Ankenævnet for Forsikring

Den 15. juni 2016 blev i sag nr. 89203:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

PBU Pædagogernes Pensionskasse
Østerfælled Torv 3
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Sikrede er omfattet af en forsikring med dækning ved visse kritiske sygdomme. Hun klager over, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen for en anmeldt kritisk sygdom.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose.

I brev af 6/4 2016 til nævnet fra selskabet hedder det bl.a.:

> "**Sagsfremstilling**
> Klager ansøgte 11. november 2014 om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme. På ansøgningsskemaet anførte hun sygdommen multipel sklerose (Bilag 1). Vi indhentede journaloplysninger fra neurologisk ambulatorium på ... Hospital, hvoraf det fremgik, at klager gentagende gange havde haft føleforstyrrelser i venstre arm og ben og var sat i behandling herfor. Klager havde fået foretaget MR skanning, som viste multiple, små hyperintense læsioner i begge cerebrale hemisfærer. Billederne fra skanningen opfyldte kriterierne for dissiminering i sted men ikke for dissiminering i tid.
>
> Det fremgik desuden, at hun havde diskret venstresidig ataksi med koordinationsprøver i over- og underekstremiteter, og at hun var blevet sat i immunmodulerende behandling med Aubagio (i mod sensoriske milde attakker, som klager udviklede i alt 3-4 gange i løbet af et års tid).

I oktober 2014 fik klager foretaget en nerveledningsundersøgelse, som påviste helt normale forhold og ej heller tegn på nervebetændelse. På denne baggrund konkluderede [Læge], at klagers føleforstyrrelser højst sandsynligt skyldtes dissemineret sklerose (DS) og var udtryk for små attakker. Det fremgik ikke, at klager havde fået stillet diagnosen DS.
...

Begrundelse

Det følger af PBU's Betingelser ved visse kritiske sygdomme (Bilag 19) § 1, at:

'Får medlemmet stillet en diagnose på en kritisk sygdom før medlemmet fylder 70 år, udbetales en engangssum'.

Det er således en helt overordnet betingelse for udbetaling, at der er stillet en diagnose

Af § 7, litra G fremgår det vedrørende Multipel (dissemineret) sklerose, at der skal være tale om:

'En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig enten ved:

a) To eller flere (gentagne) episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet, efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-skanning eller

b) Et attak med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attak, hvor de diagnostiske kriterier for MS efter McDonald er opfyldte.

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

Som det fremgår af de indhentede helbredsoplysninger, har klager været igennem mange undersøgelser på baggrund af føleforstyrrelser m.v. Der er foretaget MR-skanninger og flere neurologiske undersøgelser, og der er ligeledes gennemført en second opinion af klagers heldredsforhold med henblik på at få afklaret, hvad klager fejlede. På intet tidspunkt er der stillet en sikker diagnose.

[Læge] skriver i 2014 til klager, at hendes føleforstyrrelser 'højst sandsynligt skyldes dissemineret sklerose' og anbefaler hende behandling med Aubagio for de (hvad de formoder er) små attakker.

Efter yderligere undersøgelser konkluderer [Læge] imidlertid, at der ikke er tale om DS, og klager ophører med behandlingen. Klager opfylder derfor ikke betingelsen om, at der skal være stillet en dækningsberettigende diagnose.

At klager i en periode har stået registreret på sundhed.dk med diagnosen DS ændrer ikke på, at der ikke er stillet en diagnose på en neurologisk afdeling eller af en neurologisk speciallæge. Det ændrer ligeledes ikke på afgørelsen, at klager i en periode har modtaget behandling for symptomer svarende til DS.

Herudover skal det bemærkes, at det fremgår journaloplysningerne, at MR-skanningerne viste, at klager alene opfylder betingelsen for dissiminering i sted men ikke i tid, hvilket er en betingelse for opfyldelse af diagnosekriteriet i forsikringsbetingelserne.

Konklusion
Klager har fået afslag på udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme, da hun ikke har fået stillet en diagnose, der er omfattet af forsikringen. PBU skal derfor fastholde sin afgørelse."

Dertil har klageren i mail af 12/4 2016 til nævnet bl.a. bemærket:

"at jeg som sagt har fået udleveret stærk attakmedicin (som først gives når bestemte kriterier (vist nok 4?) er opfyldt, da det er stærk medicin), samtidig med at jeg og min [familiemedlems] tilstedeværelse denne dag 7/11-2014 blev opfordret til at søge kritisk sygdom, uddelt foldere med DS, talt om hjælpemidler heriblandt stok - og blodprøvekontrol (ALAT) tider det næste halve år frem ...
og at jeg blev registreret med diagnosen 1/2 år før (1/5-2014) at jeg blev sat i medicinsk behandling ... Det må der denne gang have været en årsag til?

Medicinen stoppes af min Secound opinnion d 13/5-15 da diagnosen DS afkræftes og der derfor ikke var noget behandlingsbehov ifølge en paragraf 82b?

D. 30/11-2015 blev jeg ved sidste afsluttende besøg (også sammen med min søsters deltagelse) i [by] meddelt med de afsluttende ord på, at jeg var blevet fejlbehandlet ... ! Og lægen var glad for, at han havde fået mig ud af den stærke medicin!

Jeg er selvfølgelig meget glad for, at jeg bad om en Secound opinnion og ikke har diagnosen alligevel men jeg har fået medicin i 7 mdr. samt været registreret med diagnosen i 2 år, indtil jeg kontakter ambulatoriet og får slettet diagnosen hos dem og på sundhed.dk"

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen – herunder patientjournaler.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"§1 Får medlemmet stillet diagnose på en kritisk sygdom før medlemmet fylder 70 år, udbetales en engangssum, jf. dog §§ 2-6.

Med kritisk sygdom menes, jf. § 7:

...

G Multipel (dissemineret) sklerose
H ALS (amyotrofisk lateralsklerose

...

G. Multipel (dissemineret) sklerose (MS)

En kronisk sygdom i centralnervesystemet, der har vist sig enten ved:

a) To eller flere (gentagne) episoder af neurologiske udfaldssymptomer fra forskellige dele af centralnervesystemet, efterfulgt af hel eller delvis remission, i kombination med mindst to karakteristiske læsioner i hjernens hvide substans (med påvist disseminering i tid og sted) på MR-scanning eller

b) Et attak med klart fremadskridende forløb (Primær Progressiv MS) eller et svært attak, hvor de diagnostiske kriterier for MS efter McDonald er opfyldte.

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

Følgende er ikke dækket:
Tilfælde med synsnerveudfald (opticus neurit) alene.

H. Amyotrofisk lateralsklerose (ALS)

En fremadskridende sygdom med degeneration af de motoriske nerveceller i centralnervesystemet.

Krav: Diagnosen skal være stillet på en neurologisk afdeling eller af neurologisk speciallæge og være bekræftet ved elektromyografi."

Nævnet udtaler:

Klageren kræver udbetaling af forsikringssummen. Til støtte herfor har hun i sin mail af 12/4 2016 henvist til, at hun har fået udleveret stærk medicin i forbindelse med sin behandling af sin lidelse, og at hun i sygehusvæsenet blev registreret med diagnosen dissemineret sklerose. Hun har endvidere i mailen blandt andet anført: "Jeg er selvfølgelig meget glad for, at jeg bad om en second opinion og ikke har diagnosen alligevel, men jeg har fået medicin i 7 mdr. samt været registreret med diagnosen i 2 år, indtil jeg kontakter ambulatoriet og får slettet diagnosen hos dem og på sundhed.dk".

Selskabet gør gældende, at klageren ikke har fået stillet en dækningsberettigende diagnose, hvorfor det ikke er forpligtet til at udbetale forsikringssummen.

Som sagen foreligger oplyst, finder nævnet, at det som ubestridt kan lægges til grund, at klageren aktuelt ikke er diagnosticeret med dissemineret sklerose, og at den tidligere lægelige vurdering af, at hun formentlig led af sygdommen, har vist sig at være en forkert formodning, jf. herved blandt andet klagerens mail af 12/4 2016.

Det er nævnets opfattelse, at man i en situation, hvor man har været fejldiagnosticeret med en mulig dækningsberettigende diagnose, og fejlen efterfølgende er opdaget, ikke

har ret til forsikringsdækning. Nævnet kan herefter ikke pålægge selskabet at udbetale forsikringssummen.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Carsten Sennels