

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 13. maj 2020 blev i sag nr. 94783:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

GF-Forsikring A/S
Jernbanevej 65
5210 Odense NV

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. I klageskema af 30/1 2020 har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

GF afviser at jeg har fået varigt mén efter faldulykke, hvor jeg fik et voldsomt traume i højre ankel. Jeg udviklede inden for kort tid (dage) efter ulykken symptomer på nervebetændelse i højre ankel og fod. Disse bredte sig til venstre ben og fod samt senere hænderne. Diagnosen er nu Polynuropati. Fra at være rask ... der dagligt motionerede er jeg nu afhængig af rollator og får døgndækkende smertemedicin. GF afviser med den begrundelse at det er 'ikke refleksdystrofi og dermed ikke årsagssammenhæng'. Trods fremsendelse af flere artikler om Polyneuropati fastholder de afgørelsen. Seneste afgørelse den 13.1.19 som jeg ankede den 12.1.20 til AES. Det er efterfølgende oplyst fra GF at jeg skal betale 9.150 kr. før start af sagen. Det har jeg ikke økonomi til. Efterfølgende finder jeg ud af at jeg har mulighed hos Ankenævnet for Forsikring. Det har GF ikke orienteret mig om.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Anerkendelse af, at jeg som følge af det traume jeg pådrog mig ved faldet, har udviklet varige neurogene smerter (Polyneuropati) og derfor er berettiget til erstatning for varige mén."

Selskabet har den 6/2 2020 bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"GF Forsikring har modtaget klage af 31. januar 2020, hvor [klageren] klager over selskabets afvisning af menudbetaling efter et ulykkestilfælde. Vi skal hermed besvare denne.

For policen gælder forsikringsbetingelserne 20-7 (bilag 1).

[Klageren] anmeldte ved skadeanmeldelse (bilag 2) modtaget 1. oktober 2015, at hun den 12. august 2015 trådte i et hul i skovbunden og forvred højre ankel og slog venstre storetå. Sikrede blev set på skadestuen, hvor der ikke blev konstateret brud.

GF Forsikring anerkendte skaden som dækningsberettiget den 5. oktober 2015 (bilag 3).

I maj 2017 blev vi kontaktet af sikrede på ny, idet hun oplyste at have udviklet polyneuropati (nervetændelse) af begge arme og begge ben. Trods udredning var der ikke fundet en årsag til lidelsen (bilag 4).

Selskabets lægekonsulent har på baggrund af journalen fra egen læge, [hospital1], [privathospital] v. speciallæge..., [hospital2] Neurologisk Ambulatorium v. overlæge ..., vurderet, at skaden den 1. oktober 2015, ikke er egnet til at medføre neuropati (bilag 5).

Der er derudover lagt vægt på, at der alene er tale om forvridning af højre fodled (dog slag mod venstre tå) og at der ikke er registreret traumer mod andre områder.

I forløbet var der mistanke om refleksdystrofi (CRPS), men dette blev afvist. Der er kommet symptomer i begge ben og begge arme og neurologerne finder den 5. maj 2017, at det drejer sig om sensomotorisk aknosal neuropati i arme og ben, hvilket er en sygdom og ikke en tilstand, der udspringer af et ulykkestilfælde.

Sikredes egen læge har den 15. december 2017 tilføjet følgende i journalen:

Patienten forvred sin højre ankel 12. august 2015. Tidsmæssigt sammenfaldende udviklede patienten en række symptomer fra ryg, ben og nervesystem, hvilket har bevirket en lang række undersøgelser, hvilket her efter 2½ år har resulteret i en tilknytning til smerteklinik.

Der er ved speciallæge IKKE fundet CRPS, hvilket vel kan tolkes som, at der ikke er sammenhæng mellem ankelforvridningen og hendes polyneuropati i begge UE, smerte og påvirket gang?

GF Forsikring har herefter afvist, at skaden den 12. august 2015, skulle være egnet til at forårsage polyneuropati i begge sikredes arme og ben (bilag 6).

Derudover gør vi opmærksom på forsikringsbetingelsernes punkt 51.11, hvoraf det fremgår, at forsikringen ikke dækker forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes sygdom, enhver forudbestående eller tilstødende sygdom, sygdomsanlæg eller lidelse, uanset om der har været symptomer eller ikke før ulykkestilfældet.

GF Forsikring tilbød sikrede muligheden for at få sagen vurderet i Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, men modtog ingen tilbagemelding før aktuelle ankenævnsklage.

Selskabet finder i øvrigt ikke, at en mengrad på 5% eller derover, er antageliggjort i en sådan grad, at selskabet skal pålægges at betale for at sagen forelægges Arbejdsmarkedets Erhvervssikring."

Klageren har den 7/3 2020 bl.a. anført:

"Jeg har vedlagt et uddrag af artikel fra National Institute og Neurological disorders and Stroke omhandlende Perifer Neuropathy (polyneuropati)- på side 3, er årsagerne til neuropati beskrevet,

herunder at fysisk trauma i forbindelse med fald og sportslige aktiviteter kan være årsag. Selv mindre alvorlige traumaer kan være årsag til neuropati.

Jeg finder derfor ikke at GF-Forsikring kan afvise sagen med den begrundelse at jeg ikke har pådraget mig CRPS.

Min lidelse Polyneuropati opstod i umiddelbar forbindelse med mit traume, hvilket min lægejournal kan dokumentere."

Af klagerens lægejournal fremgår bl.a.

"12-08-2015 Skadenotat

Pt. er trådt ned i et hul i skoven under gåtur, forvrider herved sit højre fodled samt slår venstre storetå. Pt. henvises via egen læge til rtg. afd. på mistanke om fraktur.

Objektivt

Ekstremiteter: Der ses hævelse over begge malleoler specielt den laterale. Her findes ligeledes ømhed mest omkring malleolen og kun diskret indirekte ømhed. Der ses svær lateral hævelse. Neurovaskulære forhold er intakte. Ingen umiddelbare tegn på løshed, heller ikke iflg. egen læge. Kan ikke støtte på foden pga. smerter. Venstre tå er øm både direkte og indirekte, yderleddet. Der ses hævelse og let misfarvning. Neurovaskulære forhold er intakte.

Billeddiagnostik

Der er taget dg. af højre fodled og venstre tå. Billederne er konfereret med forvagt ..., og der menes ikke at være fraktur eller afrivninger. Undertegnede synes dog, at der kunne være en lille mistanke om fraktur i tåens distale phalanx.

Plan

Der anlægges plasterspica på venstre tå, desuden støttebind sv.t. højre fodled. Der informeres om RICE og roligt regime. Der udleveres krykkestokke og informeres herom. Pt. tager hjem til roligt regime. Såfremt symptomerne ikke er i aftagende over 14 dage da evt. ny kontakt til egen læge. Informeret samtykke Samtykke givet til følgende indgreb/undersøgelse/behandling: Pt. informeret om ovenstående, accepterer. Skinnebeh. af ankelled og fod, blød bandage inkl. støttebind. Behandling med tapening.

...

22-09-2015 Forstuvning af ankel

Stadig smerter, hævelse og bevægeindskrænkning 6 uger efter hø. siidg ankeldistorsion. Gangdist 200 m. Går til fys. Obj: let hævelse sv. til lat malleol. Ømhed sv. til de ant. ligg. Ingen løshed.

...

12-11-2015 Symptom/klage fra ryg (m549)

Uden kendt traume 1 mds klappen med HØ forfod og iskiassmerter ned i HØ ben henover fodryggen. Obj kan pt godt have en L5 prolaps dxt med pos lasegue 40 gr. Nedsat dorsalflexionskraft HØ fodled og specielt 1. tå samt nedsat sens laterale del af crus. Rp fysioterapeut træning/behandling med kontrol her 14 dage

26-11-2015: Symptom/klage fra ryg

Ingen bedring. Pt frygter nervelæsion efter distorsion i august. dvs en sammenhæng til forfodsparesen. jeg ser det som 2 adslilte ting. kan idag stå på tæer på HØ fod. men påfaldende, at pt FØR

aktuelle klapfod ikke efter ca 2 mdr har opnået stabil gangfunktion efter fodeldsdistorsion.... henv MR

...

05-01-2016: Lumbal diskusdegeneration UNS

Pt. er henvist for ryglidelse. Det viser sig anamnestisk ret hurtigt, at hun har formentlig neurologisk lidelse, evt. neuropati. Hun fortæller, at det startede for ca. 16 mdr. siden, nemlig september 2014, hvor hun under træning med hunde gik baglæns og trådte ned i et hul og faldt og slog højre knæ. Fik så foretaget x 2 operation på højre knæled med noget menisklidelse og så er det kommet til at gå rimeligt. I august 2015 faldt hun så og slog højre fod og brækkede venstre storetå. Konservativt behandlet. Siden da også her i december faldulykke, hvor hun er faldet uden helt oplagt grund, men dog i ujævnt terræn. Hun færdes meget i skoven og har været også været ude på en længere gåtur, sidst for 1 uges tid siden, hvor hun så fik tiltagende snurrende fornemmelse i benene efter gåturen.

Der er foretaget en MR-scanning d .05.12.15, og denne viser en mindre central prolaps på L4/L5-niveau og en diskusprotrusion L5/S1-niveau samt degenerative forandringer. Der refereres for detaljer til beskrivelsen. Der er ikke nogen svær spinalstenose. På det man kan se af rygmarven proximalt er der ikke umiddelbart forandringer.

Hun har ikke haft vandladningsproblemer. Hun har balanceproblemer. Fortæller, at hun er usikker, når hun rejser sig op og må støtte sig til møbler, og det er også, hvad jeg ser herinde. Gangdistancen er mindst 1 km i ujævnt terræn. Ingen claudicatio. Føler, at hun har underlig fornemmelse fra lige distalt for knæene og begge crus, mest udtalt på højre side, og begge fødder føles underlige og føles kolde, selvom de kan være varme, f.eks. i varmt bad.

Klinisk i god AT. ET lidt over middel. Koopererer fint ved den kliniske undersøgelse. Hun kan umiddelbart ikke gå på tå og hæl, fordi hun har balanceproblemer og gynger en lille smule, men når hun støttes ved hånd, kan hun gå på både tå og hæl uden problemer. FGA til 20 cm. Let flat back konfiguration, men ikke nogen sikker skoliose. Ingen ømhed over ryggen. Ikke noget konturspring. Bækkenet er i balance. Lidt famlende og usikker gang. Undersøgt på lejet er der fri bevægelighed i hofted, knæled og fodled. Der er svage patellarreflekser på begge sider. Begge akillesenerreflekser mangler helt.

Der er nedsat sensibilitet med cirkulær afgrænsning fra lige distalt for knæleddet på begge sider og på begge crus og begge fødder med cirkulær afgrænsning, altså også helt ind på medialsiden og posteromedialsiden af begge crus. Der er ingen parese over hverken hofted, knæled eller fodled. Lasegue bilat. negativ. Der er ingen parese over hofted, knæled, fodled eller tæer. ...

Uklar ætiologi. Det passer jo slet ikke til spinalstenose eller prolaps jvf, klinisk undersøgelse. Vi skal dog sikre os, at hun ikke har en dynamisk spinalstenose og derfor anbefales røntgen af col. lumbalis med funktionsoptagelse i dag og da der er sket en betydelig forværring efter d. 05.12., hvor hun blev MR-scannet, gentager vi MR-scanning af col. lumbalis for at være helt sikre. Det er imidlertid opportunt, at pt. hurtigst muligt kommer til en neurolog til neurologisk vurdering og får lavet et udredningsprogram for neurologisk lidelse eller neuropati. Aftaler derfor, at aktuelle journalnotat føres akut og at hun går akut i Røntgen i dag, og der refereres til egen læge akut, så hun kan drøfte med egen læge, om hun kan henvises til neurolog, måske endda med fordel til praktiserende neurolog, hvor ventetiden kan være kortere.

Hun har ikke i forbindelse med aktuelle faldulykke været undersøgt hos neurolog og er heller ikke CT-scannet på cerebrum. Hun er forklaret, at man muligvis vil foretage en CT-scanning af cerebrum og evt. også en MR-scanning af hele rygmarven som specialoptagelse, men det vil være neurologens afgørelse, hvorvidt man skal gå.

Umiddelbart skønnes det ikke, at den påviste centrale prolaps på L4/L5-niveau og den relative spinalstenose har nogen betydning for hendes aktuelle neurologiske symptomer.

...

23-03-2016 Polyneuropati UNS

INDTRYK:

...årig kvinde henvist på mistanke om perifer neuropati. Pt. falder i sensommeren sidste år og forvrider sin højre fod. Siden dette haft tiltagende gangbesvær og ændret sensibilitet distalt under knæet i begge ben. Gangen bredsporet. Pt. har intermitterende sovende fornemmelse i højre arm.

OBJEKTIVT:

Svage patellarreflekser. Manglende akillesenerflekser. Ændret sensibilitet for berøring under begge knæ.

...

ELEKTROFYSIOLOGISK UNDERSØGELSE:

Den elektrofysiologiske undersøgelse viser abnorme sensoriske forhold højre og venstre nervus suralis. Abnorme motoriske forhold højre og venstre nervus tibialis og peroneus. Abnorme sensoriske forhold højre nervus ulnaris. Normale motoriske forhold højre nervus ulnaris.

KONKLUSION:

Undersøgelsen forenelig med motorisk og sensorisk polyneuropati primært motorisk med aksonalt præg.

Hurtig progression af symptomer. Let forhøjet CK. Forhøjede eosinofilytter. Vaskulitis?!. Foreslår at pt. henvises snarest til diagnostisk center mhp. systemisk sygdom samt på neurologisk afdeling [hospital].

...

04-05-2016: Polyneuropati UNS

Aktuelt:

...årig kvinde, henvist på baggrund af hurtigt progredierende polyneuropati OE og UE. Er ud redt primært via privatpraktiserende neurolog med:

EMG, hvormed hun medbringer jr.kopi, da det er fra [privathospital]. Data er ikke vedlagt. Den elektrofysiologiske undersøgelse viser abnorme sensoriske forhold i højre og venstre n. suralis, abnorme motoriske forhold i højre og venstre n. tibialis og peroneus, abnorme sensoriske forhold svarende til højre n. ularis men normale motoriske forhold svarende til højre n. ularis. Pt. fortæller, at der er undersøgt med overfladeelektroder. Konklusionen på den neurofys. undersøgelse er motorisk og sensorisk polyneuropati, primært motorisk med aksonalt præg.

CT af thorax og abdomen. Har fået den lavet på Billeddiagnostisk Afd., [hospital], men jeg kan ikke se den i Impax. Hun har fået at vide fra [speciallæge i neurologi], at undersøgelsen angiveligt skulle være normal, men de anbefaler alligevel en undersøgelse af spiserøret. Biokemi: CK 188, marginalt forhøjet. Eosinofilytter 1,0 (2 x øverste normalværdi). Er undersøgt for Sjögrens sygdom,

og der er sendt afsted til paraneoplastisk syndromundersøgelse, peptidyl-dipeptidase, reumatologiske autoimmune prøver, og der er undersøgt for B-vit., immunglobiner, HIV og stofskiftesygdomme som D-vit. Der foreligger ikke i jr.systemet svar på de paraneoplastiske syndromundersøgelser.

Er også undersøgt på Rygamb., da hun har denne sovende og snurrende fornemmelse. Man har foretaget MR, funktionsoptagelse, som jf. notat 01.02.16 viser en antydningssvis instabilitet svarende til L4/L5-niveau, hvor der ses degenerative forandringer, og der er en relativ spinalstenose pga. discusprotrusion.

Pt. fortæller selv, at det hele er startet efter at højre fod vrikkede om. Hun havde forud for dette haft en genoptræningsperiode efter 2 x knæop. på venstre side. Da hun er ved at være færdig med dette, vrikker hun om på højre side, idet hun er ude at gå med sine hunde og falder i et hul. Det er smertende ømt og hævet i lang tid. Er nu normal af størrelse, men hun føler, at der er et strammende bælte henover, og det er efter dette, at alle hendes problemstillinger begynder med føleforstyrrelse i UE fra knæniveau og nedefter, føleforstyrrelser især i højre hånd men også i venstre, neurogene smerter i især højre skulder ved bevægelse (beskriver det som neurogene smerter og ved nærmere udspørgen er det brændende og murrende intenst og i anfald).

Føler at hun har champagnebobler op ad benene, det er aftaget noget over årene. Nu sover fødderne mere op til knæene, og hun har iskolde ben. Har endvidere svedudbrud, især i ansigt og på krop.

...

Plan:

Pt. er egentlig velundersøgt, men jeg synes vi mangler

rp. lumbalpunktur med celler, protein, glukose og paraneoplastiske antistoffer

rp. cryoglobulin

Er konf. med afd.læge ... mhp. en svedtest pga. hvad hun nærmest beskriver som flushing symptomer. Det er ikke indiceret, da hun formentlig har svedudbrud pga. den udtalte polyneuropati.

Endvidere

rp. indhentning af det neurofys. svar fra [privathospital] inkl. tal. Såfremt de ikke giver et niveau kan vi overveje at lave det som en nåleundersøgelse her i eget regi.

rp. indhentning af MR fra MR-center [hospital] og CT Tab svar fra Billeddiagnostisk Afd., [hospital], udført 14.04.16.

Når der er svar på lumbalpunktur og blodprøver samt skanninger og neurofysiologisvar er i hus, kontakter jeg pt. skriftligt. I blodprøverne tager vi vaskulitprøverne også, men jeg ser ikke noget, der umiddelbart tyder på det. Vil dog gerne se prøvesvarene først.

...

15-06-2016: Ekstremitetssmerter

Journalnotat:

Pt. er under udredning for at finde baggrunden for en generaliseret polyneuropati. Er set af neurolog og der er gjort RMG og man har fundet positive tegn på både nervus tibialis og n. suralis på hø. og ve. side. Funktionelt har pt. dropfod værst på hø. side. Pt. fortæller, at det startede med et svært distorsionstraume på hø. ankelled. hvor hun i øvrigt også slog ve. forlod. Siden da er problemerne udgået herfra, således at smerterne nu er generaliserede på begge sider og for den sags skyld også i armene. Hun har styringsbesvær, når hun går. Går med rollator. Da hun stadig selv er overbevist om, at skaden er udgået fra hendes ankeltraume, så har neurologerne udbedt sig en MR-skanning for at be- eller afkræfte patologi. Den kunne de ikke få lov at bestille, med mindre

fodkirurgerne havde set hende. Derfor hos undertegnede i dag. I øvrigt suppl. hun med, at hun har en fornemmelse af cirkulationen i benet ikke er i orden. Om hun specifikt tænker på blodforsyningen eller på nerveforsyningen er lidt svært at nå ind til.

Hun er tidl. fuldstændig sund og rask og fik ikke noget medicin, før hun kom til skade. Nu får hun rigtig meget, herunder epilepsimedicin. Lidt træt af, at der ikke kan findes en årsag til hendes sygdom og føler sig sendt rundt i systemet. I øvrigt hæver hendes ben op og er ødematøse henunder aften, og de bliver misfarvede.

Obj.

En kvinde med udseende sv.t. alder, ET normal. Står med plantag rad fødder og er hverken plat eller hulfodet. Hun kan faktisk præstere etbens tåstand på begge sider med normal varisering.

Siddende er der kraftnedsættelse grp. 4 for dorsal fleksion af foden og for peroneusgruppen, men normal styrke for tibialis posterior. Alt andet lige er dette bilateralt. Der er fri bevægelighed i alle led. Der er ikke nogen hævelse, der gør sig gældende. Hun er hverken side- eller skuffeløs. De gamle bill. fra 15.08.15 er set igennem og her kan der ikke påvises nogen ossøs patologi. Min konklusion er, at det lyder som en velfungerende rask kvinde, der med et forholdsvis simpelt traume udvikler noget, der minder om et kronisk regionelt smertesyndrom. At der så oveni dette kan påvises en polyneuropati, er selvfølgelig utrolig uheldigt for pt. Men jeg er ikke ret overbevist om, at vi finder nogen større patologi i foden. Det vil vi selvfølgelig be- eller afkræfte ved at iværksætte den bestilte MR-skanning. Har en forhåbning om, at vi kan få den gennemført sammen med den undersøgelse af cerebrum, som pt. er berammet til den 24. Men jeg har prøvet at få en snak med pt. om, at hun skal stille forventningerne lavt. Jeg tror ikke, at jeg finder noget, som der kirurgisk i hendes fod kan løse hendes generelle tilstand.

...

06-08-2016: Ekstremitetssmerter

MR-skanning foreligger og viser helt normale forhold hvad angår h. fod og hvad angår knogler, led, sener og ledbånd. Bekræfter dog ved underbenet den avulations ødem. Dette kan hænge sammen med enten pt.s CRPS eller pt.s polyneuropati. Kan se at neurologisk ovl. fra [hospital] har henvist til specialist ... på hvad angår mistanke om CRPS. Jeg hælder meget til, at det er det pt. har - udløst af simpelt distorsions-traume, men selvfølgelig forværret af generaliseret polyneuropati. Jeg kan ikke hjælpe pt. kirurgisk. Der er ikke berammet tid hos [specialist] endnu, men jeg vil gerne modtage epikrise, når pt. har været hos hende. Pt. er orienteret af undertegnede telefonisk Er også inf. om at hun ikke er udstyret med dropfodsskinne. Det må fysioterapeuterne vurdere, om hun kunne have gavn af. Så kan enten jeg eller neurologerne eller for den sagsskyld e.l. henvise til bandagistbehandling på dette. AFSLUTTET herfra.

...

30-11-2016: Polyneuropati UNS

...

Aktuelt:

12.08.15 vrider hun om, primært på h. fod, men også let på ve. fod, og har siden dette tidspunkt udviklet dårlig gangfunktion, faktisk så dårlig gangfunktion, at hun må bruge rolator og kun kan gå 500, max. 1000 m. Har udviklet følesesløshed fra knæled og distalt, hvor benene bliver som istapper, periodevis rødlige fødder med hævelse, spændte. Samtidig efter nogle mdr. udviklet smerter i h. arm, som udløses ved bevægelighed af skulderled. Samtidige lænde- rygsmerter og når hun ikke tager sin Tramadol, føler hun ild i hele kroppen. Rygsmerterne forværres, når hun bøjer sig,

når hun sidder for længe, og lindres i liggende stilling. Fornemmelsen i benene beskrives initialt som champagnebobler i benene. ...

Us. neurofysiologisk d. 23.03.16 af peroneus motorisk, ve./hø., tibialis motorisk ve./hø., ulnaris motorisk hø. Sensorisk suralis ve./hø. og ulnaris hø. Us. viste motoriske og sensorisk polyneuropati, primært motorisk med aksonalt præg. Neurofysiolog ... stiller spørgsmålstegn ved, om pt. har vaskulit på baggrund i hurtig progression af sympt. samt let forhøjet CK og forhøjet eosinofilocytter. Paraklinisk således plasma kreatinkinase på 188. Lumbalpunktur med let proteinforhøjelse, men iøv. normal med normalt antal leucocytter, normal rheumafaktor. Cryoglobulin 0. ANA-ANCA negativ og med faktor under 20, således normal. Normale prøver for mb. Sjøgren. Normale paraneoplastiske antistoffer. Øvr. neuropatiprøver uden tegn på B12-vitaminmangel. M-komponent ikke påvist. Ikke tegn på diabetes. HIV neg. IgM,A,G normale. Normal SR og CRP. Normal nyrefunktion og stofskifte.

...

Konklusion:

...årig kvinde mistænkt for at have CRPS i hø. fod efter vrid og samtidig mistænkt for polyneuropati. Ved den obj. us. ses ingen tegn på CRPS. Ingen temperatur- eller farveasymmetri, dog kolde ben bilat. Nedsat vibrationssans, perifert nedsat sensibilitet for berøring og stik. Pt. har tydelige tegn på en polyneuropati, som allerede er diagnosticeret i form af en motorisk sensorisk polyneuropati, primært motorisk med aksonalt præg. Pt. har ikke CRPS.

Plan:

Grundet nu sympt. i hø. skulder og tidl. mistanke om vaskulit, synes jeg, vi er nødt at lave MR skann. af hø. plexus samt henv. til elektrofysiologisk us. Pt. henv. til dette d..06.12.16. Når svaret kommer på dette, stillingtagen til videre udredning.

...

11-01-2017: Polyneuropati UNS

Svar på MR skann. af columna cerv. samt af plexus brachialis, som viser, at der ikke er patologiske forandringer af plexus brachialis på nogen af siderne. En del degenerative forandringer i cervical-regionen. Små signalforandringer i medulla cervicalis i højde med C2 og C3 på ve. side af usikker natur, dog uden klinisk relevans for aktuelle problematik. Tlf. kontakt til pt., for at fortælle hende, at jeg ikke har nogen mistanke om vasculit. Pt. har polyneuropati som årsag til symptomerne. Jeg foreslår beh. med Amitriptylin, men pt. ønsker ikke dette præparat og ønsker blot at fortsætte på Tramadol Retard 150 mg x 2. AFSLUTTET således herfra.

...

07-11-2017: Polyneuropati UNS

ORTOPÆDKIRURGISK RYGKLINIK

Pt. d.d. fået gennemgået MR-scanning på vores overlægekonf. Vi har ikke noget, som vi kan tilbyde hende af lumbal kirurgi. Dette på baggrund af, at der er tale om polyneuropati og svære symptomer, som ikke kan forklares ud fra MR-scanningen.

Plan:

Pt. er hjemhørende i Neurologisk regi. Aktuelt hører hun under [hospital] og skal til opfølgende samtale i november måned. Mht. det smertestillende har hun forsøgt at komme ud af Tradolan. Hun er herfra orienteret om, at i givet fald man ikke kan tilbyde kirurgi etc., er det jo vigtigt, at hun er godt smertedækket, således hun kan have en tilstrækkelig livskvalitet og holde sig i gang.

Vil på den baggrund foreslå at hun starter op igen med Tradolan Retard 100 mg x 2 supp. med Tradolan 50 mg maks. x 2 i løbet af dagen i givet fald, hun har nogle rigtige dårlige perioder. Hun har svært ved at sove om natten, men hun tåler hverken Gabapentin eller Lyrica, hvorfor jeg foreslår, at vi starter op med Saroten 10 mg til natten forudgået af ekg og opfølgende ekg 1 uge efter.

Skriver d.d. recept på Saroten 10 mg. Pt. skal alligevel til samtale hos egen læge og på den baggrund kan hun få taget ekg. Hun har et udpræget ønske om at komme i gang med noget genoptræning. Er selv aktiv med svømning x 2 dagl. Er tidl. blevet afvist fra [sundhedshus] - hun har dog erfaret, at man kan få genoptræning i givet fald man har nervebetændelse, hvorfor hun ønsker sig ny-henvist. Skriver derfor en ny henvisning til genoptræningsplan - i denne sammenhæng skriver jeg brev til kommunen. Pt. afsluttes fra vores regi."

Af forsikringserklæring af 15/12 2017 fra klagerens læge fremgår bl.a.:

"Patienten forvred sin højre ankel 12. august 2015. Tidsmæssigt sammenfaldende udviklede patienten en række symptomer fra ryg, ben og nervesystem, hvilket har bevirket en lang række undersøgelser, hvilket her efter 2½ år har resulteret i en tilknytning til smerteklinik.

Der er ved speciallæge IKKE fundet CRPS, hvilket vel kan tolkes som, at der ikke er sammenhæng mellem ankelforvridningen og hendes polynuropati i begge UE, smerter og påvirket gang."

Af selskabets afgørelse af 16/1 2018 fremgår bl.a.:

"Din ulykkesforsikring dækker ikke følger af ulykkestilfælde, der skyldes sygdom. Se pkt. 51.10 i forsikringsbetingelserne.

Sagen vil nu blive afsluttet herfra.

Hvis du ikke er enig i vores vurdering af skaden, kan du skrive til os og oplyse om årsagen til uenigheden.

Sagen kan herefter blive vurderet af en lægekonsulent igen.

Din sag kan også sendes videre til vurdering ved Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Hvis du ønsker at benytte den mulighed, beder vi dig kontakte os.

Sagen er afsluttet

Sagen er nu afsluttet herfra. Hvis du har indsigelser til afgørelsen, skal du kontakte os inden et år fra dette brevs dato. Vi gør opmærksom på, at et eventuelt krav kan være forældet, hvis det først rejses mere end et år efter sagens afslutning.

Har du spørgsmål til brevet, er du velkommen til at kontakte mig. Er jeg ikke til stede, vil en af mine kollegaer hjælpe dig."

Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1950'erne, anmeldte den 1/10 2015, at hun den 12/8 2015 vred rundt på begge ankler. Hun udviklede efterfølgende smerter flere steder i kroppen og efter flere års udredning fik hun konstateret nervesygdommen polyneuropati. Hun klager over, at selskabet har vurderet, at der ikke er årsagssammenhæng mellem ulykken og nervesygdommen. Hun klager også over, at hun ikke blev vejledt muligheden for at indbringe sagen for Ankenævnet for Forsikring.

Selskabet har anerkendt ulykken, men har vurderet méngraden til mindre end 5 %. Selskabet har anført, at der ikke er tale om en sygdom, som er traumeudløst, og at der ved de omfattende lægelige undersøgelser ikke er konstateret årsagssammenhæng.

Af journalnotat af 05-01-2016 fremgår det: "Pt. er henvist for ryglidelse. Det viser sig anamnestic ret hurtigt, at hun har formentlig neurologisk lidelse, evt. neuropati. Hun fortæller, at det startede for ca. 16 mdr. siden, nemlig september 2014, hvor hun under træning med hunde gik baglæns og trådte ned i et hul og faldt og slog højre knæ. Fik så foretaget x 2 operation på højre knæled med noget menisklidelse og så er det kommet til at gå rimeligt. I august 2015 faldt hun så og slog højre fod og brækkede venstre storetå. Konservativt behandlet. Siden da også her i december faldulykke, hvor hun er faldet uden helt oplagt grund, men dog i ujævnt terræn. Hun færdes meget i skoven og har været også været ude på en længere gåtur, sidst for 1 uges tid siden, hvor hun så fik tiltagende snurrende fornemmelse i benene efter gåturen".

Af journalnotat af 30/11 2016 fremgår bl.a.: Konklusion: ...årig kvinde mistænkt for at have CRPS i højre fod efter vrid og samtidig mistænkt for polyneuropati. Ved den obj. us. ses ingen tegn på CRPS. Ingen temperatur- eller farveasymmetri, dog kolde ben bilat. Nedsat vibrationsans, perifert nedsat sensibilitet for berøring og stik. Pt. har tydelige tegn på en polyneuropati, som allerede er diagnosticeret i form af en motorisk sensorisk polyneuropati, primært motorisk med aksonalt præg. Pt. har ikke CRPS".

Ankenævnet for Forsikring

11.

94783

Af forsikringserklæring af 15/12 2017 fra klagerens læge fremgår det, at "patienten forvred sin højre ankel 12. august 2015. Tidsmæssigt sammenfaldende udviklede patienten en række symptomer fra ryg, ben og nervesystem, hvilket har bevirket en lang række undersøgelser, hvilket her efter 2½ år har resulteret i en tilknytning til smerteklinik. Der er ved speciallæge IKKE fundet CRPS, hvilket vel kan tolkes som, at der ikke er sammenhæng mellem ankelforvridningen og hendes polynuropati i begge UE, smerter og påvirket gang".

Nævnet bemærker, at det efter almindelige forsikringsretlige principper er klageren, som skal bevise størrelsen og rigtigheden af sit krav.

Efter en gennemgang af sagen – herunder de lægelige oplysninger – finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hendes nervesygdom er en følge af ulykken den 12/8 2015.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren har gennemgået en omfattende udredning, uden at der i den forbindelse er konstateret årsagssammenhæng mellem ulykken og hendes gener.

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af journalnotat af, at klagerens ryggener var startet efter et fald i september 2014, hvor hun efterfølgende var blevet opereret 2 gange i højre knæ.

For så vidt angår selskabets klagevejledning bemærker nævnet, at det fremgår § 4 i forbrugerklageloven, at selskabet "skal give forbrugerne information om det alternative tvistløsningsorgan, jf. stk. 3, hvortil forbrugeren kan indbringe en tvist mellem den erhvervsdrivende og forbrugeren". Af lovens § 16, stk. 2, nr. 1, fremgår det, at et "godkendt privat tvistløsningsorgan kan afvise at behandle en klage, hvis forbrugeren ikke forudgående har reklameret over for den erhvervsdrivende". Det fremgår af § 5 i bekendtgørelse nr. 1219 af 20/11 2019 om den klageansvarlige og finansielle virksomheders håndtering af klager, at selskabet "skal oplyse, hvem

Ankenævnet for Forsikring

12.

94783

der er virksomhedens klageansvarlige, og hvor og hvordan man kan rette henvendelse til den klageansvarlige".

Det fremgår af selskabets afgørelse af 16/1 2018, at "sagen vil nu blive afsluttet herfra. Hvis du ikke er enig i vores vurdering af skaden, kan du skrive til os og oplyse om årsagen til uenigheden. Sagen kan herefter blive vurderet af en lægekonsulent igen. Din sag kan også sendes videre til vurdering ved Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Hvis du ønsker at benytte den mulighed, beder vi dig kontakte os".

Nævnet finder ikke anledning til at kritisere, at selskabet i brevet af 16/1 2018 ikke har oplyst om muligheden for at klage til Ankenævnet for Forsikring, idet selskabet først har en egentlig pligt til at orientere om klageadgangen til Ankenævnet for Forsikring, når klageren har rettet henvendelse til selskabet og har meddelt, at klageren er utilfreds med selskabets afgørelse, og når selskabet svarer på denne henvendelse. Nævnet er ikke i besiddelse af den efterfølgende korrespondance mellem selskabet og klageren, hvorfor nævnet ikke har taget stilling til, om der i disse breve måtte være givet behørig information om adgangen til at klage til Ankenævnet.

Med denne bemærkning

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen
formand