Ankenævnet for Forsikring

912/13

Den 2. april 2013 blev i sag nr. 83.219:

xxxx xxxxxx xxx xxxxx
xxxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har gruppelivsforsikring med dækning for kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv. Han klager over, at selskabet har afvist at udbetale erstatningssum i forbindelse med anmeldt kritisk sygdom.

Klageren gør gældende, at han har krav på udbetaling i henhold til den diagnosekode, som blev noteret som aktionsdiagnose den 10/11 2010

Selskabet har afvist at udbetale summen med henvisning til, at den anmeldte diagnose ikke opfylder forsikringsbetingelsernes diagnosekrav.

Det fremgår af sagen, at klageren den 1/12 2011 ansøgte om udbetaling ved visse kritiske sygdomme. I anmeldelsen har han som diagnose anført: "parkinson+(MSA eller kortikobasal degeneration)."

Til brug for sagens behandling indhentede selskabet diverse lægelige oplysninger, herunder journal fra det behandlende hospital. I journalen den 10/11 2010 er bl.a. noteret:

"**10.11.2010 09:45 BES 1502 NDSA NDS AMBULANT**

Allergier og MRSA
Intet nytilkommet.

Planlagt undersøgelsesprogram gennemført:
Polyneuropatiprøver upåfaldende.
CT-C med minimal leukoariose og uden klinisk relevans.
DAT-scanning med svært nedsat aktivitet i begge basalganglier forenelig med Parkinson.
EMG og nerveledning med bilat. affektion af nervus tibialis kan ikke udelukke rodaffektion.

Orienteres om undersøgelsesresultater.
Forløb med let progression såvel mentalt som motorisk, men dementalt slet ikke i et niveau der berettiger til hverken MCI eller demens.
Følger gerne det kognitive, men det motoriske og behandlingstilbud skønnes beds varetaget i Klinik for Bevægeforstyrrelser. Pt. indforstået dermed.
…
/DG20.9/"

Den 5/12 2011 blev klagerens endelige diagnose fastslået i journal fra det behandlende hospital:

"**Diagnoser**
/DG 23.9, degenerativ sygdom i basalganglier, Parkinson+ lidelse under type ikke specificerede/"

Selskabet meddelte ved brev af 4/1 2012 klageren afslag på udbetaling med henvisning til, at hans diagnose ikke opfyldte forsikringsbetingelserne.

Klageren var utilfreds med afgørelsen, hvorfor han gentagne gange anmodede selskabet om at revurdere sagen. Henvendelserne resulterede ikke i en ændring af afgørelsen.

Klageren har herefter ved brev af 11/9 2012 indbragt sagen for Ankenævnet for Forsikring med påstand om dækning og til støtte herfor anført:

"**3. Argumentation (anbringender)**

Forsikringsbegivenheden:
Forsikringsbetingelserne omkring Parkinsons sygdom lyder:

Paragraf 7P. Parkinsons sygdom (paralysis agitans)
Primær Parkinsons sygdom med hovedsymptomerne muskelrigiditet, tremor eller oligokinese. Symptomer på Parkinsons sygdom fremkaldt af psykofarmaka er ikke omfattet.

Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller en neurologisk speciallæge.

Det er min påstand, at jeg har fået stillet denne diagnose på … Hospital, idet den dels er registreret i Landspatientregistret, dels anført i patientjournalen af overlæge … den 10.11.2010.

Hertil kommer, at udskrifter fra journalen på www.sundhed.dk viser diagnosen på alle udskrifter trukket i perioden fra 27.8.2010 til 11.4.2011. Det skal fremhæves, at diagnosen er anført som overskrift på epikrisen.

Der er endelig ikke bare 'en, men to overlæger, der på hver sin afdeling - … fra Klinik for bevægeforstyrrelser samt … fra Hukommelsesklinikken - fører hver sin journal i denne periode - begge med diagnosen 'Paralysis Agitans' i overskriften.

Betingelsen om psykofarmaka har ingen relevans. Det er præparater, som jeg aldrig har fået. Omkring frister for at ansøge står der i betingelserne

Paragraf 2:
Det er en betingelse for udbetaling af kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden, dog tidligst efter udløbet af en eventuel karensperiode. Det er diagnosetidspunktet der er afgørende, og ikke det tidspunkt, hvor forsikrede får kendskab til diagnosen. Forsikringstid og eventuel karensperiode fremgår af gruppelivsaftalen.

Heraf fremgår, at jeg som forsikringstager ikke har fortabt min ret til erstatning ved først at anmode om erstatningen efter et års tid.

Og det fremgår ligeledes, at sagen skal vurderes på de data, der var til rådighed på datoen for forsikringsbegivenheden. Det er således alene af den grund irrelevant at inddrage mit videre sygdomsforløb.

3.1 Om diagnosedefinitionen
FG's påstand om, at 'diagnosen' var en 'aktionsdiagnose' og derfor ikke en rigtig 'diagnose' er ikke i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens begrebsapparat og giver ingen mening.

Sundhedsstyrelsen angiver i sin definitionsoversigt for diagnoser, at de to betegnelser dækker over det samme begreb og har samme kode.

Som jeg forstår FG's argumentation, er 'aktionsdiagnoser' 'midlertidige' (og de udløser derfor ikke erstatning) og 'diagnoser' er 'endelige' og udløser derfor erstatning.

Hvis FG vil fastholde, at en 'aktionsdiagnose' ikke er en 'diagnose', ville det kræve, at FG havde et objektivt begrebsapparat, der kunne afgøre, om en diagnose med sikkerhed er den sidste (og derfor en 'rigtig' diagnose) - eller om den langt senere ville vise sig at have været 'midlertidig' og derfor i virkeligheden ifølge FG havde været en 'aktionsdiagnose'.

Et sådant begrebsapparat er ikke defineret hverken hos Sundhedsstyrelsen eller i FG's betingelser. Og der er derfor ikke i forsikringsbetingelserne krav om, at forbrugeren skal løfte bevisbyrden for, om diagnosen er endelig eller om diagnosen er midlertidig.

Hertil kommer, at hvis en diagnose i FG's forstand ikke er det samme som en diagnose ifl. Sundhedsstyrelsens definition, eller hvis det ikke er registrering af diagnosen i Landspatientregistret, der er forsikringsbegivenheden, bør det fremgå af forsikringsbetingelserne, så det kan forstås af forbrugeren.

Såfremt det skulle være meningen, at der i henhold til diagnosticeringen skulle skelnes mellem aktionsdiagnoser og senere diagnoser, og denne skelnen skulle have betydning for dækningen, skulle dette fremgå eksplicit af vilkårene. Dette er ikke tilfældet, hvorfor FG's argumentation på dette felt ikke kan tillægges betydning, jf. den almindelige koncipistregel.

Der står på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, at der er ved at blive implementeret et system, hvor de diagnoser, der er stillet i den forløbne måned, samkøres med forsikringsselskabernes kundedata med det formål at varsko forsikringstagerne om, at de formentlig har mulighed for erstatning.

Systemet bygger på Landspatientregistrets data, hvad der jo kunne tyde på, at i hvert fald Sundhedsstyrelsen mener, der er oprettet en diagnose, når den er registreret i deres register. Og at denne diagnose har relevans for forsikringstageren i forbindelse med erstatning. Denne formodning forstærkes af, at det er Sundhedsstyrelsen, der har fastlagt reglerne for registrering i registret, og det er Sundhedsstyrelsen, der har designet systemet for at sikre, at forsikringstagerne får deres retmæssige erstatninger.

Sammenfattende må det jo forholde sig sådan, at jeg som forsikringstager kan løfte bevisbyrden for at der foreligger en diagnose ved at henvise til registrering i Landspatientregistret og til overskriften på alle journalsiderne og overskriften på epikrisen, Hvis ikke vil jeg jo være helt retsløs i forholdet til Forsikringsselskabet. Her kan jeg tilmed dokumentere, at diagnosen også står i journalen med alm. tekst, hvad der burde være helt overflødigt.

3.2 Om opfyldelse af forsikringsbetingelserne
Forsikringsbetingelserne er udformet meget detaljeret, idet de angiver, at forsikringsbegivenheden indtræder, såfremt diagnosen stilles af specifikke specialister - og der ikke er involveret psykofarmaka. I og med betingelserne så klart angiver, hvad der skal til, så kan man modsætningsvis slutte, at der ikke er andre krav, der også skal opfyldes.

F.eks. er det ikke et krav, at forsikringstageren som lægmand skal bevise, han har sygdommen ud over at henvise til, at diagnosen er stillet af de relevante læger. Og det er heller ikke relevant for opfyldelse af betingelserne, hvilke overvejelser og mellemregninger, der har ført til, at specialisten har registreret diagnosen.

Derfor er det ikke et krav for forsikringsbegivenhedens indtræden, at diagnosen er baseret på, at udredningen er slut. Hvis det krav skulle stilles, ville konsekvensen jo være, at FG kunne 'vente alle sine kritisk sygdoms kunder ihjel'. Det fremgår da også af andre af FG's publikationer, at sagsbehandlingstiden er 14 dage og ikke mange år.

Det er i henhold til forsikringsvilkårenes § 2, den forsikringsretlige litteratur samt retspraksis, herunder særligt AKF 65.002 (vedlagt bilag …) og 61.842 (vedlagt bilag …), alene at krav, at en kritisk sygdom i henhold til § 8 diagnosticeres i forsikringstiden, og at eksplicitte krav til selve diagnosticeringen m.m. er efterlevet.

I denne sag blev jeg beviseligt diagnosticeret med *'Paralysis Agitans (Parkinsons)'* under udredning på en neurologisk afdeling (… Hospital - bilag …), jf. vilkårenes §§ 2 og 8, hvilken diagnose er opretholdt i mere end 1/2 år. Alene derved er FG i dækning svarende til den nedlagte påstand.

Dertil kommer, at formålet med denne type forsikring netop er at give forsikringstager en hurtig lindring mod alle gener ved en alvorlig sygdom, herunder subjektive psykiske gener ved at den aktuelle diagnose stilles. I mange tilfælde vil forsikringstager endvidere kun have kort tid tilbage til at nyde godt af erstatningen. Derfor er der gennemgående opstillet relativt enkle forsikringsvilkår, herunder det såkaldte diagnoseprincip, jf. også ovenfor. Hvad en endelig slut-diagnose lyder på, stillet efter et (åre)langt udredningsforløb ved forskellige behandlingssteder, kan således ikke tillægges afgørende betydning - i hvert fald ikke i den konkrete sag.

Det er således hele ideen i Kritisk Sygdomsforsikring, at en diagnose afgivet og registreret af en ekspert netop er forsikringsbegivenheden - og sagen derfor kan godkendes på få uger uden at vente på vurderinger af nye lægekonsulenter og en række udredninger, der tager mere tid end patienten har tilbage.

Gennemsnitlig udredningstid for Neurologiske sygdomme i hjernen er så vidt jeg har fået oplyst tre år. Forskellige symptomer dækker over et væld af differentialdiagnoser. Det er ikke et krav i henhold til forsikringsbetingelserne, at neurospecialisten ikke må ændre opfattelse de kommende år. Der er heller ikke tale om et tilbagebetalingskrav, hvis erstatningen er udløst.

FG anfører, at min nuværende diagnose tyder på, at jeg ikke har haft den forsikrede sygdom. Det er imidlertid irrelevant. Sagen handler om, hvorvidt jeg havde diagnosen på et givet tidspunkt. Diagnoseprincippet bygger alene på en objektiv vurdering.

Sagen handler derfor ikke om min sygdomsstatus i 2012. Det er derfor ikke en fornyet lægelig vurdering af sygdommen, som FG skal gennemføre. Hverken af min status i 2010 eller i 2012. FG skal alene konstatere om forsikringsbetingelserne var opfyldt ved forsikringsbegivenhedens indtræden i november 2010. Dvs. om der forelå en diagnose, og om det er en troværdig ekspert, der har stillet den.

Det skal anføres, at FG ikke har stillet spørgsmålstegn ved de involverede neurologiske overlæger. FG har alene bestridt at jeg opfylder diagnoseprincippet - dvs. at jeg havde en diagnose.

3.3 Sekundære argumenter

Selv om det er min påstand, at forsikringsbegivenheden er indtrådt for længst, kunne det måske være hensigtsmæssigt at overveje det synspunkt, at jeg under alle omstændigheder er berettiget til erstatning - også på basis af min nuværende diagnose.

Den 'endelige' diagnose (den tredje) er stillet den 16.5.2012 med 90 % sikkerhed ifl. overlæge … lyder på DLB /G31.8E Levy Body Sygdom (DLB). Ifl. sundhedsstyrelsen har 75 % heraf Parkinsonistiske træk, idet motoriske symptomer forekommer nogenlunde samtidig med demenssymptomer.

For god ordens skyld skal det nævnes, at denne diagnose har FG ikke kendt under sagsbehandlingen. Jeg antager, at det ikke gør nogen større forskel på FG's oprindelige argumentation for at afvise diagnose nummer to: DG23.9 Degenerativ sygdom i basale ganglier.

At diagnosen ændres igen er vel i øvrigt et udmærket eksempel på, at det er teknologisk særdeles specialiseret at skelne de forskellige varianter af neurologiske sygdomme i hjernen.

Kort fortalt handler denne sidste diagnose om, i hvilken rækkefølge, de involverede hjerneceller afgår ved døden og hvor og i hvilken hastighed såkaldte 'Lewy Bodies' spreder sig i hjernen. For mig er det imidlertid nærmest ligegyldigt, om det er DG20.9 (Parkinson) eller G23.8E.(Demens med Levy Body). Jeg får både stadig stigende motoriske vanskeligheder og stadig stigende demensproblemer. For min familie og venner vil jeg lide af 'Parkinson'.

At de to sygdomme kan være næsten identiske fremgår af pjece fra Novartis med titlen 'Lewy Body Demens og demens ved Parkinsons sygdom'. (vedlagt bilag …). Her står i indledningen *'Lewy Body demens og demens ved Parkinsons sygdom minder på mange måder om hinanden. Ved Lewy Body demens debuterer symptomerne, som minder om Parkinsons sygdom,*

samtidig med demenssymptomerne. De fleste med Parkinsons sygdom vil derimod have haft motoriske symptomer i mange år, før de eventuelt udvikler symptomer på demens'.

Og senere

'Vi kender ikke årsagen til, at sygdommen udvikles. I begge tilfælde dannes der såkaldte Lewy Bodies i nervecellerne i hjernen. Lewy Bodies indeholder affaldsprodukter på baggrund af en ændret nedbrydning af proteiner i nervecellerne, men hvad der forårsager denne ændring, ved vi ikke.

Ved Parkinsons sygdom opstår der først Lewy Bodies i hjernestammen, hvorimod der ved Lewy Body demens findes forandringer over store dele af hjernen.

Får man demens ved Parkinsons sygdom, vil der ligeledes findes Lewy Bodies spredt over store områder af hjernen'.

Det efterlader først og fremmest det billede, at det på ingen måde var en urimelig diagnose overlæge … skrev ind i journalen i november 2010. Og FG kunne ikke med de forhåndenværende data på tidspunktet have anfægtet diagnosens rimelighed.

Jeg har vedlagt endnu en sag som bilag ... Kendelse afsagt af Ankenævnet for Forsikring den 11. juni 2011 i sag nr. AFK 79.201 (78976 er samme sag - ?), hvor udfaldet gik FG imod. Det giver mulighed for at analogisere med denne anke.

I casen nedlægger FG påstand om, at en hjernesvulst hos en forsikringstager ikke er dækket. FG afgiver en højt specialiseret forklaring om, at netop den type svulst, som forsikringstageren har, ikke er dækket, fordi den har en 'forkert' beliggenhed i hjernen i forhold til den type svulst, som FG dækker ifl. betingelserne.

Ankenævnet afviser den forklaring og afgør, at forsikringstageren med føje kan betragte svulsten som en 'hjernesvulst', da FG ikke udtrykkeligt har angivet at en sådan specifik svulst ikke kan anses for en hjernesvulst. Hun er derfor erstatningsberettiget.

Jeg kan derfor efter min opfattelse på det grundlag med rette påstå, at jeg som lægmand bør kunne forvente, at hvis jeg får et Parkinsonistisk sygdomsforløb, der udspringer af tab af hjerneceller og dannelse af Lewy Bodies, så kan jeg forvente at få erstatning - uanset specialistovervejelser, der kan skelne mellem den ene eller den anden differentialdiagnose. I længden er resultatet for mig det samme.

Konsekvensen af, at flere og flere får stillet en specialiseret differentialdiagnose i forhold til Parkinson ville ellers være, at FG dækkede en stadig faldende andel af dem, der i almindelig folkelig forståelse har 'Parkinson'. Tilmed vil det formentlig være de yngste forsikringstagere, som får differentialdiagnoserne, medens dem som får den almindelige 'Parkinson' får den efter forsikringsdækningen er ophørt. FG ville således løbende reducere sin risiko betragteligt alene fordi teknologien udvikles.

Ankenævnet kunne derfor analogt med sagen om hjernesvulsten, komme frem til, at der også her er tale om en højt specialiseret skelnen mellem rækkefølgen af celler, der dør, og Lewy Bodies, der spreder sig. En skelnen som for forsikringstageren er rent akademisk. For han oplever at 'Parkinson med demens' og 'Lewy Body Demens' er et og det samme. Forsikringstageren kan dermed med føje antage sig dækket.

Og jeg må derfor forvente, at jeg ikke alene med sikkerhed er erstatningsberettiget på basis af den tidligere diagnose lydende på 'Parkinson', men formentlig også med den nyeste diagnose lydende på Lewy Body Sygdom."

Selskabet har i svarbrev af 9/10 2012 til nævnet anført:

"Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt. I bilag … er oplistet de diagnoser, som giver ret til udbetaling ved kritisk sygdom. De oplistede diagnoser er udtømmende. Det betyder, at der ikke kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, ikke eksplicit er nævnt på listen.

Parkinson Plus, MSA (Multipel System Atrofi) og Kortikobasal Degeneration er ikke dækkede sygdomme efter bilag …, og vi har ikke kunnet imødekomme klagers ønske om udbetaling på baggrund af en af disse diagnoser.

Under sagens behandling anførte klager imidlertid, at han fik stillet diagnosen Parkinsons sygdom (Paralysis agitans) i efteråret 2010.
…
For at vurdere om forsikringsbetingelserne var opfyldt, modtog vi journalmateriale fra Neurologisk Ambulatorium, … Hospital (bilag …) og Hukommelsesklinikken, … hospitalet (bilag …)
…
I notat fra 5. december 2011 i bilag … er anført, at klagers diagnose er degenerativ sygdom i basalganglier, Parkinson + lidelse under type ikke specificeret.

Det kan herefter konstateres, at klager ikke lider-eller har lidt af Primær Parkinson (paralyses agitans).

Journalnotat fra 10. november 2010 af overlæge …, hvor diagnosekoden DG 209 er anført, er ikke et udtryk for, at den endelige diagnose blev stillet på dette tidspunkt. Klager blev netop henvist til NBF for yderligere udredning og vurdering og det viste sig også, at klager allerede ved første konsultation på NBF 3. december 2010, meget klart fik afvist, at klager led af Primær Parkinson (paralysis agitans).

Den anførte diagnosekode i journalen af 10. november 2010, kan således ikke tages til indtægt for, at der forelå en konklusion på udredningsforløbet denne dato. Den anførte diagnosekode kan ikke betragtes som andet end en aktionsdiagnose - da klager ikke på noget tidspunkt i udredningsforløbet led af Primær Parkinson (paralyses agitans).

Sundhedsstyrelsen anfører under definition af diagnosearter (bilag …), at 'Aktionsdiagnose' er den diagnose 'der ved udskrivning eller afslutning af patientkontakten bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulant besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram'. Denne definition passer nøjagtigt til klagers forløb, da klager blev afsluttet hos overlæge … 10. november 2010, for at overgå til videre udredning på NBF og aktionsdiagnosen DG 209 blev derfor anført som årsagen til det udredningsprogram … havde gennemført, inden der blev givet henvisning til anden instans (NBF).

Det er ikke korrekt når klager anfører i sin klage, at det er registrering af diagnosen der udløser erstatning og ikke sygdommen i sig selv. Det fremgår af forsikringsbetingelserne under § 8 P, at diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge - og der må ligge den klare formodning for, at man ikke stiller en (endelig) diagnose, med mindre patienten lider af den sygdom, der medfører, at diagnosen stilles.

Det skal ligeledes pointeres, at en samkøring af diagnosekoder og kundedata i Landspatientregistret, udelukkende er en hjælp til de forsikrede, så de kan få deres sag vurderet i forsikringsselskabet - det er ikke registrering af diagnosen der i sig selv giver ret til udbetaling af erstatning - men om de specifikke forsikringsbetingelser i forsikringsselskabet, er opfyldt.

På baggrund af ovenstående, har vi ikke kunnet imødekomme klages ønske om udbetaling efter forsikringsbetingelsernes § 8 P, hvilket vi skrev til klager 4. januar 2012, 16. februar 2012, 12 marts 2012 og 11. maj 2012 (bilag …)."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 8.** Ved kritisk sygdom forstås:
…
P. Parkinsons sygdom (Paralysis agitans).
Primær Parkinsons sygdom med hovedsymptomerne muskelrigiditet, tremor eller oligokinesi. Symptomer på Parkinsons syge fremkaldt af psykofarmaka er ikke omfattet.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge."

Nævnet udtaler:

Da klageren i november 2010 fik diagnosekoden DG20.9, blev han samtidig henvist til videre udredning, som allerede måneden efter afkræftede, at han led af den dækningsberettigende diagnose parkinsons sygdom (paralysis agitans). Herefter finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning med henvisning til, at klageren ikke lider af en dækningsberettigende kritisk sygdom.

Nævnet bemærker i denne forbindelse, at nævnet ikke kan pålægge selskabet at udbetale erstatning, selv om en diagnose i øvrigt kan sidestilles med en dækningsberettigende diagnose.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen