Ankenævnet for Forsikring

Den 30. august 2017 blev i sag nr. 90438:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Sikrede var omfattet af en gruppelivsforsikring med forsikringsdækning ved kritisk sygdom i Forenede Gruppeliv. Hun klager ved sin repræsentant over, at selskabet har afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom i forbindelse med en anmeldt kræftsygdom.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at der ikke var forløbet mindst 10 år mellem to kræftdiagnoser, hvorfor forsikringsbetingelserne ikke er opfyldt.

I klageskema af 25/1 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende sagsfremstilling kan evt. vedhæftes som bilag.*
>
> [Klageren] har fået afslag på udbetaling ved kritisk sygdom.
>
> Jeg har fuld bemyndigelse til at sende ovenstående på vegne af [klageren], da hun i øjeblikket er i kræftbehandling og derfor ikke har overskud til ret meget andet.
> …
> Kronologi:
>
> • Foråret 2005 (april) opdager [klageren] selv en knude i sit bryst og egen læge sender hende til biopsi, hvor lægen tager en vævsprøve med en fin nål, hvorfor der ikke bliver konstateret kræft i første omgang.
>
> • Foråret 2006 (marts) stilles diagnosen og [klagerens] kræft er fremskreden med et længerevarende behandlingsforløb til følge.

• 2006-2009 føres en erstatningssag hos Patientforsikringen og senere Patientankenævnet (i dag Patientombuddet), hvor [klageren] får medhold 15. december 2009 og bliver tildelt en erstatning. Patientskadeankenævnets afgørelse slår fast, at en korrekt tolkning af forandringerne på billederne som suspekte og en deraf følgende udvidet udredning, herunder multiple vævsprøver fra området og vævsprøve med grovnål, fremfor fin nål, der blev anvendt, med overvejende sandsynlighed ville have ført til en korrekt diagnosticering af brystkræften allerede i april 2005.

• Foråret 2015 (slut maj) får [klageren] konstateret tilbagefald af sin brystkræft ved hævede lymfeknuder i halsen.

• Juli 2015 søger [klageren] udbetaling ved kritisk sygdom gennem Forenede Gruppeliv, som hun har indbetalt til gennem sit arbejde for … – her eftersendes afgørelsen fra Patientankenævnet pr. mail.

• 17. august 2015 får [klageren] afslag fra FG under henvisning til, at forsikringsvilkårene ikke er overholdt, da der er gået mindre end 10 år fra første kræftsygdom til tilbagefaldet under henvisning til biopsien i 2006. FG tager ikke den fejlagtige biopsi fra 2005 til efterretning trods flere lægefaglige udtalelser, der understreger en tilbageførsel af diagnosticeringstidspunktet til april 2005.

• Sidst i august kontakter jeg FG og beder dem uddybe deres afgørelse og henviser til førnævnte afgørelse. Her får jeg svaret at 'de ikke må nævne afgørelsen i deres svar, for deres jurist'. Medarbejderen fra FG lover at juristen vil kontakte mig og at de selv vil genoverveje afslaget.

• 15. september fastholder FG pr. brev til [klageren] deres afgørelse under henvisning til biopsisvaret i 2006. Jeg er ikke blevet kontaktet af hverken medarbejder eller jurist.

• 3. november 2015 klager jeg på vegne af [klageren] til FGs egen klageinstans over de ovenstående afslag.

• 24. november modtager jeg en fastholdelse af de tidligere afslag fra FG. FG ønsker ikke at tage afgørelsen fra Patientskadeankenævnet og den forsinkede diagnose til efterretning. Da de mener, 'at sundhedsvæsenets fejl ikke medfører, at der kan ske fravigelse af forsikringsbetingelserne.'

Vedhæftede afgørelse fra Patientskade Ankenævnet fra december 2009 (i dag Patientombuddet), stadfæster i min optik, med udtalelser fra diverse eksperter, at [klageren] blev fejldiagnosticeret i april 2005 i forbindelse med hendes første kræftsygdom.

Som følge deraf gik der omkring et år (28. marts 2006) før hun fik 2. biopsi og dermed påbegyndt behandling på … Sygehus, hvor kræftsygdommen havde spredt sig og tumoren vokset.

Denne afgørelse gjorde at [klageren] i 2009 fik udbetalt en erstatning pga. lægefejl i forbindelse med den første diagnosticering.

En så klar afgørelse fra Patientankenævnet bør føre til at FG skal tage højde for den forsinkede diagnosticering og udbetale dækning for kritisk sygdom til [klageren], da der er

gået mere end 10 år uden recidiv fra det tidspunkt kræften kunne være opdaget – april 2005 til diagnosticering af kræft i maj 2015.

Det er ikke rimeligt her, som FG gør, at henvise til at 'Patientskadeankenævnets afgørelse er foretaget ud fra mammografi og røntgen undersøgelser og ikke en patologisk verificering'. Patientskadeankenævnet stadfæster netop, at havde de korrekte patologiske undersøgelser fundet sted, ville kræften være blevet opdaget i april 2005.

FG's risiko er ikke blevet forøget ved den forsinkede diagnosticering og det er derfor heller ikke rimeligt, at forsikringsselskabet skal profitere af den forsinkede diagnosticering.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Retmæssig udbetaling af forsikringssum ved kritisk sygdom til [klageren]."

Selskabet har i brev af 17/2 2017 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"[Klageren] var fra 1. marts 2007 til 1. juli 2015 omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale, som indeholder dækning ved visse kritiske sygdomme – se fremhævede dato på lønsedler i bilag A.

Forsikringsbetingelserne, som var gældende for dækningen på diagnosetidspunktet i 2015, vedlægges som bilag B.

Det fremgår af bilag A, at [klageren] 23. juli 2015 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, idet [klageren] havde fået diagnosticeret brystkræft i juni 2015. Det fremgår også af ansøgningsskemaet, at [klageren] havde haft brystkræft i 2005.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag B er oplistet de diagnoser, som giver ret til udbetaling ved kritisk sygdom. De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger som giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Det fremgår også af bilag B i § 2, stk. 1, at det er en betingelse for udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden og i § 2, stk. 2 fremgår det, at forsikringsdækningen ikke omfatter de kritiske sygdomme i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse.

Det gælder dog, jf. § 2, stk. 3, at for 7 A, Kræft – som en undtagelse til undtagelsen – at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 7 A 'Kræft', er:

- Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser) [...]

- Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet, modtog vi journalmateriale fra Onkologisk Afdeling på … Sygehus (bilag C). De histologiske undersøgelser fra Patologisk Afdeling er samlet i bilag D.

I bilag D fremgår det, at [klageren] 3. marts 2006 fik udtaget grovnålsbiopsier fra højre bryst. Den histologiske undersøgelse af det udtagne væv viste 9. marts 2006, at diagnosen var brystkræft.

Det fremgår af bilag C på s. 1 i kontinuationerne, at [klageren] 28. marts 2006 mødte til 1. serie kemoterapi. Det fremgår videre af bilag C, at [klageren] ikke havde fået fjernet kræftknuden i højre bryst, inden start på kemoterapi, men at man afventede regression af knuden inden [klageren] skulle have foretaget kirurgisk fjernelse af knuden. 30. maj 2006 blev der sendt henvisning til operation.

I journalnotat fra 12. juli 2006 – kontinuation nr. 4, fremgår det, at [klageren] var blevet opereret samt at [klageren] skulle efterbehandles med kemo- og stråleterapi. I kontinuation nr. 7 fremgår det i journalnotat af 6. marts 2007, at [klageren] var til 1-års kontrol efter den primære diagnose – brystkræft. Der var ingen tegn til recidiv.

I de efterfølgende kontroller – til og med kontinuation nr. 20 – findes der ikke tilbagefald af sygdommen ved hverken klinisk undersøgelse eller mammografi.

20. maj 2015 bliver [klageren] indlagt til operation efter, at man på CT-scanning 15. maj 2015 havde påvist lymfeknuder på halsen, en stor lymfeknude retroperitonealt (bag bughinden) samt en stor tumor svarende til højre adnex (i underlivet).

I patologisvar i bilag D fremgår det, at den histologiske undersøgelse af lymfeknuden på halsen viste den 27. maj 2015, at diagnosen var kræft. De efterfølgende undersøgelser viste konklusivt, jf. journalnotat af 12. juni 2015, at resultatet af de udtagne vævsprøver viste, at der var tale om tilbagefald (metastaser) af den tidligere diagnosticerede brystkræft i marts 2006.

Det kan herefter konstateres, at betingelsen for udbetaling efter § 7 A ikke er opfyldt, da der ikke er forløbet mindst 10 år mellem de to kræftdiagnoser.

Den primære kræftdiagnose blev stillet 9. marts 2006, som var før [klageren] blev omfattet af forsikringen fra 1. marts 2007. En senere udbetaling af forsikringssummen – i forsikringstiden – kræver, at der er forløbet mindst 10 år mellem kræftdiagnoserne. Diagnosen, som blev stillet i forsikringstiden, var 27. maj 2015. Det betyder, at der ikke var forløbet mindst 10 år mellem diagnosedatoerne.

Vi fastholder på baggrund af ovenstående vores afgørelse om, at [klageren] ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme.

> Det meddelte vi [klageren] 17. august 2015, 15. september 2015 og … 24. november 2015 – bilag E.
>
> Klager (…) anfører i ankenævnsklagen, at FG bør tage højde for Patientskadeankenævnet afgørelse, hvor Patientskadeankenævnet vurderede i december 2009, at [klageren] med overvejende sandsynlighed blev påført en skade som følge af forsinket diagnosticering af brystkræft i forbindelse med behandlingen på … Sygehus 11. april 2005 og frem – således, at diagnosedatoen af den primære brystkræftdiagnose blev stillet i april 2005. På den måde vil der være forløbet mere end 10 år mellem diagnosedatoerne.
>
> FG administrerer et stort antal forsikringer og for at kunne håndhæve forsikringsbetingelserne, er det nødvendigt, at FG følger en klar og ensartet praksis. Det betyder, at FG følger forsikringsbetingelserne. FG kan ikke foretage en behovsmæssig individuel vurdering.
>
> Som nævnt under diagnosekravet ovenfor på s. 1 og 2, skal diagnosen være stillet ud fra en histologisk eller cytologisk undersøgelse, foretaget af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).
>
> Patientskadeankenævnets vurdering er baseret på en revurdering af en mammografi, som blev udført i april 2005. Patientskadeankenævnets anfører i afgørelsen, at en korrekt tolkning af mammografien burde have medført til yderligere udredning, herunder en grovnålsbiopsi.
>
> Da Patientskadeankenævnets vurdering ikke er baseret på en histologisk eller cytologisk undersøgelse fra en Patologisk Afdeling, er forsikringsbetingelserne ikke opfyldt og FG kan ikke imødekomme klagers anmodning om en anden vurdering af forsikringsbegivenheden.
>
> Det betyder også, at sundhedsvæsnets fejl ikke medfører, at der kan ske fravigelse fra forsikringsbetingelserne."

Til dette har klageren fremsendt mail af 3/5 2017, hvor det bl.a. er anført:

> "Forsikringsselskabet Forenede Gruppelivs risiko ikke er blevet forøget ved den forsinkede diagnosticering, forsikringsselskabets udbetalingsforpligtelse ville have været den samme, hvis der i april 2005 var foretaget biopsi, og forsikringsselskabet bør netop ikke profitere af den forsinkede diagnosticering.
>
> Derfor fastholdes, at Ankenævnet for Forsikring bør træffe en afgørelse, der tilgodeser [klagerens] ret til udbetaling ved kritisk sygdom."

Til brug for vurderingen af sagen modtog selskabet en række lægelige oplysninger. Af journal fra hospitalets patologiske afdeling, hvor der blev foretaget histologisk undersøgelse i marts 2006 af en biopsi fra højre bryst, fremgår bl.a.:

> "**Diagnoser:**
> (01) T04020 Højre mamma feminina
> M80103 karcinom
> M85203 invasivt lobulært karcinom
> …

Mikroskopi:
(01) Fire nålebiopsier bestående af mammavæv. Der er en meget udtalt, lidt påfaldende fibrose, stedvis med elastose. Der er flere dilaterede udførselsgange med veldifferentieret epitelbeklædning, og der er enkelte steder små normale kirtler. Desuden ses infiltration af en malign epitelial tumor voksende i lange strenge som et lobulært karcinom. E-cadherin er tilsvarende negativ. Der er stedvis antydet papillomdannelse.

...
Makroskopi:
(01) 4 gullighvide nålebiopsier målende fra 15 - 20 mm. Kapsel 1-4, alt med.
...

	Dato/Tid	Ansvarlig
…		
Mikroskoperet:	09.03.2006 11:03	…"

Af Patientskadeankenævnets afgørelse af 15/12 2009 fremgår bl.a.:

"**Begrundelse og resultat**
…
Det er nævnets vurdering, at der på baggrund af de foretagne undersøgelser i 2005, herunder mammografibillederne af 11. april 2005, burde have været foretaget yderligere udredning for brystkræft. Videre er det nævnets vurdering, at [klagerens] brystkræft med overvejende sandsynlighed kunne have været diagnosticeret ved en sådan yderligere udredning, og behandling kunne herved være påbegyndt på et tidligere tidspunkt.

Nævnet har ved vurderingen blandt andet lagt vægt på udtalelse af 5. februar 2009 udfærdiget af overlæge … hospital, herunder især, at der på 2 af de 3 optagelser tydeligt ses fortykkelse af de Cooperske ligamenter som muligt sekundært tegn på en malign lobulær tumor. Ved mistanke om en sådan tumor, havde der været indikation for at tage multiple vævsprøver fra området.

Videre har nævnet lagt vægt på udtalelse af 8. august 2007 udfærdiget af dr. med., overlæge …, Kirurgisk afdeling, … Sygehus, herunder især, at det konkluderes, at man billeddiagnostisk burde have tolket forandringerne som suspekte, hvilket ville have medført yderligere udredning, som overvejende sandsynligt ville have ledt til korrekt diagnosticering."

Af journal fra hospitalets patologiske afdeling, hvor der blev foretaget histologisk undersøgelse i maj 2015, fremgår bl.a.:

"**Diagnoser:**
(01) T08202 Lymfeknude på hals, venstre
M81406 metastase, adenokarcinom
ÆF4220 udgangspunkt i mamma
…
Mikroskopi:
(01) En lymfeknude fra venstre side af hals med infiltration af et adenokarcinom opbygget af solide øer af generelt monomorfe celler. Materialet er suppleret med en række immunhistokemiske farvninger som viser tumorcellerne positive for GATA3 og 100% positive for østrogenreceptor. Farvning for cytokeratin-7 viser en del af tumorcellerne positive. Der er ingen reaktion for cytokeratin 20,

TTF-1, CA-125, CDX2 og Melan A. Farvning for PAX8 er også negativ i tumorcellerne og kun fokalt uspecifikt positiv i lymfatiske celler. Farvning for HER2 onkogen receptor viser varierende reaktion men der er store områder hvor reaktionen kan klassificeres som overekspression af HER2 onkogen receptor. Farvning for E-cadherin viser meget svag og uspecifik reaktion som betragtes som negativ. Hele billedet er foreneligt med en makrometastase af et adenokarcinom med udgangspunkt i mamma.

...

Makroskopi:

(01) ….

Materialet måler 30 x 25 x 15 mm. På snitflader ses en lymfeknudelignende læsion med en stor metastaselignende læsion. Et snit gennem hele lymfeknuden delt i 2 kapsler.
Rest gemmes.

...

	Dato/Tid	Ansvarlig
…		
Mikroskoperet:	27.05.2015 07:55	…"

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**§ 2.** Det er en betingelse for udbetaling ved 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.

Forsikringsdækningen omfatter ikke de kritiske sygdomme i § 7, som forsikrede har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for inden forsikringstidens begyndelse.

For § 7 A (kræft) gælder, at hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse har fået diagnosticeret kræft, og der er gået mindst 10 år uden forsikrede har fået stillet en kræftdiagnose, vil der være ret til udbetaling, hvis der atter diagnosticeres en kræftsygdom.

…

§ 7. Ved kritisk sygdom forstås:

A. Kræft

Ondartet (malign) svulst (tumor), der mikroskopisk er karakteriseret ved ukontrollabel, infiltrativ vækst ud i tilstødende væv og klinisk ved en tendens til lokalt recidiv og spredning til regionale lymfeknuder og fjernere organer (metastaser).

…

Diagnosen anses for stillet, når histologisk eller cytologisk undersøgelse er vurderet af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi)."

8. 90438

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at klageren i 2005-2006 havde kræft og som følge af histologisk undersøgelse blev diagnosticeret den 9/3 2006. Den 27/5 2015 fik klageren efter en histologisk undersøgelse på ny diagnosticeret kræft, hvilket hun anmeldte til selskabet den 23/7 2015.

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssummen med henvisning til, at der ikke var forløbet mindst 10 år mellem de to kræftdiagnoser.

Klageren har anført, at selskabet "skal tage højde for den forsinkede diagnosticering og udbetale dækning for kritisk sygdom til [klageren], da der er gået mere end 10 år uden recidiv fra det tidspunkt kræften kunne være opdaget – april 2005 til diagnosticering af-kræft i maj 2015". Klageren har henvist til Patientankenævnets afgørelse af 15/12 2009, hvor Patientankenævnet har vurderet, "at der på baggrund af de foretagne undersøgelser i 2005, herunder mammografibillederne af 11. april 2005, burde have været foretaget yderligere udredning for brystkræft", og at "man billeddiagnostisk burde have tolket forandringerne som suspekte, hvilket ville have medført yderligere udredning, som overvejende sandsynligt ville have ledt til korrekt diagnosticering" på et tidligere tidspunkt.

Nævnet bemærker, at der rent faktisk ikke er gået mindst 10 år fra klageren første gang fik stillet en kræftdiagnose den 9/3 2006, og til den 27/5 2015, hvor klageren igen fik stillet en kræftdiagnose, hvilket er et krav for udbetaling efter forsikringsbetingelsernes § 2, stk. 3.

Selv om klageren har fået medhold i, at hun burde være yderligere udredt i april 2005, finder nævnet, at selskabet har været berettiget til at lægge vægt på det faktiske forløb.

Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse.

9. 90438

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand