

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 14. december 2022 blev i sag nr. 98146:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved kritisk sygdom. I klageskema af 18/4 2022 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Jeg får i august/september 2021 diagnosen æggestokskræft af typen granulocylletumor og får opereret den ene æggestok ud, som på det tidspunkt er blevet til en klump på ca. 8-9 cm. Jeg får at vide på ... Sygehus at jeg kan ansøge om udbetaling for kritisk sygdom. Jeg har forsikringen hos PFA gennem mit arbejde. Jeg får afslag og beder dem genbesøge vurderingen, da sygdommens karakteristika falder ind under vilkårene og ikke, som PFA hævder, er en del af undtagelserne. PFA hævder, at deres egen fagkyndige egenhændigt kan vurdere dette, til trods for at de nationale kliniske guidelines for sygdommen netop beskriver sygdommen som det fremgår af vilkårene. De nationale kliniske guidelines er den samlede viden af specialister inden for underlivskræft og ikke blot en 'kræftspecialist', så jeg kan ikke se, hvorfor PFA kan se bort fra disse nationale guidelines og gå efter deres egen enkeltpersons afgørelse, som PFA tilmed ikke vil oplyse nærmere om, hvilken form for kræft, vedkommende er kyndig inden for. Kort og godt mener jeg, at min sygdom falder ind under vilkårene dækker min kræftsygdom. Jeg har i breve til PFA gjort rede for, hvorfor jeg mener deres afvisning af min sag ikke er berettiget.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Få udbetaling for kritisk sygdom"

Selskabet har i brev af 8/6 2022 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Parternes overordnede synspunkter

Forsikrede er utilfreds med, at PFA har afvist at udbetale dækningssum ved kritisk sygdom. Selskabet henviser til, at forsikrede ikke opfylder betingelserne for udbetaling, idet den anmeldte diagnose er undtaget fra dækningsvilkårene.

Forsikringsaftalen

Forsikredes ordning er tegnet pr. 1. januar 2018 via forsikredes arbejdsgiver. Af pensionsvilkårene dateret 16. september 2021 (**Forsikredes bilag; Forsikringsvilkår fra PFA**) fremgår bl.a.:

'Dækningsberettigende diagnoser'

Forsikringen ved kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af sum, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de diagnoser, der er nævnt under punkt 5.2 i pensionsvilkårene, og såfremt de øvrige betingelser for dækning er opfyldt jf. punkt 5.1.

Under punkt 5.2 i pensionsvilkårene fremgår, at diagnosen '*Kræft med undtagelse af mindre aggressive former*' anses for en kritisk sygdom, som kan give ret til dækning.

Under punkt 5.2.9a fremgår endvidere:

9.a. Kræft med undtagelse af mindre aggressive former

Kræft (cancer) med undtagelse af mindre aggressive former definerer PFA Pension som en ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Dækningen omfatter også lavgrads astrocytomer, selv om de beskrives som benigne.

Dækningen **omfatter ikke:**

- a) Tumorer klassificeret som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valg af behandling).*
- b) Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1/4 (malignt melanom).*
- c) Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket).*
- d) Blærepapillomer.*
- e) Kaposis sarkom.*

Tumor skal være verificeret ved en histologisk undersøgelse, udført af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi).

Sagsfremstilling

Forsikrede ansøgte den 3. oktober 2021 om dækning ved kritisk sygdom (**bilag A**). Forsikrede anførte i anmeldelsen, at hun den 1. oktober 2021 havde fået konstateret æggestokkræft.

PFA modtog samme dato lægelige akter fra Onko-gynækologisk klinik til sagens behandling (**bilag B**). Af epikrisen den 1. oktober 2021 fremgår bl.a.:

*'[...] Diagnose(r):
Æggestokkræft
Ingen fjernmetastaser påvist*

'[...] Telefonisk endelighistologisvar. Der er tale som ventet om granulosecelletumor udlukkende i ve.ovarium uden spredning til overfladen. Ingen spredning til tuba, peritoneum eller oment. Der er gjort fertilitetsbevarende operation. Pt. har således c. ovarii FIGO-stadium IA. Vi taler om fremtidige kontroller og enes om biokemi om 4 mdr. og klinisk fremmøde kontrol om 5 mdr., når vi har svar på Inhibin B. [...]'

Ved brev den 27. oktober 2021 meddelte selskabet (**Forsikredes bilag; 211027 Brev fra PFA**), at forsikrede ikke var berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom, idet den anmeldte diagnose var undtaget fra dækningsvilkårene.

Forsikrede anmodede herefter ved brev den 4. november 2021 om en revurdering (**Forsikredes bilag; 211104 PFA Kritisk sygdom**). PFA besvarede forsikredes henvendelse den 13. november 2021 (**Bilag C**). Selskabet tilbød forsikrede, at hun kunne få sin sag vurderet ved Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO).

Forsikrede svarede retur ved brev dateret den 13. november 2021 (**Forsikredes bilag; 211113 PFA Kritisk sygdom II**), at hun ikke umiddelbart ønskede en vurdering fra Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO), men derimod en revurdering af sin sag.

PFA fastholdt tidligere afgørelse ved brev den 5. januar 2022 (**Forsikredes bilag; 220111 Afslag fra PFA**). Selskabet orienterede samtidigt, at forsikrede fortsat havde mulighed for at få sin sag vurderet ved Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO) eller få den forelagt selskabets klageansvarlig.

PFA modtog forsikredes klage den 22. januar 2022, uden et ønske om at få forelagt sin sag for Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO) (**Forsikredes bilag; 220122 Klage til PFA**). PFA's klageafdeling besvarede forsikredes klage ved brev den 18. marts 2022, hvori selskabet fastholdt de tidligere afgørelser (**Forsikredes bilag; 220318 Klagesvar fra PFA**).

Sagen er herefter indbragt for ankenævnet.

Begrundelse for PFA's 'afgørelse'

PFA anerkender, at forsikrede har været igennem et belastende sygdomsforløb, men fastholder tidligere afgørelser, idet det er selskabets vurdering ud fra de samlede lægelige oplysninger i sagen, at diagnosen æggestokkræft (granulosecelletumor), som forsikrede fik stillet den 1. oktober 2021, er undtaget fra dækning jf. gældende pensionsvilkår pkt. 5.2.9a med henvisning til, at diagnosen betragtes som værende med lavt malignt potentiale, hvorfor forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom.

Det er selskabets vurdering, at '*lavt malignt potentiale*' dækker over de tilfælde, hvor kræften har en lav malignitet og derfor kun i sjældnere tilfælde har potentialet til at begrænse livslængden, metastasere eller sprede sig til regionale lymfeknuder mv.

Af de lægelige akter fra Onko-gynækologisk klinik den 1. oktober 2021 fremgår, at forsikrede har fået konstateret en granulosecelletumor udelukkende i venstre æggestok uden spredning til overfladen (ingen fjernmetastaser påvist). Endvidere fremgår '*Ingen spredning til tuba, peritoneum eller oment*'. Stadiet i diagnosen kategoriseres som '*FIGO-stadium 1A*'.

Det er herefter selskabets vurdering, at forsikredes granulosecelletumor må betragtes som en sygdom med lavt spredningspotentiale og dermed kan kategoriseres som en diagnose med lavt malignt potentiale undtaget fra dækning jf. gældende pensionsvilkår pkt. 5.2.9a.

Forsikrede har overfor nævnet henvist til, at selskabets afgørelse ikke er samstemmende med de nationale kliniske retningslinjer indenfor underlivskræft (**Forsikredes bilag; dgcg-2019-non-epithelial_v1.1_admgodk070220**) og stiller spørgsmålstejn ved selskabets fagbedømmelse. PFA bemærker hertil, at sagen er vurderet i samarbejde med selskabets interne lægekonsulent med speciale i onkologi, og at forsikrede gentagende gange er tilbudt at få sin sag forelagt Videntcenter for Helbred og Forsikring (HEFO), hvilket hun ikke har ønsket.

PFA har tidligere haft en sammenlignelig sag vurderet i Videntcenter for Helbred og Forsikring (HEFO) (**Bilag D**). Sagen vedrørte samme kræftform, idet der ligeledes var tale om granulosecelletumor i stadium 1. HEFO vurderede, at der på den baggrund var tale om en sygdom med lavt spredningspotentiale, hvorfor selskabets betingelser for kritisk sygdom ikke var opfyldt. PFA har af hensyn til gældende persondataret ikke mulighed for at fremlægge de konkrete lægelige oplysninger, der lå til grund for HEFO's vurdering. Det er imidlertid selskabets opfattelse, at HEFO's udtalelse i daværende sag understøtter selskabets vurdering i nærværende sag.

PFA henviser samtidigt til, at de medsendte kliniske retningslinjer ikke ændrer på, at diagnoser, der er betegnet med '*lavt malignt potentiale*', er undtaget fra dækning i henhold til pensionsvilkårene. Det fremgår i øvrigt af retningslinjerne, at granulosecelletumor normalt anses som en lav-malign tumor (**Forsikredes bilag; dgcg-2019-non-epithelial_v1.1_admgodk070220**, s.22 af 54).

Konklusion

PFA fastholder, at forsikrede ikke er berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom i anledning af diagnosen æggestokkræft den 1. oktober 2021, idet diagnosen er undtaget fra dækning jf. gældende pensionsvilkår pkt. 5.2.9a."

Klageren har i brev af 21/6 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Ad 'Parternes overordnede synspunkter'

Det er min opfattelse, at PFA afviser udbetalingen på et forkert grundlag og at PFA forsøger at få en

kritisk sygdom, der er samstemmende med dækningsvilkårene, presset ned i undtagelserne, for derved at undgå at skulle udbetale en sum penge.

Ad 'Forsikringsaftalen'

Jeg vedholder, at granulosecellekræft er en kræfttype, der netop er samstemmende med vilkårene, som er følgende:

Uddrag fra vilkårenes punkt 5.2.9a:

Kræft (cancer) med undtagelse af mindre aggressive former definerer PFA Pension som en ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Ovenstående egenskaber gælder for granulosecellekræft og er beskrevet i de nationale guidelines for granulosecellekræft, 'Visitation, diagnostik og opfølgning af ikke-epitelial ovariecancer', som er den gældende viden på området og udarbejdet af det danske sygehusvæsen. Disse guidelines er tidligere uploaded til sagen og vil fremadrettet refereres til som de nationale guidelines.

I de nationale guidelines er granulosecelletumorer beskrevet som *maligne sex cord-stromale tumorer*.

Jeg er klassificeret som stadie 1A i kræftregi jf. min journal, og den patologiske beskrivelse af den bortopererede 8-9cm klump passer med karakteristika fra vilkårene.

PFA hævder, at 'lavmalign' kan sidestilles med 'lavt malignt potentiale' i undtagelserne fra forsikringsvilkårene, som lyder:

Dækningen omfatter ikke:

a. Tumorer klassificeret som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valg af behandling).

Jeg har været i kontakt med både Kræftens Bekæmpelse og operationslægen fra ...hospital, som begge er uforstående overfor at denne form for æggestokskræft resulterer i en afvisning, og de ikke har hørt om lignende tilfælde som afvisningsgrund. Jeg fik at vide, at undtagelsen fra dækningen eksempelvis er forandringer i livmoderhalsen fundet ved skrab eller andet, der har POTENTIALE til at udvikle sig til kræft.

Min kræftform passer på beskrivelsen i forsikringsvilkårenes punkt 5.2.9a, hvor den netop vil sprede

sig til/invadere det omkringliggende væv, hvis den ikke fjernes. Ligeledes er den malign, om end langtsomt voksende, hvilket kan beskrives som lavmalign, om man vil. Men LAVmalign er på ingen måde ikke det samme som at have et lavt malignt POTENTIALE.

'Potentiale' jf. Den store danske ordbog betegner 'iboende muligheder der endnu ikke er kommet til udtryk; anlæg, evne el.lign. der kan udvikle sig til noget bestemt'.

Dækningen omfatter dermed ikke former, der har et lavt malignt potentiale, men idet granulosa-cellekræften her netop har udviklet sig til noget malignt, er der ikke begrundelse i at sige, at kræftformen er en del af undtagelserne, da det ikke længere er et spørgsmål om den har malignt potentiale for noget, for den er allerede udviklet sig til noget malignt og af samme grund fjernet.

PFA skriver, at det er 'lægekonsulentens opfattelse, at 'lavt malignt potentiale' og lavmalign' kan sidestilles'. Jeg har i ovenstående argumenteret for, hvorfor det jævnfør dansk retsskrivning IKKE er det samme i forhold til formuleringen i sætningen, der går på muligheden/risikoen for at udvikle sig til noget ondartet.

Ad 'Sagsfremstilling'

PFA nævner, at jeg har fået tilbudt at få sagen vurderet hos Helbred og Forsikring (HEFO), som ifølge

Linkedin består af 11 ansatte plus lægefaglige konsulenter. Jeg kan se, at der på sundhed.dk står, at HEFO også er 'forsikringsselskabernes repræsentanter i funktioner, der har relation til helbredsforhold'. PFA har desuden skrevet i deres brev af 5. januar 2022, at 'Lægekonsulenten har vurderet, at yderligere lægelige oplysninger eller speciallægeerklæring ikke vil ændre afgørelsen'. Ud fra ovenstående læser jeg, at PFA ikke vil røkke vil deres opfattelse af hvorvidt sygdommen falder under vilkårene eller undtagelsen, uanset andres, inkl. HEFOs, synspunkter. Der er derfor i min verden ikke grund til at inddrage andre specialister, hvis PFA alligevel ikke vil anerkende andres holdninger. Derfor ser jeg ingen grund til at inddrage HEFO. Desuden er de nationale retningslinjer fuldt ud dækkende i forhold til at beskrive sygdommen.

Jeg har derimod stillet spørgsmålstegn ved PFAs vurdering af, at en enkelt lægefaglig konsulent inden for onkologi kan være så godt inde i karakteristika ved denne sygdom. Så godt, at PFA i brevet af 5. januar 2022 skriver, at de ikke er forpligtiget til at følge de nationale retninger. Der findes et hav af onkologiske specialister. Alene inden for underlivskræft er der adskillige specialister på underfagområder, og hvis man kigger på eksempelvis forskellen mellem leverkræft, kræft i urinvejene og hjernetumorer vil jeg mene, at der er verdener til forskel og at den ene specialist ikke kan være inde i alle typer kræft.

I PFAs brev er den lægefaglige konsulent helt central i forhold til at afgøre PFAs holdning til sygdommen.

Jeg har derfor bedt PFA tidligere om at sende CV eller (navn, hvis muligt), på PFAs onkologiske konsulent, der ene mand (m/k) kan tilsidesætte de mange speciallæger i underlivskræft, der udarbejder, fagfællebedømmer og regelmæssigt ajourfører disse nationale guidelines som hele Danmarks indsats og viden om denne type kræft bygger på. Bestyrelsen alene hos Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe, DGCG, tæller 22 læger jf. deres årsberetning. Hvis PFA vælger ikke at forholde sig til disse retningslinjer, må PFA have en særdeles god grund hertil med faglig ballast til at mene noget andet end det, der er beskrevet i retningslinjerne. Ellers kan vi jo alle have opfattelser om dette ene og det andet, i stedet for at forholde os til fakta. PFA har ikke sendt CV eller andet, der understøtter at deres onkologiske konsulent har specialistviden om æggestokskræft.

Jeg har desuden tidligere bedt PFA om at sende det statistiske grundlag fra HEFO om sygdommen, der underbygger det, PFA skriver om granulosa-cellekræft. Jeg kan nemlig ikke genkende det, PFA hævder om sygdommen.

Jeg kan derimod finde videnskabelige artikler, der skriver det modsatte. De førnævnte nationale retningslinjer for granulosecellekræft (AGCT) skriver, at *'Ved en retrospektiv undersøgelse af 178 patienter med AGCT fik 85 patienter recidiv'(side 19) mens der var tumorspredning til lymfeknuder hos 15 % ved første recidiv (side 20).*

Med henvisning til de nationale retningslinjer står der følgende om prognosen:

Prognose AGCT anses normalt som en lavmalign tumor, men ca. 30-40 % dør af tumor med recidiv hos 24 % af patienterne med stadium IA (28). For stadium I er 10 års overlevelsen ca. 90 % (28,39). Med bedre kirurgisk staging fandtes færre patienter i st. I end tidligere beskrevet (52). Oftest er tumorerne langsomt voksende, og der er lang mediantid på ca. 6 år til recidiv, som imidlertid kan ses mere end 20 år efter den primære behandling. Selv efter recidiv ses overlevelse på median 5-6 år, men langtidsprognosen er imidlertid dårlig, idet ca. 70 % af patienter med recidiv vil dø af sygdommen (52).

Det er i klar modstrid med PFAs udtalelse, hvor de i deres brev af 5. januar 2022 skriver, at *kræften*

meget sjældent vil begrænse livslængden, nærmest aldrig vil metastasere...

Derudover kan man ved en simpel googlesøgning finde et studie fra 2002, som blev fremlagt ved et

årsmøde og brugt i en videnskabelig artikel til en konference i Gynecologic Oncology fra 2001. Studiet følger de 37 kvinder, der blev diagnosticeret med granulosecellekræft i stadie 1 i Århus Amt over en 34-årig periode. Alle 37 kvinder behandledes primært kirurgisk. 13 kvinder udviklede recidiv

indenfor 2 til 20 år (median 5 år). Ti recidiver udvikledes indenfor 10 år. Seks kvinder døde af GCT indenfor 3 til 164 måneder efter diagnosen. Studiet er tidligere uploadet til ankesagen og er det nærmeste sammenlignelige min situation med granulosecellekræft i stadie 1 fra danske hospitaler.

PFA har også undladt at forholde sig til ovenstående eksempler på recidiv i deres besvarelse af min klage.

For mig grænser det til bagatelliserende arrogance, når PFAs lægefaglige konsulent i PFAs brev hævder at *'kræften meget sjældent vil begrænse livslængden, nærmest aldrig vil metastasere, nærmest aldrig vil sprede sig til regionale lymfeknuder mv.'* Det er i direkte strid med ovenfor nævnte eksempler og en antagelse fra konsulenten, jeg gerne vil have data for, hvad vedkommende bygger denne antagelse på. Det er derfor ikke korrekt, når som PFA hævder, at det meget sjældent kommer tilbage, ej heller at det meget sjældent kan reducere livslængden. I ovenstående tilfælde, kom det gennemsnitligt tilbage efter 5 år i 35 % af tilfældene. 16% (6/37) døde inden for 3 til 164 måneder!

PFA har heller ikke sendt data eller statistisk udtræk fra deres viden om granulosecelletumor, der kan underbygge deres udtalelse om residiv eller begrænsning af livslængden.

Det skal samtidig siges, at jeg løbende får tjekket AMH og Inhibin-B via blodprøver, idet disse to korrelerer for granulosecelletumor. AMH var stærkt stigende i sidste blodprøve (AMH var 6 den 6/10-21, 5 den 3/1-22 og nu 16 den 23/5-22).

Retningslinjerne for denne type kræft er desuden, at jeg skal til kontrol resten af livet, da den er kendetegnet ved at kunne blusse op igen i modsætning til andre kræftformer, hvor man kan blive raskmeldt efter 5 år. Det er (desværre for mig) en af kendetegnene for denne sygdom, hvilket yderligere indikerer, at PFAs antagelse om at den kun meget sjældent vender tilbage er forkert.

Ad 'Begrundelse for PFAs 'afgørelse''

Jeg kan vitterligt ikke se, hvordan PFA kan fastholde deres konklusion, bevidst ikke forholde sig til nationale retningslinjer, som er den gældende praksis og viden på sygdommen, lade deres onkologiske konsultants vurdering gå så vidt som at sige, at det meget sjældent er livstidsreducerende, når prognosen er, at median for recidiv er 5 år og 16% af alle kvinder i Århus Amt i et dansk studie af stadie 1 patienter med samme sygdom er døde inden for 3-164 måneder.

Jeg synes det vidner om at PFA nægter at udbetale det, som forsikringen netop er lavet til at dække.

PFA henviser slutteligt i høringssvaret af 8. juni 2022 til, at PFA har handlet på samme vis i en anden

sag om granulosacellekræft og valgt ikke at udbetale summen til forsikringstager. Det underbygger i min verden kun PFAs egenrådige holdning til den kritiske sygdom og er ikke et argument for, at granulosacelletumor ikke skulle være dækket af vilkårene. Det er blot et andet eksempel på, at PFA

har ageret mod det, som forsikringen er lavet til at dække."

Selskabet har i brev af 11/7 2022 til nævnet bl.a. anført:

"Ankenævnet for Forsikring har via meddelelse på sagsportalen den 24. juni 2022 anmodet PFA Pension (herefter PFA) om at komme med eventuelle bemærkninger til brev af 21. juni 2022 fra forsikrede [klagerens navn] (herefter forsikrede).

PFA henviser til det tidligere anførte i svarbrev af 8. juni 2022. PFA finder om end anledning til at gentage, at det fortsat er selskabets vurdering, at 'lavt malignt potentiale' dækker over de tilfælde hvor kræften har en lav malignitet og derfor kun i sjældnere tilfælde har potentialet til at begrænse livslængden, metastasere, eller sprede sig til regionale lymfeknuder mv.

Det er således selskabets vurdering, som beskrevet i brev af 18. marts 2022 (**forsikredes bilag; 220318 Klagesvar fra PFA**), at 'lavt malignt potentiale' og 'lav malign' kan sidestilles og i henhold til vilkårenes undtagelsesbestemmelse, er udtryk for samme prognostiske vurdering i forhold til, hvorvidt der er tale om en mindre aggressiv kræftform.

For så vidt angår forsikredes kommentarer vedrørende selskabets interne lægekonsulent, henviser selskabet til brev af 18. marts 2022 (**forsikredes bilag; 220318 Klagesvar fra PFA**). Heraf fremgår, at selskabet ikke oplyser lægekonsulenters navne. Selskabet finder, at den pågældende læges navn ikke har relevans for sagen, men selskabet kan bekræfte, at der er tale om en læge med speciale i onkologi."

Til dette har klageren fremsendt brev af 18/7 2022, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg har to bemærkninger til PFA nyligt fremsendte brev.

Den første bemærkning går på at PFA skriver, at *'PFA finder om end anledning til at gentage, at det fortsat er selskabets vurdering, at 'lavt malignt potentiale' dækker over de tilfælde, hvor kræften har en lav malignitet og derfor kun i sjældnere tilfælde har potentialet til at begrænse livslængden, metastere, eller sprede sig til regionale lymfeknuder mv.'*

Ud over at det ud fra dansk retsskrivning er og bliver forkert at sidestille, at noget har lavt malignt potentiale med lav malignt - idet ordet 'potentiale' dækker over en mulighed, som endnu ikke er realiseret, men som ud fra det foreliggende synes at være til stede og at det følgelig, når det så er sket (i dette tilfælde vist sig som kræft) ikke længere hører under 'lavt malignt potentiale' - er det også faktisk forkert, at sygdommen kun i sjældne tilfælde begrænser livslængden eller spreder sig. Dette har jeg tidligere dokumenteret i brev uploadet til Ankenævnet som '220122 Klage til PFA'. I dette brev skriver jeg blandt andet, at videnskabelige artikler og studier beviser, at det langt fra er sjældent, at sygdommen kommer igen eller spreder sig:

- ud af 178 patienter fik 85 patienter recidiv, dvs. ca. 48 %,
- tumorspredning til lymfeknuder hos 15 % ved første recidiv, dvs. sygdommen så rigeligt metastaserer sig.
- Ud af 37 patienter i stadie 1 udviklede 13 residiv, dvs. 35 %
- Seks kvinder døde af GCT indenfor 3 til 164 måneder efter diagnosen, dvs. 16%

Det er derfor en fejlsvurdering fra PFAs side at hævde, at sygdommen kun sjældent begrænser livslængden, metastaserer eller spreder sig.

Jeg er klassificeret som stadie 1 i kræftregi jf. min journal, og den patologiske beskrivelse af den bortopererede 8-9 cm klump passer med karakteristika fra vilkårene. Granulosacelletumor kan derfor umuligt presses ned i undtagelserne til forsikringsvilkårene. Det er en belejlig om end ukorrekt fremstilling af sygdommen fra PFAs hånd.

Den anden bemærkning går på mit ønske om at få indblik i den faglige baggrund for PFAs onkologiske konsulent. Jeg har efterspurgt cv, navn eller anden form for levnedsbeskrivelse af den faglige profil på den person, der er central for PFAs vurdering af sygdommen. Grunden er yderst relevant, da jeg på baggrund af vurderingen, der går imod karakteristika i de nationale guidelines, som anvendes på landets hospitaler, er gældende viden på området og udarbejdet af adskillige specialister inden for underlivskræft, formoder, at personen enten ikke har den relevante indsigt i sygdommen eller er farvet af at PFA skal udbetale en sum for kritisk sygdom.

Som jeg ser det, er hovedpointerne fra sagen således:

1. PFAs har fået en udtalelse fra deres onkologiske konsulent, de bruger til at bagatellisere min kræftsygdom og undlade at udbetale beløbet til dækning af min forsikring for kritisk sygdom.

2. PFA vil ikke ud med CV eller lignende, der kan underbygge at deres onkologiske konsulent har tilstrækkeligt viden om granulosecellekræft eller det forholder sig sådan, at vedkommende arbejder inden for et helt andet felt inden for onkologi.
3. PFAs konsulent har derimod udokumenterede påstande om, at denne kræftsygdom sjældent spreder sig eller forkorter livslængden, hvilket går direkte i mod det, der er beskrevet i de nationale guidelines for granulosecellekræft samt de studier, der er at finde på sygdommen. Dvs. deres onkologiske konsulent er ene om at mene noget om sygdommen, hvorimod den samlede gældende viden om på området tegner et helt andet billede, nemlig at denne kræftform kan sprede sig og ofte fører til forkortet livslængde.
4. PFA har henvist til viden i HEFO, som skulle underbygge det, PFAs konsulent hævder, men har på opfordring til at sende dataudtræk fra denne påståede viden i HEFO undladt at sende data. Det er derfor uvist, om denne viden eksisterer."

Sagen blev herefter behandlet på nævnsmøde, hvor nævnet besluttede at udsætte sagen med henblik på indhentelse af histologisvar vedrørende sygdommen.

Selskabet fremsendte den 24/10 2022 journal med histologisvar og brev, hvori det bl.a. er anført:

"PFA henviser herefter til journalnotat af 29. september 2021 samt 30. september 2021, som selskabet finder stemmer overens med det der fremgår af tidligere fremlagte Bilag B. PFA fastholder derfor sit svar til nævnet af 8. juni 2022.

PFA ønsker dog at gøre opmærksom på journalnotat af 4. november 2021 (**Bilag E**), hvortil lægen har noteret efter henvendelse fra forsikrede på baggrund af PFA's afslag ved kritisk sygdom, at *"[...] granulosecelletumor er en kræftsygdom af typen non epithelial ovariecancer og den ganske rigtig er mere lavmalign karakter end andre typer æggestokkræft. [...]"*

Til dette har klageren fremsendt brev af 25/10 2022, hvori det bl.a. er anført:

"PFA har angivet, at de ønsker at gøre opmærksom på en passage i journalnotatet af 4. november. I journalnotatet står, at *'[...] granulosecelletumor er en kræftsygdom af typen non epithelial ovariecancer og den ganske rigtig er mere lavmalign karakter end andre typer æggestokkræft. [...]'*

Dertil vil jeg gerne fremhæve, den mere almindeligt forekommende æggestokkræft, der udgår fra overfladevævet i æggelederen eller på æggestokken (ca. 70% jf. sundhed.dk) er meget aggressiv og tenderer en regulær dødsdom med meget ringe prognoser for 1- og 5-årsoverlevelsen. Det er derfor selvsagt, at granulosecellekræft er mindre aggressiv/er af mere lavmalign karakter er den. Lægens kommentar her går på at der findes æggestokkræfttyper, hvor udsigterne er mere dystre, og således blot en sammenligning med en anden type æggestokkræft af, hvor aggressiv sygdommen er.

Der står i samme journalnotat, at sygdommen ikke kan sidestilles med borderline forandringer og at min kræftsygdom er kategoriseret på FIGO-skalaen som stadium 1A, hvilket er en skala som bruges for kræftsygdomme internationalt. Dette er ensbetydende med, at diagnosen til fulde falder ind som en kræftsygdom, der ovenikøbet følges op med kontroller ca. 3 gange årligt. Og at PFA dermed ikke kan hævde, at kræftsygdommen hører til undtagelserne i deres vilkår for udbetaling til kritisk sygdom.

Jeg hæfter mig yderligere ved, at PFA stadig ikke har underbygget nogle af deres udokumenterede påstande om granulocellegkræft med statistikker eller CV/speciafelt for deres kræftkonsulent, der skulle godtgøre, at vedkommende har mere viden om området end den samling af kræftlæger med speciale i underlivskræft, der udarbejder og vedligeholder de nationale retningslinjer. Dermed vil jeg stadig forholde mig stærkt kritisk til, at PFA kan hævde, at min kræftsygdom skulle falde ind under undtagelserne i vilkårene for udbetaling til kritisk sygdom. En belejlig om end ukorrekt holdning fra PFAs side i min verden."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenunder. Af et studie fra 2002 fremsendt af klageren fremgår bl.a.:

"Titel: Granulosa celle tumor i ovariet: 37 kvinder med stadium I sygdom.

...

Granulocelletumor (GCT) er en sjælden ovarietumor, der udgør 3-7% af alle maligne ovarietumorer. GCT har et uforudsigeligt recidiv- og malignitetspotentiale, men med tendens til sene recidiver. Sædvanlige histopatologiske malignitetskriterier udsiger intet sikkert om prognosen. De fleste publicerede arbejder er begrænsede af få patienter og kort, ufuldstændig opfølgningstid.

I perioden 1962-1996 diagnosticeredes i Århus Amt 49 kvinder med GCT. Tolv patienter måtte ekskluderes af studiet, idet 5 ikke var stadium I, 3 histologiske præparater var ikke tilgængelige for genbedømmelse, 3 havde ikke GCT (men adenocarcinom, thekom og sexcord- stroma-tumor NOS) og 1 tumor var ubedømmelig pga. hæmorrhagisk infarkt. Opfølgningstid var mellem 8 mdr. og 26 år (median 8 år). Kliniske data blev uddraget ved journalgennemgang, dødsattester og kontakt til egen læge. Patologiske data blev uddraget ved revision af samtlige tumorsnit inkl. associeret endometrium. Følgende parametre blev registreret: Makroskopisk: tumordiameter og struktur (cystisk/solid). Mikroskopisk: vækstmåde, dominerende vækstmønster, cellulær atypi, mitoseindeks, og associerede endometrieforandringer.

Resultater:

Alle 37 kvinder behandledes primært kirurgisk, 22 med TAH+BSO (forklares?), dog kun 4 med komplet kirurgisk staging. De øvrige 15 fik udført mere begrænsede operationer. 13 kvinder udviklede recidiv indenfor 2 til 20 år (median 5 år). Ti recidiver udvikledes indenfor 10 år. Seks kvinder døde af GCT indenfor 3 til 164 måneder efter diagnosen. Der var ingen forskel på tumors diameter, struktur, vækstmønster, dominerende vækstmåde, cellulær atypi og mitoseindeks i gruppen, som udviklede recidiv overfor gruppen, som ikke udviklede recidiv. Arbejdet her bygger på en artikel publiceret i Gynecologic Oncology 81, 456-460 (2001)."

Af medicinsk vurdering (2015) fra Videncenter for Helbred og Forsikring (HEFO) i anden sag fremgår bl.a.:

"Videncenter for Helbred & Forsikrings lægelige konsulenter har gennemgået de fremlagte helbredsoplysninger og vurderer, at kriterierne ved Visse Kritiske Sygdomme ikke er opfyldte.

Den ... blev forsikrede opereret på grund af mistanke om ovariecancer. Ved operationen blev uterus, ovaner, oment samt en enkelt lymfeknude fjernet.

Mikroskopi af tumor i venstre ovarie viste granulocelletumor. Forsikrede har stadium I sygdom som må betragtes som en sygdom med lavt spredningspotentiale, hvorfor selskabets betingelser for Kritisk Sygdom ikke opfyldte."

Af histologisvar af 27/9 2021 fremgår bl.a.:

"Klinisk diagnose:

Granulosacelletumor sin obs

Kliniske oplysninger:

Ønsker fertilitetsbevarende operation. Der gøres USO sin, oment og peritoneale biopsier.

Materiale:

- 01: Ve. ovarie m. cyste
- 02: Biopsi fra blære peritoneum
- 03: Biopsi fra ve. bækkenvæg
- 04: Biopsi fra hø. bækkenvæg
- 05: Biopsi fra Fossa Douglasi
- 06: Biopsi fra ve. Paracoliske rum
- 07: Biopsi fra hø. Paracoliske rum
- 08: Omentet

Diagnoser:

- 01: Venstre tuba uterina
normalt væv
Venstre ovarium
granulosacelletumor
tumordiameter 60 mm
ektomipræparat
- 02-07: Peritoneum
fibrose
biopsi
- 08: Oment
normalt væv
ektomipræparat

Konklusion:

Venstre adnex, peritoneale biopsier og oment, hvor der i venstre ovarium er konstateret granulocelletumor, stadium IA

Makroskopi:

- 01:

...

17.09.2021 /...

Man ser et cystisk omdannet ovarie med tuba og fimbriae, og ovariet måler 8 x 6 x 6 cm, og det er fuldstændigt glatvægget på overfladen uden ekscescenser. Der ses tillige en tuba, som måler 70 mm i længden og 6 mm i diameter, og tuba og fimbriae fremstår naturlige. Da cysten på 6 cm punkteres, ser man at den er helt ufikseret, der lægges derfor et fikseringssnit og lægges trækpapier, og

så må resten blive taget som supplerende udsikring, når cysten er færdigfikseret.

...

Mikroskopi:

01: Mikroskopi viser i snit fra tuba et normalt opbygget fimbriaapparat præget af svær akut stase men ellers uden forandringer, i tværsnittene er der ligeledes akut stase.

I snit fra ovariet ses yderst en bræmme af det genuine ovarievæv, centralt ses delvist cystisk omdannet ovarie, hvor der er vækst af relativt kernerdominerede celler, kernerne er delvist ensartede, imellem er der klassisk kaffebønne form, der er spredt forekomst af mitoser. Blandt disse celler er der små ansamlinger af homogene eosinofile celler med en lille kerner og rigeligt let granulært cytoplasma, der er tale om små øer af luteiniserede celler.

Tumor vokser i solide trabekulære strøg, stedvis med dannelse af mikro follikulær formationer med call Exner bodies, imellem tumorcellerne er der strøg af fibrøs væv med indhold af karstruktur. I et mindre lokaliseret område skifter billedet lidt karakter, idet cellerne bliver lidt større med lidt mere rigeligt cytoplasma, og vækstmønsteret er fuldstændig diffust, andre steder nærmest nodulære formationer, men begge steder er den klassiske kernemorfologi bevaret.

der er foretaget immunhistokemiske farvninger med positiv reaktion i inhibin, calretinin, CD56, CD99 og WT-1, i østrogen er reaktionen svagt, men er parallelt med reaktion i det genuine ovariecortex. Tumorcellerne negative for AE1, 3, CD10, SMA, desmin, EMA og CK7.

Jeg har suppleret med immunfarvninger på et af de snit hvor der mest afvigende vækstmønster, med de små lidt mere cytoplasmarige celler med eosinofilt materiale, og de følger den resterende del af tumor, der er således tale om en granulosecelletumor.

Tumor vokser ikke i kar og er ingen steder igennem ovariets kapsel der er således tale om stadium IA.

02-07: Mikroskopi viser en delvis peritonealbeklædt biopsi med fibrose, ingen tumorspredning

08: Mikroskopi viser et omentvæv hvor der fokalt er frisk blødning uden inflammatorisk respons - fremkaldt i forbindelse med indgrebet, men udover dette er der ikke påvist patologiske forandringer."

Af epikrise af 1/10 2021 fremgår bl.a.:

"Telefonisk endelig histologisvar. Der er tale som ventet om granulosecelletumor udlukkende i ve. ovarium uden spredning til overfladen. Ingen spredning til tuba, peritoneum eller oment. Der er gjort fertilitetsbevarende operation. Pt. har således c. ovarii FIGO-stadium IA. Vi taler om fremtidige kontroller og enes om biokemi om 4 mdr. og klinisk fremmøde kontrol om 5 mdr., når vi har svar på Inhibin B.

Pt. informeres om, at hun kan henvende sig til forløbskoordinator ved spørgsmål eller behov for indskudt kontrol.

Pt. er rimelig velbefindende efter operationen men har oplevet svimmelhed som hvis man går på en båd. Svinger lidt i løbet af dagen. Der er kontrolleret en hæmoglobin som er stabil 8,3 og helt normale infektionstal og væsketal. Kunne være en øresten som er gået løs under operationen, hvorfor pt. anbefales, hvis det ikke forsvinder spontant, at gå til ørelæge mhp. undersøge for dette.

Pt. er som sådan at betragtes som opereret rask.

Når pt. forhåbentlig har fået de børn hun gerne vil have, må man tale om færdig staging med fjernelse af uterus og resterende adnex.

rp. Inhibin B, AMH og CA125 om 4 mdr.

rp. klinisk kontrol om 5 mdr."

Af journalnotat af 4/11 2021 fremgår bl.a.:

"Telefonisk kontakt til pt., som har bedt mig om at ringe. [Klageren] har fået afslag på ansøgning vedr. kritisk sygdom. Opereret for en granulosecelletumor med fertilitetsbevarende operation, stadium IA. Informerer om, at granulosecelletumor er en kræftsygdom af typen non epithelial ovariecancer og at den ganske rigtig er mere lavmalign karakter end andre typer æggestokkræft. Den kan ikke sidestilles med borderline forandringer. Anbefaler pt. at kontakte sit forsikringsselskab og få revurd. situationen. Under alle omstændigheder er det jo forsikringsselskabet der afgør om den aktuelle sygdom berettiger erstatning."

Af nationale kliniske retningslinjer, (ikke-epitelial ovariecancer) fremgår bl.a. på side 22:

"Adult Granulosa Celle Tumor (AGCT)

...

Prognose

AGCT anses normalt som en lavmalign tumor, men ca. 30-40 % dør af tumor med recidiv hos 24 % af patienterne med stadium IA (**28**). For stadium I er 10 års overlevelsen ca. 90 % (28,39). Med bedre kirurgisk staging fandtes færre patienter i st. I end tidligere beskrevet (**52**). Oftest er tumorerne langsomt voksende, og der er lang mediantid på ca. 6 år til recidiv, som imidlertid kan ses mere end 20 år efter den primære behandling. Selv efter recidiv ses overlevelse på median 5-6 år, men langtidsprognosen er imidlertid dårlig, idet ca. 70 % af patienter med recidiv vil dø af sygdommen (**52**).

Opfølgning

AGCT's sene recidivtidspunkt betyder at livslange, årlig opfølgning må anbefales. Opfølgningen bør omfatte gynækologisk undersøgelse med vaginal ultralyd - Hvis der ikke er foretaget hysterektomi, bør der udføres relevant endometriediagnostik. Tidligt i opfølgningen henvises til klinisk genetiker med vurdering af indikation for udvidet screening for mammacancer. Øvrige undersøgelser vil være indiceret af symptomer og fund i øvrigt.

Da østradiol kun er marginalt forhøjet eller ikke forhøjet på diagnosetidspunktet, kan denne ikke anvendes som tumormarkør i opfølgningen.

Inhibin B samt AMH synes at være de bedst egnede markører ved AGCT. Når diagnosen er stillet eller mistanken er rejst, bør Inhibin B og AMH bestemmes. Er disse forhøjede kan de anvendes i opfølgningen. Ved tegn på recidiv skal der foretages CT/MR-scanning med henblik på recidivets lokalisation forud for kirurgisk intervention, som er første valg ved recidiv."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"5.1. Dækning

Forsikringen dækker med en engangsudbetaling, hvis den forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de diagnoser, der er nævnt i punktet 'Kritiske sygdomme', og de øvrige betingelser for dækningen er opfyldt.

5.2. Kritiske sygdomme

...

9.a. Kræft med undtagelse af mindre aggressive former

Kræft (cancer) med undtagelse af mindre aggressive former definerer PFA Pension som en ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering).

Dækningen omfatter også lavgrads astrocytomer, selv om de beskrives som benigne.

Dækningen omfatter ikke:

- a) Tumorer klassificeret som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valg af behandling).
- b) Alle former for hudkræft (inklusive lymfomer i hud), bortset fra modermærkekræft stadie 1/4 (malignt melanom).
- c) Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket).
- d) Blærepapillomer.
- e) Kaposi sarkom.

Tumor skal være verificeret ved en histologisk undersøgelse, udført af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi)."

Nævnet udtaler:

Klageren fik den 1/10 2021 konstateret æggestokkræft (granulosecelletumor, stadium 1A) og ansøgte den 3/10 2021 om dækning ved kritisk sygdom. Klageren har anført, at hun ønsker udbetaling af dækningssum ved kritisk sygdom, da granulosecellekræfts karakteristika falder ind under beskrivelsen af dækningsberettigende kræft i forsikringsbetingelsers vilkår 5.2.9.a. Sygdommen er ikke omfattet af undtagelserne i vilkåret. Klageren har desuden anført, at "lav mag-

ligt potentiale" må forstås som tilfælde, der har potentiale til at udvikle sig til kræft, og det kan ikke sidestilles med tilfælde, hvor kræften har en lav malignitet. Granulosecellekræften har allerede udviklet sig til noget malignt og er derfor fjernet. Klageren har også anført, at det er faktisk forkert, at sygdommen kun i sjældne tilfælde begrænser livslængden eller spreder sig. Hun har i den forbindelse henvist til studie fra 2002 og nationale kliniske retningslinjer. Klageren har desuden klaget over, at selskabet ikke har ville oplyse navn eller CV på selskabets onkologiske lægekonsulent.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at den anmeldte diagnose er undtaget fra dækningsvilkårene, idet klagerens granulosecelletumor må betragtes som en sygdom med lavt spredningspotentiale og dermed kan kategoriseres som en diagnose med lavt malignt potentiale. Selskabet har anført, at "lavt malignt potentiale" dækker over de tilfælde, hvor kræften har en lav malignitet og derfor kun i sjældnere tilfælde har potentiale til at begrænse livslængden, metastasere eller sprede sig til regionale lymfeknuder mv. Selskabet har også anført, at sagen er vurderet af selskabets interne lægekonsulent med speciale i onkologi, og at klageren har fået tilbudt at få sin sag forelagt for Videntcenter for Helbred og Forsikring (HEFO), hvilket hun har afslået. Selskabet har desuden henvist til sammenlignelig sag. Selskabet har fremlagt udtalelsen fra HEFO i denne sag, hvor HEFO vurderede, at der var tale om sygdom med lavt spredningspotentiale, hvorfor selskabets betingelser for kritisk sygdom ikke var opfyldt.

Af et studie fra 2002 fremsendt af klageren fremgår det, at "Titel: Granulosa celle tumor i ovariet: 37 kvinder med stadium I sygdom... Granulosacelletumor (GCT) er en sjælden ovarietumor, der udgør 3-7% af alle maligne ovarietumorer. GCT har et uforudsigeligt recidiv- og malignitetspotentiale, men med tendens til sene recidiver. Sædvanlige histopatologiske malignitetskriterier udsiger intet sikkert om prognosen. De fleste publicerede arbejder er begrænsede af få patienter og kort, ufuldstændig opfølgningstid. I perioden 1962-1996 diagnosticeredes i Århus Amt 49 kvinder med GCT. Tolv patienter måtte ekskluderes af studiet ... Resultater: Alle 37 kvinder behandledes primært kirurgisk, 22 med TAH+BSO (forklares?), dog kun 4 med komplet kirurgisk staging. De øvrige 15 fik udført mere begrænsede operationer. 13 kvinder udviklede recidiv

indenfor 2 til 20 år (median 5 år). Ti recidiver udvikledes indenfor 10 år. Seks kvinder døde af GCT indenfor 3 til 164 måneder efter diagnosen. Der var ingen forskel på tumors diameter, struktur, vækstmønster, dominerende vækstmåde, cellulær atypi og mitoseindeks i gruppen, som udviklede recidiv overfor gruppen, som ikke udviklede recidiv. Arbejdet her bygger på en artikel publiceret i Gynecologic Oncology 81, 456-460 (2001)."

Af medicinsk vurdering fra Videntcenter for Helbred og Forsikring (HEFO) fra en af selskabets andre sager (sag fra 2015) og fremlagt af selskabet, fremgår det, at "Videntcenter for Helbred & Forsikrings lægelige konsulenter har gennemgået de fremlagte helbredsoplysninger og vurderer, at kriterierne ved Visse Kritiske Sygdomme ikke er opfyldte. Den ... blev forsikrede opereret på grund af mistanke om ovariecancer. Ved operationen blev uterus, ovaner, oment samt en enkelt lymfeknude fjernet. Mikroskopi af tumor i venstre ovarie viste granulosecelletumor. Forsikrede har stadium I sygdom som må betragtes som en sygdom med lavt spredningspotentiale, hvorfor selskabets betingelser for Kritisk Sygdom ikke [er] opfyldte".

Af histologisvar af 27/9 2021 fremgår det, at "Konklusion: Venstre adnex, peritoneale biopsier og oment, hvor der i venstre ovarium er konstateret granulosecelletumor, stadium IA".

Af epikrise af 1/10 2021 fremgår det, at "Telefonisk endelig histologisvar. Der er tale som ventet om granulosecelletumor udlukkende i ve. Ovarium uden spredning til overfladen. Ingen spredning til tuba, peritoneum eller oment. Der er gjort fertilitetsbevarende operation. Pt. har således c. ovarii FIGO-stadium IA. Vi taler om fremtidige kontroller og enes om biokemi om 4 mdr. og klinisk fremmøde kontrol om 5 mdr., når vi har svar på Inhibin B. Pt. informeres om, at hun kan henvende sig til forløbskoordinator ved spørgsmål eller behov for indskudt kontrol... Pt. er som sådan at betragtes som opereret rask. Når pt. forhåbentlig har fået de børn hun gerne vil have, må man tale om færdig staging med fjernelse af uterus og resterende adnex. rp. Inhibin B, AMH og CA125 om 4 mdr. rp. klinisk kontrol om 5 mdr".

Af journalnotat af 4/11 2021 fremgår det, at "Opereret for en granulosecelletumor med fertilitetsbevarende operation, stadium IA. Informerer om, at granulosecelletumor er en kræftsygdom af typen non epithelial ovariecancer og at den ganske rigtig er mere lavmalign karakter end andre typer æggestokkræft. Den kan ikke sidestilles med borderline forandringer".

Af nationale kliniske retningslinjer (ikke-epitelial ovariecancer) fremgår det, at "**Adult Granulosa Celle Tumor (AGCT)** ... Prognose. AGCT anses normalt som en lavmalign tumor, men ca. 30-40 % dør af tumor med recidiv hos 24 % af patienterne med stadium IA (**28**). For stadium I er 10 års overlevelsen ca. 90 % (28,39). Med bedre kirurgisk staging fandtes færre patienter i st. I end tidligere beskrevet (**52**). Oftest er tumorerne langsomt voksende, og der er lang mediantid på ca. 6 år til recidiv, som imidlertid kan ses mere end 20 år efter den primære behandling. Selv efter recidiv ses overlevelse på median 5-6 år, men langtidsprognosen er imidlertid dårlig, idet ca. 70 % af patienter med recidiv vil dø af sygdommen (**52**). Opfølgning. AGCT's sene recidivtidspunkt betyder at livslange, årlig opfølgning må anbefales. Opfølgningen bør omfatte gynækologisk undersøgelse med vaginal ultralyd - Hvis der ikke er foretaget hysterektomi, bør der udføres relevant endometriediagnostik. Tidligt i opfølgningen henvises til klinisk genetiker med vurdering af indikation for udvidet screening for mamma-cancer. Øvrige undersøgelser vil være indiceret af symptomer og fund i øvrigt. Da østradiol kun er marginalt forhøjet eller ikke forhøjet på diagnosetidspunktet, kan denne ikke anvendes som tumormarkør i opfølgningen. Inhibin B samt AMH synes at være de bedst egnede markører ved AGCT. Når diagnosen er stillet eller mistanken er rejst, bør Inhibin B og AMH bestemmes. Er disse forhøjede kan de anvendes i opfølgningen. Ved tegn på recidiv skal der foretages CT/MR-scanning med henblik på recidivets lokalisation forud for kirurgisk intervention, som er første valg ved recidiv".

Af forsikringsbetingelserne fremgår det, at "5.1. Dækning. Forsikringen dækker med en engangsudbetaling, hvis den forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de diagnoser, der er nævnt i punktet 'Kritiske sygdomme', og de øvrige betingelser for dækningen er opfyldt. 5.2. Kritiske sygdomme ... 9.a. Kræft med undtagelse af mindre aggressive former. Kræft (cancer) med undtagelse af mindre aggressive former definerer PFA Pension som en ondartet (malign)

svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering). Dækningen omfatter også lavgrads astrocytomer, selv om de beskrives som benigne. Dækningen omfatter ikke: a. Tumorer klassificeret som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valg af behandling). b. Prostata cancer med en Gleason score på 6 eller derunder (klinisk spredning svarende til T2NoMo er dækket). c. Blærepapillomer. d. Kaposi sarkom. Tumor skal være verificeret ved en histologisk undersøgelse, udført af en speciallæge i vævsundersøgelser (patologisk anatomi)."

Efter en gennemgang af sagen – og efter en samlet vurdering – finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom i forbindelse med, at klageren har fået stillet diagnosen, granulosecelletumor, den 1/10 2021.

Nævnet har lagt vægt på epikrise af 1/10 2021, hvoraf det fremgår, at der i klagerens tilfælde var tale om granulosecelletumor (stadium 1A), som udelukkende var i venstre æggestok uden spredning til overfladen. Der var heller ikke spredning til tuba, peritoneum eller oment. Klageren fik fjernet tumoren ved fertilitetsbevarende operation, og det er anført, at klageren som sådan var at betragte som opereret rask - men løbende skulle gå til kontrol.

Nævnet har også lagt vægt på, at forsikringen ifølge forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.9.a dækker kræft med undtagelse af mindre aggressive former. PFA Pension definerer kræft (cancer) med undtagelse af mindre aggressive former som en ondartet (malign) svulst (tumor) diagnosticeret histologisk og karakteriseret ved ukontrolleret vækst af maligne celler, som har tendens til invasion af omkringliggende væv og tendens til lokalt recidiv samt tendens til spredning til regionale lymfekirtler og andre organer (metastasering). Videre fremgår det af betingelserne, at forsikringen bl.a. ikke dækker tumorer klassificeret som præmaligne, noninvasive, carcinoma in situ, borderline eller med lavt malignt potentiale (uanset valg af behandling). Nævnet finder,

at bestemmelsen i forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.9.a, herunder undtagelse "a.", har den fornødne klarhed.

Nævnet har desuden lagt vægt på, at det fremgår af medicinsk vurdering fra Videntcenter for Helbred og Forsikring (HEFO) i en anden sammenlignelige sag fra 2015, at "Den ... blev forsikrede opereret på grund af mistanke om ovariecancer. Ved operationen blev uterus, ovaner, oment samt en enkelt lymfeknude fjernet. Mikroskopi af tumor i venstre ovarie viste granulocellettumor. Forsikrede har stadium I sygdom som må betragtes som en sygdom med lavt spredningspotentiale, hvorfor selskabets betingelser for Kritisk Sygdom ikke [er] opfyldte." Nævnet har også tillagt det betydning, at selskabet har tilbudt klageren at få sin sag forelagt for HEFO gentagne gange.

Endelig har nævnet lagt vægt på, at det bl.a. fremgår af de nationale kliniske retningslinjer side 22, at AGCT (adult granulosa celle tumor) normalt anses som en lavmalign tumor.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til andet resultat.

Vedrørende klagerens ønske om at få indsigt i lægekonsulents navn og CV bemærker nævnet, at nævnet ikke fører tilsyn med, om selskabet har overholdt databeskyttelsesforordningens artikel 15 om indsigt, idet det følger af nævnets vedtægter § 3, stk. 3, at sager, hvis behandling i henhold til lovgivningen er henlagt til offentlige myndigheder eller andre tvistløsningsorganer, falder uden for nævnets kompetence. Datatilsynet er rette myndighed i forhold til disse spørgsmål. Nævnet henviser til tilsynets afgørelse 2020-31-2757 af 20/8 2020, hvor tilsynet udtalte, at "lægekonsulentens navn ikke er omfattet af din ret til indsigt". Det er således Datatilsynet, der har kompetencen til at afgøre, om klageren har ret til at få indsigt i lægekonsulentens CV. Klageren må derfor rette henvendelse til Datatilsynet, hvis hun ønsker at forfølge dette spørgsmål yderligere.

Som følge heraf

Ankenævnet *for* Forsikring

21.

98146

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.



Svend Bjerg Hansen