløb i hjernestammen".

Af speciallægevurdering af 11/9 2017 fra speciallæge i neurokirurgi fremgår det blandt andet, at "siden tilfældet i februar 2015, beskrives kronisk træthed, koncentrationsproblemer, nedsat overblik. Fokalt fremkommer svimmelhed, specielt i forbindelse med hurtig hoveddrejninger og ligeledes dysfagi, som i fht. beskrivelse findes klart neurogent. … Der beskrives endvidere vandladningsproblemer … og erektil dysfunktion". Speciallægen har herefter vurderet, at "med bag-

grund i forløbet fra 2014, hvor patienten udviser tydelig hemiparese, som dog er kortvarig (TCI) og året efter nye symptomer med påvisning af manifest cerebellart infarkt, har patienten 17.02.2015, med overvejende sandsynlighed pådraget sig følger til apopleksi, som omfatter lillehjerne og ligeledes med overvejende sandsynlighed også afficerede microcirculation til hjernestamme jvf. de tydelige symptomer på neurogen dysfagi. Patientens urologiske problemer med vandladningsbesvær … er med overvejende sandsynlighed ikke relateret til det cerebrovaskulære insult. Den erektile dysfunktion er med overvejende sandsynlighed ikke direkte relateret til cerebrovaskulær insult".

Selskabet har anført, at sagen har været forelagt dets interne lægekonsulent, der er Ph.d., speciallæge i neurologi, og at "PFA's interne lægekonsulent har udtalt, at det på baggrund af skanningsfundets beskrivelse som lille og siddende i lillehjernens hjernebark, ikke er muligt at konstatere, hvornår det er opstået. Endvidere har lægekonsulenten oplyst, at forandringerne på MR-skanningen er så små, at det er tvivlsomt, hvorvidt det kan karakteriseres som et infarkt. Lægekonsulenten har endvidere vurderet, at et fund af så mild karakter ikke er egnet til at forårsage neurologiske følger".

Nævnet finder, at det på baggrund af de lægelige oplysninger må lægges til grund, at klageren den 17/2 2015 fik en blodprop i hjernen, hvilket en MR-skanning har bekræftet.

Efter en gennemgang af sagen og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren har bevist, at hans lidelse opfylder kravet i forsikringsbetingelsernes punkt 6 om "samtidig opståede objektive neurologiske udfaldssymptomer af mere end 24 timers varighed", samt at blodproppen har medført "blivende følger i form af neurologiske udfald, svarende til den ved hjernescanning (CT/MR) påviste hjernebeskadigelse".

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren efter besvimelsen den 17/2 2015 var svimmel og konfus, og at klageren den 23/4 2015 var til nærmere udredning efter besvimelsestilfældet, hvor han klagede over "recidiverende knugende brystsmerter med udstråling til venstre

armhule", og at lægen fandt grundlag for, at klageren blev genudredt i kardiologisk regi på baggrund af en kombination af uforklaret bevidsthedstab, brystsmerter og TCI-lignende tilfælde.

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det af speciallægevurdering af 11/9 2017 fra speciallæge i neurokirurgi fremgår, at der i forbindelse med indlæggelsen den 17/2 2015 ikke blev foretaget en "neurologisk undersøgelse udover, at man beskriver kranienerver II-XII (I) i.a. og god kraft i over- og under ekstremiteter. Patienten er dermed ikke undersøgt efter neurologisk specialist standard. Med overvejende sandsynlighed, har akut-personalet opfattet tilfældet, som værende en vasovagal synkope og dermed ikke foretaget yderligere undersøgelser".

Nævnet har også lagt vægt på oplysningerne omkring skanningsresultat, og at det af patientjournal af 16/6 2015 fra neurologisk ambulatorium fremgår, at det ved MR-skanningen påviste infarkt kunne "bidrage til [klagerens] symptomer med svimmelhed opstået i feb. -15".

Nævnet har desuden lagt vægt på, at den objektive neurologiske speciallægeundersøgelse foretaget den 7/2 2017 viste koordination med konstant forbipegning ved højre finger-næse-finger, moderat usikkerhed ved Rombergs prøve og usikker linegang, samt at speciallægen konkluderede, at "pt.'s symptomer kan efter min opfattelse godt alle være forårsagede af den cerebellare apoplexi og påvirket kredsløb i hjernestammen".

Nævnet har endeligt lagt vægt på speciallægevurderingen af 11/9 2017, hvor speciallæge i neurokirurgi har vurderet, at klageren den 17/2 2015 "med overvejende sandsynlighed pådraget sig følger til apopleksi, som omfatter lillehjerne og ligeledes med overvejende sandsynlighed også afficerede microcirculation til hjernestamme jvf. de tydelige symptomer på neurogen dysfagi".

21. 91618

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, PFA Pension, skal anerkende, at klageren har krav på udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom. Beløbet forrentes efter forsikringsaftalelovens § 24.

Klagegebyret tilbagebetales.

Peter Thønnings
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt