862/11

Den 28. februar 2011 blev i sag nr. 78.238:

xxxxx xxxxxx xxxxxxxx
xxxxxxxxxx x
xxxx xxxxxxxxxxxx

mod

Skandia Danmark
Kay Fiskers Plads 9
2300 København S

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring for kritisk sygdom med obligatorisk dækning i Skandia Danmark. Han klager ved sin advokat over, at selskabet har afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom.

Selskabet henviser til, at klageren mindre end 7 år før forsikringens ikrafttræden den 1/3 2008 har fået stillet en diagnose, hvorfor dækningen under diagnosegruppe G bortfalder, samt har modtaget behandling og/eller kontrol for en kræftsygdom, hvorfor dækningen under diagnosegruppe A bortfalder.

Det fremgår af sagen, at klageren den 21/11 2008 ansøgte om udbetaling ved kritisk sygdom. I ansøgningsskemaet oplyste han diagnosen cancer i hjernen, samt at han havde fået de første symptomer på sygdommen den 27/12 2003 og samme dag henvendte sig på sygehuset.

Selskabet indhentede herefter en række lægelige oplysninger.

Det fremgår heraf, at klageren blev indlagt den 27/12 2003 efter et krampeanfald, og at han på baggrund af en MR-scanning fik stillet diagnosen benignt astrocytom grad 2. På grund af tumorens beliggenhed var det på daværende tidspunkt ikke muligt at foretage

en biopsi eller at fjerne tumoren. Klageren gik herefter til løbende kontrol på sygehuset og fik foretaget regelmæssige MR-scanninger.

Af sygehusets journal fremgår bl.a.:

> "15.03.04
> Pt. har nu været til PET-scanning. Der er lavet aktivering af venstre hånd og venstre ben. Venstre ben ligger et stykke fra tumor, men håndregionen ligger lige op til kanten af den gyrus, hvor der er tumor i. Har gennemgået undersøgelsen med pt, og sammenlignet med den seneste MR-scanning, og efterfølgende har jeg forklaret, at jeg har forventning om, at der er tale om et diffust astrocytom, hvor afgrænsningen af svulst-celler i forhold til billedmæssige fremstilling er usikker. Herefter gennemgår vi det videre forløb. Har kort skitseret mulighederne for operation, nemlig et makrokirurgisk indgreb, hvor man til trods for at man vil løbe en risiko for neuroskade ikke vil kunne garantere en total fjernelse. Derudover er der mulighed for biopsi, som vil kunne give os en diagnose, men næppe ændre på nogen behandling og endelig den ekspekterende tilgang, hvor vi følger med regelmæssige scanninger og kun i tilfælde af vækst griber til operation. Taler i længere tid om mulighederne, og som jeg ser det, er pt.s væsentligste problem epileptiske anfald, som nu er kontrolleret med Lamotrigen. På forhånd synes det ikke muligt at foretage radikal operation, og stereotaktisk biopsi vil højst sandsynligt resultere i diagnosen benignt astrocytom grad II og altså ikke medføre nogen form for ændring i behandlingen.
> Jeg har derfor støttet pt. i, at vi vælger den ekspekterende strategi, og pt. vil blive indkaldt til scanning om 3 mdr. og derefter ambulant kontrol her.
> …
> 10.04.07
> Har haft pt. og dennes hustru inde til samtale. Baggrunden er, at der i regi af: Dansk neurokirurgisk Selskab er lavet et referenceprogram for behandling af primære hjernesvulster, og konklusionen i dette program er, at man nu anbefaler makroradikal fjernelse af grad II astrocytomer, idet der er klasse III evidens for at dette kan reducere hyppigheden af malign degeneration.
> På den baggrund har vi diskuteret denne viden og de kirurgiske muligheder i forhold til pt.s svulst. Jeg har forklaret ham om fremgangsmåden ved vågen kraniotomi, og aftalen er blevet, at han sammen med sin hustru tænker sagerne igennem og melder tilbage. Er tilbagemelding positiv vil jeg forsøge at få arrangeret en ambulant samtale med … på …, inden pt. tager endeligt stilling."

Klageren fik den 4/11 2008 bortopereret tumoren. Det endelige histologiske svar viste, at der var tale om et anaplastisk oligoastrocytom grad 3.

Selskabet afviste ved brev af 23/12 2008 til klageren at yde dækning med henvisning til, at klageren inden forsikringens tegning fik stillet en diagnose samt gik til kontrol/behandling for en kræftsygdom.

Klagerens advokat stillede herefter en række spørgsmål vedrørende udvikling og risiko i forbindelse med en tumor som klagerens til overlægen på det sygehus, hvor klageren var behandlet.

Overlægen svarede i brev af 27/7 2009 bl.a. således:

"Jeg skal forsøge at besvare dine spørgsmål, som er følgende:

Kan man sige noget om, hvornår en svulst bliver ondartet og om den har været ondartet fra starten eller er blevet det senere?
I den konkrete sag med [klageren] har vi haft CT- og MR-skanningsbilleder at forholde os til. Fra starten (2003) har svulsten været karakteriseret ved at være mørk på både CT- og MR-skanningen, uden at optage kontrast. Denne type svulst, som typisk debuterer med et krampeanfald hos yngre personer (mellem 20 og 40 år) betegnes som lavgrads gliomer. De er ofte lokaliseret i områder af hjernen, hvor prøvetagning eller hel/delvis fjernelse af svulsten vil være forbundet med udfald. Når man taler om lavgrads gliomer og ser på svulstens karakteristica i mikroskop, ser man ikke de forandringer, man ser, når en svulst er ondartet.

Er en svulst i hjernen som [klageren] har haft mindre farlig, hvis den ikke er ondartet, eller er patientens risiko den samme?
Så lang tid en svulst ikke er ondartet, er der større sandsynlighed for overlevelse. Så snart den ændrer karakter fra 'godartet' til ondartet, ændrer billedet sig helt.

Er det normal praksis, at der ikke i første omgang tages en biopsi af en svulst, som den [klageren] har haft:
Som jeg anførte i den første besvarelse ligger lavgrads gliomer tit i et funktionelt område og når man ud fra skanninger og patientens sygehistorie er meget overbevist om, at der er tale om et lavgrads gliom, vælger man ofte ekspekterende holdning.

Jeg er ikke helt klar over, hvordan den tvist, der er mellem de to forsikringsselskaber, rent faktisk skal løses, men hvis jeg må komme med min helt egen personlige mening, vil jeg sige, at vi først med 100% sikkerhed har en diagnose på det tidspunkt, hvor [klageren] bliver opereret og der bliver taget væv fra til histologisk undersøgelse."

På baggrund af overlægens svar klagede klagerens advokat til selskabet over afgørelsen, hvorfor selskabet forelagde sagen for Videnscenter for Helbred og Forsikring.

Af Videnscenter for Helbred og Forsikrings svar af 28/8 2009 fremgår bl.a.:

"**Medicinsk vurdering af visse Kritiske Sygdomme**

Den lægelige komité i Helbred & Forsikring har set på [klagerens] helbredsforhold og vurderer på de foreliggende oplysninger, at kriterierne for udbetaling af sum ved Kritisk Sygdom ikke er opfyldte, idet forsikrede allerede i 2003 fik konstateret den aktuelle tilstand.

Baggrunden for vurderingen er oplysningen om, at forsikrede i 2003, billeddiagnostisk, fik konstateret en proces i hjernen, vurderet som et astrocytom grad II. På grund af svulstens beliggenhed, der var blevet verificeret ved en MR-scanning, vurderedes, at operation med

radikal fjernelse ikke var mulig. Det blev overvejet, at foretage biopsi med henblik på, at stille en diagnose, men samtidig vurderedes, at dette højst sandsynligt ikke ville ændre tilstanden. Derfor valgtes en afventende tilgang med opfølgende kontrolscanninger.

I 2008 valgte man at behandle tilstanden ved operation, hvor tumors histologiske diagnose blev fastlagt til anaplastisk blandet oligoastrocytom grad 3.

Den histologiske diagnose ændrer ikke ved, at tilstanden hjernetumor blev konstateret tilbage i 2003 dvs. før forsikringens ikrafttræden. "

Da selskabet fastholdt sin afgørelse, har klagerens advokat indbragt sagen for nævnet ved klageskema underskrevet den 29/3 2010 med påstand om, at selskabet skal anerkende, at der er tale om en dækningsberettigende skade, som er opstået i forsikringstiden. Som følge heraf skal selskabet udbetale sum ved kritisk sygdom. Til støtte for påstanden har advokaten anført, at den endelige diagnose først blev stillet den 4/11 2008 og at det først på dette tidspunkt blev konstateret, at klageren led af en kræftsygdom.

Selskabet har i brev af 7/7 2010 til nævnet bl.a. anført:

"**Påstand**
At klager mindre end 7 år før forsikringen ved Kritisk Sygdoms ikrafttræden 1. marts 2008;

- har fået stillet en relevant diagnose, hvilket indebærer, at forsikringens dækning under diagnosegruppe G 'Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv' bortfalder, **og**
- har modtaget behandling og/eller kontrol for en kræftsygdom, hvilket indebærer, at forsikringens dækning under diagnosegruppe A 'Kræft' bortfalder,

jf. klagers forsikringsbetingelser.
…
Anbringender
…
Klagers advokats anbringende fremstår således, at det først er det øjeblik at der fastsættes en diagnose, at man kan tale behandling og/eller kontrol for en sygdom.

Dette er naturligvis ikke korrekt.

Som det fremgår af forsikringsbetingelserne, kræves der ved udbetaling af summen ved Kritisk Sygdom, som det overvejende udgangspunkt, at der er fastsat en diagnose, samt at diagnose- tidspunktet daterer sig senere end forsikringens ikrafttrædelse.

I relation til indskrænkninger i forsikringsdækningen, bortfalder dækningen for den/de relevante diagnosegruppe(r), hvis klager indtil 7 år før forsikringens ikrafttrædelse har fået stillet en diagnose eller har gået behandling og/eller kontrol for en sygdom omfattet af forsikringen.

Det fremgår således tydeligt af forsikringsbetingelserne, at det ikke er en forudsætning, at der er stillet en diagnose før forsikringens ikrafttrædelse for at der kan ske indskrænkninger i forsikringens dækningsomfang.

Heraf ses, at overlæge …'s tilkendegivelser vedrørende diagnosen (klagers Bilag …), konkret som generelt ingen betydning har i relation til forsikringens dækningsomfang, og indskrænkningerne i denne.

Det er i sagen et **faktum,** at klager i 2003/2004 diagnosticeres med en hjernesvulst (astrocytom), der på daværende grundlag (div. skanninger) blev vurderet godartet (grad II), om end den i princippet altid kan transformeres til højere grader, jf. vedlagte **Bilag ….** Diagnosen er fastsat mindre end 7 år før forsikringens ikrafttrædelse, hvorfor dækning under diagnosegruppe G bortfalder i overensstemmelse med klagers forsikringsbetingelser.

Det er et **faktum,** at klager siden 2003/2004 er i behandling for sin hjernesvulst.

Det er et **faktum,** at klager siden 2003/2004 løbende kontrolleres for om hjernesvulsten udvikler sig malignt (kræft), dvs. til grad III eller IV.

Det er et **faktum,** at det i 2007 lægeligt vurderes og anbefales, at hjernesvulsten nu bortopereres.

Det er et **faktum,** at klager i november 2008 får bortopereret hjernesvulsten, hvorefter der fastsættes en histologisk diagnose, anaplastisk blandet oligoastrocytom grad III (malign).

Det er et **faktum,** at den histologiske diagnose i november 2008 ikke ændrer ved, at klagers hjernesvulst blev konstateret i 2003/2004, fra hvilket tidspunkt klager løbende har været i behandling og kontrol for hjernesvulsten, herunder en malign udvikling.

Klager har således som minimum været i et relevant *behandlings- og kontrolforløb* for en kræftsygdom mindre end 7 år før forsikringens ikrafttrædelse, hvorfor dækning under diagnosegruppe A bortfalder i overensstemmelse med klagers forsikringsbetingelser.

Med henvisning til forsikringsbetingelserne, skal Skandia derfor hermed for nævnet fastholde, at klager ingen dækning fra forsikringen har under diagnosegrupperne A og G, samt at klager ikke er berettiget til udbetaling af sum ved Kritisk Sygdom i anledning af sin hjernesvulst/ hjernetumor."

I brev af 29/7 2010 til nævnet har klagerens advokat bl.a. anført:

"I 2003 og 2004 bliver klagers svulst diagnosticeret anderledes, således at denne ikke er dækningsberettiget. Skaden er på dette tidspunkt anmeldt til klagers daværende forsikringsselskab, som ligeledes har nægtet at dække skaden.

Det er derfor klagers opfattelse, at svulsten på dette tidspunkt ikke var underlagt punkt G i forsikringsbetingelserne.

Den i sygehusvæsenet ændrede praksis omkring anbefalinger omkring fjernelse af svulsten ses alene i nærværende sag at have den betydning at man får stillet en endelig diagnose og konstateret, at denne nu er dækningsberettiget."

Hertil har selskabet i brev af 9/8 2010 til nævnet bl.a. bemærket:

"Klagers advokat synes fokuseret på, hvad klagers advokat betegner som en '*endelig'* diagnose, samt at en sådan ifølge klagers advokat først er fastsat efter forsikringens ikrafttrædelse, hvilket også er hvad klagers advokats påstand i sagen hviler på.

Som det fremgår af sagens akter, Skandias redegørelse i sagen, erklæringen fra Videncenter fra Helbred & Forsikring, samt ikke mindst klagers forsikringsbetingelser, er dette uden relevans ved vurdering af de individuelle indskrænkninger i forsikringens dækningsomfang, der følger af klagers konkrete helbredsforhold.

'Den histologiske diagnose ændrer ikke ved, at tilstanden hjernetumor blev konstateret [billeddiagnosticeret] *tilbage i 2003, dvs. før forsikringens ikrafttrædelse',* jf. erklæringen fra Videncenter for Helbred & Forsikring. Den histologiske diagnose ændrer heller ikke ved det faktum, at klager mindre end 7 år før forsikringens ikrafttrædelse, løbende har gået til behandling og kontroller for sin hjernetumor - benign som malign, jf. sagens lægelige akter.

Klagers advokat gør i sin seneste skrivelse gældende, at eftersom klagers hjernetumor/-hjernesvulst ikke i 2003 og 2004 medførte forsikringsudbetaling fra klagers daværende forsikringsselskab, så medfører dette ifølge klagers advokat, at klagers helbredsforhold ikke kan indebære begrænsninger i forsikringsdækningen i Skandia.

Der er her tale om en fejlslutning, idet klagers adgang dækning i Skandia naturligvis skal vurderes på grundlag af klagers dækningsomfang og vilkår i Skandia, og ikke på grundlag af tilsvarende i andre forsikringsselskaber.

Klagers forsikringsbetingelser i Skandia medfører bortfald af forsikringsdækning, hvis klager mindre end 7 år før forsikringens ikrafttrædelse har fået stillet en diagnose eller har modtaget behandling eller har gået til kontrol for en sygdom omfattet af forsikringsbetingelserne.

På grundlag af sagens fakta, samt klagers forsikringsbetingelser, skal Skandia hermed fastholde, at klager ingen forsikringsdækning har i Skandia under forsikringens diagnosegrupper A og G, hvorfor klager ikke er berettiget til udbetaling af sum ved Kritisk Sygdom i anledning af sin hjernesvulst."

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**For obligatoriske forsikringsdækninger**

Hvis forsikrede indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden har fået stillet en diagnose eller har modtaget behandling/gået til kontrol for en sygdom, der ville være omfattet af disse forsikringsbetingelser, bortfalder dækningen for den pågældende diagnosegruppe.
…
Tilsvarende bortfalder dækningen ved kræft, hvis forsikrede indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden har fået stillet en kræftdiagnose eller har modtaget behandling/gået til kontrol for en kræftsygdom. Også selv om der er tale om en anden dækningsberettiget kræftdiagnose.
…
Diagnosegrupper for dækningsberettigede sygdomme:

A. Kræft
Ondartet (malign) svulst (tumor) der mikroskopisk er karakteriseret ved en ukontrolleret vækst med infiltration af det omkringliggende væv og med en tendens til spredning til de nærliggende (regionale) lymfeknuder og andre organer (metastaser). Endvidere omfatter dækningen akut leukæmi, kronisk myeloid leukæmi, behandlingskrævende kronisk lymfatisk

leukæmi stadie III og IV (high risk), lymfeknudekræft (lymfomer), Hodgkin's sygdom stadie II-IV samt modermærkekræft (malignt melanom).
Krav: Diagnosen skal være baseret på histologisk eller cytologisk undersøgelse af fjernet svulst eller biopsi herfra foretaget af en speciallæge i vævsundersøgelser (patolog).
Undtaget for dækning:
Ikke-infiltrerende forstadier til kræft (carcinoma in situ eller dysplasi) og alle former for hudkræft bortset fra modermærkekræft (malignt melanom). Endvidere er kronisk lymfatisk leukæmi stadie I og II, blærepapilolomer, Hodgkin's lymfom stadie I, samt svulster opstået under forløbet af HIV-infektion, herunder Kaposis sarkom, ikke omfattet af dækningen.
…
G. Visse godartede svulster i hjerne og rygmarv
Godartede svulster i hjerne, hjernestamme, rygmarv eller disse organers hinder, som ikke har kunnet fjernes helt ved operation, eller som har medført betydelige neurologiske følger og har nedsat førligheden med mindst 30 % vurderet efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel.
Krav: Forsikringssummen udbetales først, når følgetilstanden kan vurderes. Diagnosen skal være stillet på en neurokirurgisk afdeling eller af en neurokirurgisk speciallæge."

Nævnets flertal udtaler:

Klageren gik fra 2004 og frem til tegningen af forsikringen til kontrol på sygehuset som følge af, at han fik stillet diagnosen benignt astrocytom grad 2 (godartet svulst i hjernen). Der var ikke under disse undersøgelser mistanke om, at klageren led af kræft, om end svulsten kunne udvikle sig fra en godartet svulst til en ondartet svulst.

Da diagnose og kontrol er foregået mindre end 7 år før forsikringens ikrafttræden, finder nævnet ikke anledning til at kritisere, at selskabet har afvist dækning i henhold til dækningstilsagnet for de i gruppe G nævnte sygdomme.

Selv om den løbende kontrol af svulsten også er sket med henblik på at undersøge, om svulsten udviklede sig fra en godartet til en ondartet svulst og dermed kræft, finder nævnet ikke, at tilfældet dermed kan henføres til undtagelsesbestemmelsen om kontrol for en kræftsygdom foretaget indtil 7 år før forsikringens ikrafttræden. Klageren har derfor krav på dækning efter diagnosegruppe A.

Et af nævnets medlemmer finder at de grunde, der er anført i svaret af 28/8 2009 fra Videnscenter for Helbred og Forsikring, at selskabet har været berettiget til at afslå udbetaling af summen ved kritisk sygdom.

Afgørelsen træffes efter stemmeflertallet.

Derfor

b e s t e m m e s :

_____

Selskabet, Skandia Danmark, skal udbetale sum ved kritisk sygdom med renter efter forsikringsaftalelovens § 24.

Marianne Højgaard Pedersen
formand