

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 8. april 2026 blev i sag nr. 104760:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Lægernes Pension
Dirch Passers Allé 76
2000 Frederiksberg

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 16/11 2025 har klageren bl.a. anført:

"D 8/9 2025 om aftenen indlægges jeg med bryst smerter på hjertetafdelingen, [hospital 1]. Blodprøverne viser en klar og entydig stigning i troponiner (hjerteenzymer).

Jeg får lavet en EKKO af vagthavende læge ved midnat som beskriver denne med LVEF på 50%. Desværre er dette ikke dokumenteret i journalen. D 9/9 2025 om morgenen overflyttes jeg til [hospital 2's] hjertemedicinske afdeling pga. fortsatte bryst smerter mhp. kontrastundersøgelse af kranspulsårerne. Her bliver der foretaget en ny EKKO som er beskrevet i journalen i detaljer. LVEF er beskrevet på 50%. Jeg overflyttes tilbage til [hospital 1] 9/9 2025 om aftenen. D 12/9 2025, 4 dage inde i mit sygdomsforløb får jeg lavet en MR-skanning af hjertet pga. fortsatte bryst smerter. Denne viser skade på hjertemuskelvævet, men nu normaliseret LVEF. På baggrund af ovenstående sygdomsforløb får jeg diagnosen NSTEMI, blodprop i hjertet og udskrives med medicin for dette.

Min ansøgning om udbetaling for kritisk sygdom for 'Større blodprop i hjertet' afvises med begrundelsen at MR-skanningen på 4. dagen viste normal LVEF på 60%. De skriver derudover at der ikke er dokumenteret nedsat pumpefunktion på 50% eller derunder. Dette er ikke korrekt idet EKKO viste LVEF på 50% som er dokumenteret i journalen 9/9 2025 på [hospital 2].

Jeg klager til den klageansvarlige der afviser min klage med 'at betingelse for dækning er billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv på MR-skanning eller ekkokardiografi med LVEF på 50% eller derunder'. Klageansvarlige angiver 'da EKKO er forbundet med unøjagtighed, gennemføres hjerteMR og denne viser LVEF på 60% hvorfor kriteriet ikke er opfyldt'. Derudover angiver klageansvarlige yderligere årsag til afvisning med at MR kun viser yderst

minimalt iskæmisk område, hvorfor der samlet set ikke er tale om en større blodprop i hjertet. Jeg klager endnu en gang idet MR-skanning IKKE er udført grundet usikker EKKO, men pga. fortsatte smerter i brystet. MR er udført 4 dage efter indlæggelsen. På MR-skanningen ses nyttilkommet tab af hjertemuskulvæv, men normal LVEF på 60%. Dette er efter 4 dages medicinsk behandling. I udskrivningsresumet i journalen beskrives LVEF ved MR som 'nu normaliseret' (side 1 i journalen). Dvs. den har IKKE været normal tidligere. Der er tydeligt beskrevet LVEF på 50% d. 9/9 2025. Man kan ikke på denne baggrund slutte hvad LVEF ville have været på MR hvis den var blevet lavet ved indlæggelsen, 4 dage forinden. Man kan heller ikke ved MR skanning 4 dage efter skaden konkludere noget om størrelsen på den initielle blodprop ved indlæggelsen. Derfor er der i forsikringsbestemmelserne opstillet objektive kriterier for 'Større blodprop i hjertet'. I disse kriterier er der ikke angivet noget omkring omfanget af skaden set ved MR skanning, men kun om der ses tab af funktionsdygtigt hjertemuskulvæv.

Min klage afvises igen med begrundelsen 'at klageansvarlige samt lægekonsulenten har refereret til at det fremgår af journalen at min blodprop er mindre hvorfor den ikke omfattes af bestemmelsen'. Klageansvarlige angiver at han har svaret så langt han kan og at en evt. klage skal rettes til Ankenævnet for forsikring.

Jeg mener at jeg opfylder de opstillede kriterier for 'Større blodprop i hjertet' som fremgår af forsikringsbestemmelserne §4, litra B som angiver:

'diagnosen anses for stillet når der i forbindelse med episoden har været en klar og entydig diagnostisk stigning i kardiale biomarkører samtidig med mindst 2 af flg. kriterier er opfyldt': Jeg opfylder nedenstående 3 kriterier.

- tilstedeværelse af karakteristiske kliniske symptomer på akut iskæmi i form af brystsmerter
- billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskulvæv på MR-skanning
- ekkokardiografi med LVEF på 50%.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Jeg ønsker at få udbetalt erstatning for kritisk sygdom."

Selskabet har den 2/12 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"[Klageren] (medlemmet) ansøgte om udbetaling ved udvalgte kritiske sygdomme for diagnosen større blodprop i hjertet med blanket af 16. september 2025. Se hertil vedlagte ansøgning (bilag 1). I henhold til ansøgningen foreligger diagnosen 12. september 2025.

Lægernes Pension har den 24. september 2025, 10. oktober 2025 og 27. oktober 2025 afvist at udbetale fra forsikring med dækning ved udvalgte kritiske sygdomme, da der er tale om en mindre blodprop i hjertet, som derfor ikke er omfattet af dækningen. Se hertil vedlagte forsikringsbetingelsers § 4, litra B. (bilag 2).

Sagsfremstilling

I nedenstående sagsfremstilling gennemgås de væsentligste sagsskridt kronologisk.

[Klageren] indlægges den 8. september 2025 med brystsmerter. Der udføres bedside EKKO og den 12. september 2025 en MR, der viser yderst minimalt iskæmisk område. Diagnosetidspunktet er angivet i ansøgningen (bilag 1), og tidspunktet for bedside EKKO og MR fremgår af journaloplys-

ningerne (bilag 3). Ansøgning om udbetaling ved udvalgte kritiske sygdomme indsendes med blanket af 16. september 2025. Journaloplysningerne (bilag 3) indsendes til Lægernes Pension sammen med blanket med ansøgning.

Ansøgningen og journaloplysninger sendes til vurdering hos en lægekonsulent. Vurderingen foreligger den 18. september 2025 (bilag 4). Lægekonsulenten konkluderer på baggrund af journaloplysningerne, at [Klageren] ikke opfylder betingelserne for dækning, da der er tale om en minimal blodprop. Desuden er EF-måling ved MR på 60 % og således normal. Se hertil vedlagte forsikringsbetingelsers § 4, litra B. (bilag 2).

Med baggrund i lægens vurdering sendes der afslag på ansøgningen med brev af 24. september 2025 (bilag 5). [Klageren] klager herefter til den klageansvarlige med besked af 29. september 2025 (bilag 6). I den forbindelse sendes sagen til fornyet vurdering hos lægekonsulenten, der kommer med sin vurdering den 1. oktober 2025 (bilag 7). Han fastholder sin hidtidige analyse, men anbefaler afslutningsvis, at sagen også vurderes af en anden lægekonsulent. Dennes vurdering foreligger 2. oktober 2025 (bilag 8).

Da det fremstår mindre klart, hvilke kriterier der ikke er opfyldt bedes om en afklaring af dette. Denne foreligger 10. oktober 2025 (bilag 9). Med baggrund i journaloplysningerne (bilag 3) og sammenholdt med de tidligere vurderinger fastslås det, at vurderingen er, at der overordnet ikke er tale om en større blodprop, hvilket er kravet i betingelserne (bilag 2). På den baggrund sendes afslag på dækning med brev af 10. oktober 2025 fra den klageansvarlige (bilag 10).

[Klageren] klager over afslaget til den klageansvarlige (bilag 11). Klagen sendes til fornyet vurdering hos lægekonsulenten med henblik på at validere, om der kommer med nye oplysninger i sagen. Lægekonsulenten kommer med sin vurdering den 27. oktober 2025 (bilag 12). Der sendes svar med mail af 27. oktober 2025 (bilag 13). Det understreges heri, at betingelserne forudsætter, at der er tale om en større blodprop i hjertet, samt at referencen til betingelsernes underpunkter er forståelige, men forudsætter, at der er tale om en større blodprop, hvilket der vurderes ikke at være. At der er tale om en ikke-større blodprop betyder dog ikke, at der ikke er et behov for behandling.

Begrundelse for afgørelsen

Forsikringsbetingelsernes § 4, litra B. (bilag 2) omfatter en større blodprop i hjertet. Det fremgår af journaloplysningerne (bilag 3), at der er tale om en meget lille iskæmisk skade. Desuden fremgår det af journalen, at LVEF er normaliseret, hvilket fremgår efter hjerte-MR. Se hertil også svaret fra den klageansvarlige (bilag 10).

På baggrund af de indsendte journaloplysninger, vurderinger fra lægekonsulenterne og den i øvrigt fremlagte dokumentation konkluderes det på den baggrund, at [Klageren] ikke opfylder betingelserne for udbetaling fra forsikring med dækning ved udvalgte kritiske sygdomme."

Klageren har i brev af 14/12 2025 til nævnet bl.a. anført:

"I kommentarerne fra Lægernes pension 2.12.25 angives det at afslaget er givet da der er tale om meget lille iskæmisk skade vurderet ud fra MR-skanningen på dag 4. De har ikke forholdt sig til de andre opstillede kriterier som jeg opfylder.

I de opstillede kriterier er der ikke angivet noget om hvor stor skaden på hjertet skal være på en MR-skanning før der er tale om en større blodprop. De skriver at der skal være nyttilkommen iskæmisk skade som der også var i mit tilfælde. Ganske rigtigt var LVEF på MR på dag 4 normal på 60%, men dette fortæller ikke noget om hvad MR-skanningen ville have vist på dag 1, hvor en EKKO viste at min LVEF var nedsat til 50 % ved indlæggelsen jvf. journalnotat. I betingelserne er ikke nævnt at der skal være vedvarende nedsat LVEF men at det blot skal være konstateret. Den lægefaglige konsulent mener at EKKO er meget usikker og man derfor ikke kan regne med den til trods for at det er en del af kriterierne. Det kan undre da man i retningslinjerne fra Kardiologisk selskab anbefaler EKKO og ikke MR som diagnostisk redskab ved akutte blodpropper.

I første afslag dateret 24/9 er begrundelsen at der ikke foreligger dokumentation for nedsat pumpefunktion (LVEF på 50% eller derunder) ved EKKO eller MR. Dette er ikke korrekt, i journalen 9/9 er der dokumentation på LVEF på 50% udført på [hospital 2].

Lægekonsulentens vurdering dateret 1/10 noteres at jeg opfylder symptomer, enzym og EKG forandringer hvilket i sig selv er diagnostisk for en større blodprop i hjertet ift deres egne kriterier. Derudover er der målt ved EKKO en nedsat LVEF på 50% og fundet nyttilkomne iskæmiske skader i hjertemuskulvæv på MR-skanning.

Lægebrev 10.10.2025

'Lægelig konklusion: Der er ikke påvist skade på hjertemusklen, der medfører en nedsat pumpefunktion til 50%. EF-målingen ved aktuelle EKKO er foretaget bedside og ukorrekt ift den korrekte EF målt ved MR. MR viser desuden kun yderst minimal (ikke større blodprop) iskæmisk område. Diagnosen NSTEMI er af kardiologerne angivet som usikker og i så tilfælde 'minimal'. Overskriften i KS, B er 'større blodprop...' og en EF på max 50%. Det er ikke opfyldt'

Denne samme lægekonsulent nævner nu ikke noget om at jeg opfylder alle de andre betingelser (enzym, smerte, EKG), men forholder sig kun til EKKO og MR. I kriterierne er der ikke angivet at man BÅDE skal have en EF på 50% eller derunder SAMT tegn på iskæmisk skade ved MR. I kriterierne er der angivet 'eller'. Lægekonsulenten angiver nu at LVEF fra EKKO nu er 'ukorrekt' ifht den korrekt stillede LVEF ved MR. Det første døgn blev der, efter Kardiologisk selskabs retningslinjer, lavet en EKKO der påviste en LVEF på 50% dvs blodproppen har været stor nok til at påvirke mit hjerte signifikant. Dette er også den del af kriterierne de selv opstiller for en større blodprop. Der står intet i kriterierne om at man skal have en vedvarende lav LVEF på 50% eller derunder for at opfylde

kriteriet for større blodprop. MR-skanning blev lavet 4 dage efter min indlæggelse hvor jeg var blevet behandlet for en blodprop.

I ovenstående lægelige konklusion angives ydermere 'Diagnosen NSTEMI er af kardiologerne angivet som usikker og i så tilfælde 'minimal' - Dette er ikke korrekt. I journalen er der på kardiologisk konference skrevet følgende notat:

'PLAN:

Gennemgås på intern kard konf. (...). Enighed om at vi ikke kommer uden om at give pt Non-STEMI/MINOCA diagnosen på baggrund af MR-fund.'

Kardiologernes vurdering er IKKE at diagnosen er usikker men at MR-skanning netop bekræfter at der er tale om en blodprop Non-STEMI.

Konklusionen fra lægekonsulenten i lægernes pension bærer præg af en subjektiv vurdering fra hans side og ikke en faktuel vurdering ifht de opstillede objektive kriterier for en større blodprop i hjertet.

Lægelig vurdering 27.10

Her skrives følgende:

'Medlems referencer til KS, B-betingelsernes definerende underpunkter er forståelig

- Samlet finder jeg dog ikke, at KS, B betingelsernes angivelse af Større blodprop er opfyldt'

Som jeg læser dette opfylder jeg kriterierne, men lægens subjektive vurdering er at der alligevel ikke er tale om en større blodprop. Hvis det i sidste ende er en læge der skal beslutte om der er tale om en større blodprop selvom man opfylder de angivne kriterier (enzymmer, symptomer, EKG forandringer, LVEF 50% (EKKO dag 1) og iskæmisk skade ved MR-skanning) så er der vel ikke behov for objektive kriterier?"

Selskabet har i brev af 22/12 2025 til nævnet bl.a. anført:

"[Klageren] (medlemmet) ansøgte om udbetaling ved udvalgte kritiske sygdomme for diagnosen større blodprop i hjertet med blanket af 16. september 2025. Se hertil tidligere vedlagte ansøgning (bilag 1). I henhold til ansøgningen foreligger diagnosen 12. september 2025.

Lægernes Pension har den 24. september 2025, 10. oktober 2025 og 27. oktober 2025 afvist at udbetale fra forsikring med dækning ved udvalgte kritiske sygdomme, da der er tale om en mindre blodprop i hjertet, som derfor ikke er omfattet af dækningen. Se hertil tidligere vedlagte forsikringsbetingelsers § 4, litra B. (bilag 2).

Sagsfremstilling

Der henvises i det hele til svaret af 2. december 2025 herunder den heri indeholdte sagsfremstilling.

[Klageren] anfører, at Lægernes Pension ikke forholder sig til kriterierne under forsikringsbetingelsernes § 4, litra B. (bilag 2).

Begrundelse for afgørelsen

Forsikringsbetingelsernes § 4, litra B. (bilag 2) omfatter en større blodprop i hjertet. De underliggende punkter til § 4, litra B. (bilag 2) om en større blodprop i hjertet er betingelser, der skal være opfyldt for, at en større blodprop er omfattet af dækningen. Hvis ikke disse underliggende betingelser er opfyldt, som beskrevet i bestemmelsen, så vil en større blodprop ikke være omfattet af dækningen.

I den konkrete sag er der ikke tale om en større blodprop, hvorfor der ikke er gået yderligere ind i de underliggende betingelser til forsikringsbetingelsernes § 4, litra B."

Klageren har i brev af 10/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"I henhold til forsikringsbetingelserne som [medarbejder] henfører til står: Dækningen omfatter et pludseligt (akut) opstået henfald (nekrose) af en del af hjertets muskelvæv, som følge af en op-

hørt eller utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktionen (LVEF) til 50 pct. eller derunder.

Jeg opfylder begge disse kriterier dvs. akut skade der har nedsat pumpefunktionen (LVEF) til 50% eller derunder. I dette kriterie er ikke angivet hvad LVEF skal være på 4 dagen efter en blodprop som Lægernes Pension tidligere har angivet som argument for afvisning. Dernæst står der at - Diagnosen (større blodprop) anses for stillet når 2 ud af 3 af de underliggende kriterier er opfyldt, hvilke jeg som tidligere har sendt lægelig dokumentation for at jeg opfylder. Der står ikke, som [medarbejder] anfører, at Lægernes pension først vurderer (subjektiv vurdering) om de synes der er tale om en større blodprop og dernæst kigger på de opstillede kriterier for at se om man opfylder disse.

Helt overordnet skal man bruge diagnostiske og objektive kriterier for at opfylde hvilken som helst diagnose, da en evt. diagnose ellers ville blive stillet efter en subjektiv vurdering. Det er det samme som at gætte efter min mening.

Jeg undrer mig meget over deres fastholdelse af afgørelsen idet jeg ikke kan forstå hvordan Lægernes Pension uden objektive kriterier kan vurdere om det drejer sig om en større blodprop i hjertet.

Jeg synes argumentationen fra Lægernes Pension er inkonsistent. Ved de første afvisninger var de netop gået ind i de underliggende kriterier og afviser på baggrund af en LVEF på 60 % på 4 dagen. [medarbejder] ændrer nu argumentation for afvisningen til at jeg slet ikke opfylder kriterierne for en større blodprop hvorfor der ikke er blevet gået ind i de underliggende kriterier. Det synes jeg er besynderligt.

Som bemærkning kan jeg se at der er i Lægernes Pensions nyeste udgave (2026) er lavet ændringer i kriterierne for større blodprop i hjertet. I mit tilfælde skal det understreges at jeg er omfattet af kriterierne i 2025 udgaven idet jeg fik min blodprop i september 2025."

Selskabet har i brev af 14/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"[Klageren] (medlemmet) ansøgte om udbetaling ved udvalgte kritiske sygdomme for diagnosen større blodprop i hjertet med blanket af 16. september 2025. Se hertil tidligere vedlagte ansøgning (bilag 1). I henhold til ansøgningen foreligger diagnosen 12. september 2025.

Lægernes Pension har den 24. september 2025, 10. oktober 2025 og 27. oktober 2025 afvist at udbetale fra forsikring med dækning ved udvalgte kritiske sygdomme, da der er tale om en mindre blodprop i hjertet, som derfor ikke er omfattet af dækningen. Se hertil tidligere vedlagte forsikringsbetingelsers § 4, litra B. (bilag 2).

Sagsfremstilling

Der henvises i det hele til svaret af 2. december 2025 herunder den heri indeholdte sagsfremstilling samt svaret af 22. december 2025.

[Klageren] anfører, at Lægernes Pension ikke forholder sig til kriterierne under forsikringsbetingelsens § 4, litra B. (bilag 2).

Begrundelse for afgørelsen

Det noteres, at der ikke er nyt i sagen, hvorfor der henvises til nedenstående fra svaret af 22. december 2025.

Forsikringsbetingelsernes § 4, litra B. (bilag 2) omfatter en større blodprop i hjertet. De underliggende punkter til § 4, litra B. (bilag 2) om en større blodprop i hjertet er betingelser, der skal være opfyldt for, at en større blodprop er omfattet af dækningen. Hvis ikke disse underliggende betingelser er opfyldt, som beskrevet i bestemmelsen, så vil en større blodprop ikke være omfattet af dækningen.

I den konkrete sag er der ikke tale om en større blodprop, hvorfor der ikke er gået yderligere ind i de underliggende betingelser til forsikringsbetingelsernes § 4, litra B.

Som tidligere anført så fremgår det af de indsendte journaloplysninger, at der ikke er tale om en større blodprop."

Klageren har i brev af 25/1 2026 til nævnet bl.a. anført:

"Jeg har ikke yderligere kommentarer end den allerede fremsendte dokumentation for at jeg opfylder de kriterier Lægernes Pension har opstillet mhp. diagnosen større blodprop i hjertet:

- trykkende retrosternale smerter i brystet
- sufficient stigning i enzymer
- LVEF 50%
- iskæmisk skade ved MR-skanning"

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle fremgår nedenfor. Det fremgår af journalnotat fra hospital:

"08.09.2025

Bedside-TTE: nærnormal LVEF, indtryk af apikal ballooning. Ingen betydende valvulopati. Normal TAPSE, ingen PHT. Normal inspiratorisk kollaps af IVC. Ingen PE.

...

Aktuelle: Ca kl 19 debut af trykkende retrosternale smerter uden udstråling. Opstod efter diskussion med ... Ingen udstråling, åndenød eller hjertebanken. Forsøge at tage Pantoprazol uden effekt, ringede efterfølgende 112. Har fået NTG uden den helt store effekt, stadig trykken. Ingen ny lig sygdom eller feber.

...

Konklusion: [I 40'erne] kvinde, kendt med tidl c. coli (hø.sidig hemikolektomi i 2019) indlægges grundet trykkende retrosternale brystsmerter med debut kl 19. Ingen udstråling, aktuelt stadig smerter. Objektivt us med: VKO, upåfaldende objektiv undersøgelse. Biokemi: TNT 216. EKG: Sinusrytme = 58 bpm. Inkomplet RBBB. Ingen ST-deviationer, inv. T-takker eller patologiske Q-takker. Telemetri: normofrekvent SR, ingen events. Vurdering/plan: Startes i NSTEMI-regime, EKG uden iskæmi, TNT 216. Har fået 300 mg ASA i ambulancen. Pt stabil, men aktuelt stadig smerter.

...

09.09.2025

Bedside TTE

Ankenævnet *for* Forsikring

8.

104760

LV ej dilateret, LVEF 50% med let hypokinesi sv.t. septum, god kontraktion apikalt. I øvrigt inden klappatologi. RV god funktion. VCI ikke dilateret. Ingen PE.

Plan:

Smertefri på NTG. Forbehandlet med magnyl og arixtra (givet i går). Afv. KAG. Ekko med LVEF 50% med diskret septal hypokinesi. EKG uden dynamik.

...

Tidl kardiell rask indl med trykkende brystmerter. Fasisk forhøjet TnT. EKG uden iskæmi. Tele ia. Bedside ekko set til morgenkonf; EF let nedsat, antydningvis apikal ballooning. Pt har haft trykken hele natten, fraset kort periode på 1-2 t hvor hun fik morfin og faldt i søvn. NTG s.l. med let lindring men fjerner ikke helt smerterne.

Indikation for

rp NTG-drop

rp morfin iv pn

Pt konf med iskæmi-hotline og vi bliver enige om rp kørsel 1 til afsn ...

Pt og husbond inf om KAG/PCI/CABG og accepterer.

BT: 113/71 (09-09-2025 7:43)

Puls: 54 (09-09-2025 7:43)

Temperatur: 36,4 [grader]C (09-09-2025 7:43)

Resp.frekv.: 16 (09-09-2025 7:43)

Saturation: 100 % (09-09-2025 7:43)

Lab-resultater

Komponent Værdi Dato

CRPP 1,4 08-09-2025

CRPP <4,0 30-04-2025

CRPP <4 05-02-2025

LEUKOCYTB 6,7 08-09-2025

LEUKOCYTB 6,8 30-04-2025

HÆMOGLOBINB 7,6 08-09-2025

ALATP 47 (H) 08-09-2025

INRP 1,1 08-09-2025

LDHP 171 08-09-2025

KREATININP 55 08-09-2025

KALIUMP 3,8 08-09-2025

TNTP 133 (H) 09-09-2025

PROBNPP 8,3 10-06-2021

...

10.09.2025

Subjektivt: PT angiver akut trykkende centrale brystmerter med udstråling til hele kroppen. NRS 4-5. Ingen åndenød, ingen hoste. Angiver symptomerne ikke føles som ved indlæggelse eller som noget under denne indlæggelse.

Lt effekt af nitrospray, dog fortsat konstant trykkende smerter.

Paraklinisk: EKG: SR, HR 70, nyt ilkmn. inverteret T-tak i I og aVL.

...

Plan

Ad. Brystsmerter

rp. Nitro spray ved smerter pn

rp. Smerte EKG

rp. TNT akut

...

12.09.2025

...

Indlægges grundet brystsmerter.

...

D 8/9.

Ca kl 19 debut af trykkende retrosternale smerter uden udstråling. Opstod efter diskusison med ... Ingen udstråling, åndenød eller hjertebanken. Bedside ekko set til morgenkonf; EF let nedsat, an-tydningsvis apikal ballooning.

...

KAG viser glatvæggede normaltkalibrerede koronarkar.

Hø-dom system.

ikke SCAD.

MR Hjerne dd.

Lille område med subendokardialt LGE uden udbredt ødem - atypisk for både klassisk myokardit og stress-kardiomyopati. Fund kan være foreneligt med meget lille iskæmisk skade (mikrovasku-lær obstruktion / reperfusionsskade), alternativt non-specifikt fund.

LVEF normaliseret.

PLAN:

Gennemgå på intern kard konf. (...). Enighed om at vi ikke kommer uden om at give pt Non-STEMI/MINOCA diagnosen på baggrund af MR-fund.

Re-konfereres med ... overlæge ..., der ser KAG igennem for om der muligvis er en septal gren, der er afklemt, men ikke tegn til dette. Ikke lavet vinkulografi.

...

Da pt fortsat godt kan mærke brystubehag ved stress og fysisk aktivitet anbefales det at pt syge-meldes 3-4 uger og hjemme starter stille og roligt op med gradvis fysisk belastning.

Udskrives

...

Volumetrisk analyse

Venstre ventrikel: LVEDV: 182 ml (102 ml/m²) normal. LVESV: 72 ml (40 ml/m²). Slagvolumen: 110 ml (62 ml/m²). EF: 60 % - normal systolisk funktion. Myokardiemasse: 108 g (60 g/m²) - normal. Normal geomeri uden hypertrofi. Højre ventrikel: RVEDV: 193 ml (108 ml/m²) - normal. RVESV: 76 ml (42 ml/m²). Slagvolumen: 117 ml (66 ml/m²). EF: 61 % - normal. Atrier: Venstre atrium: volu-men 83 ml (46 ml/m²), EF 61 %. Højre atrium: volumen 80 ml (45 ml/m²), EF 63 %.

Klapper og perikardium. Normal klapmorfologi og bevægelighed. Ingen betydende stenose eller insufficiens. Perikardiet normalt.

Vævsanalyse. T2-mapping: Global værdi 62 +/- 12 ms (let øvre normalgrænse, men ikke udtalt forhøjet). Ingen sikre tegn på diffust ødem. LGE: Lille fokalt område med subendokardialt LGE i IVS, ikke typisk for stress-kardiomyopati eller myokardit. Kan repræsentere lille iskæmisk læsion eller evt. reperfusionsrelateret skade.

Konklusion: Normal biventrikulær størrelse og systolisk funktion. Ingen hypertrofi, ingen klapsygdom. Lille område med subendokardialt LGE uden udbredt ødem - atypisk for både klassisk myokardit og stress-kardiomyopati. Fund kan være foreneligt med meget lille iskæmisk skade (mikrovaskulær obstruktion / reperfusionsskade), alternativt non-specifikt fund."

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 18/9 2025:

"08.09.25 indlagt med brystmerter, EF bedside er let nedsat efterfølgende EF-måling ved MR er normal: 60% og der ses et lille område med et mindre subendokardialt infarkt (dødt område). Mindre enzymudslip. Man konkluderer, at det har været et NSTEMI uden forandringer i kranspulsårerne.

Konklusion:

- Diagnosen er minimal blodprop til hjertet d. 08.09.25
- Opfylder ikke KS, B betingelserne, idet EF er over 50%
- KS, C betingelserne er ikke opfyldt, idet der ikke er udført ballonudvidelse af kranspulsåre"

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 1/10 2025:

"01.10.2025

Medlem mener, at betingelserne er opfyldt, idet EF er målt til 50%. Problemet med EKKO er, at EF-angivelse hyppigt er usikker. Det gælder specielt ved 'bedside'-EKKO, i den akutte fase, hvor der her beskrives EF let nedsat 50%. MR d. 12.09.25 viser EF 60% og 'Fund der kan være foreneligt med meget lille iskæmisk skade'. KAG viser ingen blodprop og 09.09.25 angives det, at det mest sandsynligt er en variant af stresscardiomyopathi. 10.09.25: kardiologisk konference: 'vi har ingen klar diagnose', men nu ses nytilkomne iskæmiske EKGforandringer. 12.09.25: 'Vi kommer ikke uden om at give pt. NSTEMI/MINOCA diagnosen.'

Konklusion:

- Diagnosen er minimal blodprop til hjertet d. 08.09.25
- Opfylder ikke KS, B betingelserne, idet EF er over 50%
- KS, C betingelserne er ikke opfyldt, idet der ikke er udført ballonudvidelse af kranspulsåre

01.10.25

- Diagnosen er minimal blodprop til hjertet
- Opfylder symptomer, enzym- og EKG forandringer nævnt i KS, B
- Problemet er tolkning af EF målt ved en usikker metode i den akutte situation som let nedsat kontra en normal EF ved en sikker metode efter 3 dage
- I betingelserne angives det, at blodproppen har 'medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktion med EF 50% eller mindre
- Aktuelle minimale blodprop har ikke medført skade på hjertemusklen, når EF er 60% målt ved sikker metode

- Jeg vil anbefale, at min kollega vurderer sagen"

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 2 af 2/10 2025:

"Der skal henvises til [læge1's] forløbsbeskrivelser, der er retvisende, og som jeg kan tilslutte mig. KS pkt. B dækker større blodprop i hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktion (LVEF) til 50 pct. eller derunder. Normal LVEF er 60%. I det akutte indlæggelsesdøgn har bed-side ekkokardiografi (ultralydsundersøgelse af hjertet) ved sengekanten fundet nærnormal LVEF / LVEf på 50%. Det skal oplyses, at sådan ekkokardiografisk undersøgelse er en hurtig screening for alvorlige behandlingskrævende tilstande, og måling af LVEF er i denne forbindelse forbundet med en del usikkerhed. Ved ekkokardiografi er der en ret høj interobservatør måleusikkerhed ved måling af LVEF. Der foretages efter et par dage efter MR-skanning, der viser normal LVEF. Denne undersøgelse er mere koncis til at fastlægge korrekt LVEF. Konkluderes, at der er tale om en minimal myokardieskade. Det skal videre anføres, at der i den akutte fase kan indtræde 'stunning' af hjertemusklen, således at pumpefunktionen helt forbigående kan nedsættes.

Konklusion: Der er ikke holdepunkter for, at der hos medlemmet er indtrådt en skade på hjertemusklen med LVEF nedsat til 50 pct eller derunder. Jeg finder dermed i lighed med [læge1], at kriterierne for KS/pkt. B – større blodprop i hjertet ikke er opfyldte."

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 10/10 2025:

"

- Der er ikke påvist skade på hjertemusklen, der medfører en nedsat pumpefunktion til 50%
- EF målingen ved aktuelle EKKO er foretaget bedside og ukorrekt ift den korrekte EF målt ved MR • MR viser desuden kun yderst minimal (ikke større blodprop) iskæmisk område
- Diagnosen NSTEMI er af kardiologerne angivet som usikker og i så tilfælde 'minimal'
- Overskriften i KS, B er 'større blodprop...' og en EF på max 50%
- Det er ikke opfyldt"

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 27/10 2025:

"Resumé fra journal:

08.09.25 bedside-EKKO: nærnormal EF/let nedsat.

09.09.25 ny bedside EKKO: EF 50% med let hypokinesi af skillevæggen.

KAG viser glatvæggede normalkalibrerede koronarkar, ingen rift i karvæggene. Tilstanden tolkes som mest sandsynlig variant af stress-cardiomyopati, og der findes ikke indikation for blodfortyndende eller kolesterolsænkende medicin.

10.09.25: tolkes af kardiolog fortsat som ikke iskæmisk betinget.

12.09.25: MR viser lille område med subendokardialt skade forenelig meget 'meget lille iskæmisk skade, alternativt non-specifikt fund'. Normal EF på 61%.

Konference: KAG gennemses, og der er ingen tegn på blodprop eller afklemning af en sidegre til kranspulsårerne. 'Vi kommer ikke uden om at give pt. Non-STEMI/MINOCA (lille blodprop/dødt hjerteområde uden fund af obstruktion = blodprop eller forsnævring).' – hvorfra der startes blodfortyndende og kolesterol sænkende medicin.

Konklusion:

- KS, B inkluderer 'større blodprop i hjertet'.
- Aktuelle diagnose angives af kardiologerne som usikker men man kommer ikke uden om at behandle som var det en minimal blodprop.
- De første 2 x EF vurderinger er ved en 'bedside' EKKO og viser EF 50%. Denne EKKO-undersøgelse er ikke optimal men foretaget ved sengekanten og er hæftet med en vis usikkerhed – men korrekt at EKKO af Dansk Cardiologisk Selskab anbefales som standard undersøgelsen
- Imidlertid viser MR af hjertet betydelig mere accurate/precis mål for både EF og størrelsen af et dødt område
- MR viser EF helt normal og med kun minimal hjertecelle skade.
- Medlems referencer til KS, B-betingelsernes definerende underpunkter er forståelig
- Samlet finder jeg dog ikke, at KS, B betingelsernes angivelse af Større blodprop er opfyldt"

Det fremgår af forsikringsbetingelserne:

"§ 4 Definitioner for visse kritiske sygdomme

...

B. Større blodprop i hjertet – spontant myokardieinfarkt relateret til lukket koronararterie

Dækningen omfatter et pludseligt (akut) opstået henfald (nekrose) af en del af hjertets muskelvæv, som følge af en ophørt eller utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktionen (LVEF) til 50 pct. eller derunder.

Diagnosen anses for stillet, når der i forbindelse med episoden har været en klar og entydig diagnostisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin I og T), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet (over 99 pct. – percentilen), samtidig med at mindst to af følgende kriterier er opfyldt:

- Tilstedeværelse af karakteristiske kliniske symptomer på akut iskæmi som brystubehag, dyspnø eller arytmie.
- EKG-forandringer tydelige på nyopstået iskæmi i form af nye ST-ændringer, inverterede T-takker eller nyt venstresidigt grenblok.
- Billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv på MR-scanning eller ekkokardiografi med LVEF på 50 pct. eller derunder.
- Identifikation af en intrakoronar trombe ved koronarangiografi (KAG).

Diagnosen skal være stillet på en hjerteafdeling eller af en kardiologisk speciallæge.

Dækningen omfatter ikke:

- AKS uden sikre tegn på myokardienekrose
- Myokardieinfarkt i forbindelse med PCI eller CABG (type 4 og 5)."

Nævnet udtaler:

Klageren anmodede den 16/9 2025 om udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme som følge af en større blodprop i hjertet. Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at

klageren ikke opfylder forsikringsbetingelsernes § 4, litra B. Klageren ønsker forsikringssummen udbetalt.

Klageren har anført, at hun opfylder § 4, litra B's tre kriterier om "-tilstedeværelse af karakteristiske kliniske symptomer på akut iskæmi i form af brystmerter, -billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv på MR-skanning og -ekkokardiografi med LVEF på 50%". Blodprøverne den 8/9 2025 viste en klar stigning i troponiner, og den 9/9 2025 var der fortsat brystmerter, hvor der blev foretaget EKKO med LVEF på 50 %. MR af 12/9 2025 viste nyttilkommet tab af hjertemuskelvæv, men normal LVEF på 60 %. Klageren har anført, at man ikke ud fra en MR-skanning, der blev lavet fire dage senere, kan sige noget sikkert om, hvad LVEF ville have været, hvis skanningen var lavet ved indlæggelsen. Man kan heller ikke ud fra den senere MR-skanning konkludere, hvor stor blodproppen var. I forsikringsbetingelsernes kriterier er der ikke angivet noget om omfanget af skaden ved MR-skanning, men kun om der ses tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv. Klageren har anført, at selskabets lægekonsulenter ensidigt har fokuseret på EKKO og MR og ikke har forholdt sig til de øvrige kriterier (troponin/enzymudvikling, symptomer og EKG). I kriterierne er det ikke angivet, at man både skal have en EF på 50% eller derunder samt tegn på iskæmisk skade ved MR. I kriterierne er der angivet 'eller'. Det første døgn blev der lavet en EKKO, der viste en LVEF på 50%. Dette er en af kriterierne selskabet har opstillet for en større blodprop. Der står intet i kriterierne om, at klageren skal have en vedvarende lav LVEF på 50% eller derunder. Klageren har anført, at hun opfyldte kriterierne om diagnosen større blodprop i hjertet "trykkende retrosternale smerter i brystet", "sufficient stigning i enzymer", "LVEF 50%" og "iskæmisk skade ved MR-skanning", og at kardiologernes vurdering ikke er, at diagnosen er usikker, men at MR-skanning netop bekræftede, at der er tale om en blodprop Non-STEMI.

Selskabet har anført, at dækningen i forsikringsbetingelsernes § 4, litra B omfattede en større blodprop i hjertet. Det fremgår af journaloplysningerne, at der er tale om en meget lille iskæmisk skade. Desuden fremgår det af MR-skanningen, at LVEF er normaliseret. På baggrund af journaloplysninger har lægekonsulenterne vurderet, at klageren ikke opfylder betingelserne for dækning.

Det fremgår af journalnotat fra hospital af 8/9 2025, at "debut af trykkende retrosternale smerter uden udstråling ... Ingen udstråling, åndenød eller hjertebanken. Bedside ekko set til morgenkonf; EF let nedsat, antydningssvis apikal ballooning".

Det fremgår af journalnotat fra hospital af 9/9 2025, at "Tidl kardiel rask indl med trykkende brystsmerter. Fasisk forhøjet TnT. EKG uden iskæmi. Tele ia. Bedside ekko set til morgenkonf; EF let nedsat, antydningssvis apikal ballooning. Pt har haft trykken hele natten, fraset kort periode på 1-2 t hvor hun fik morfin og faldt i søvn. NTG s.l. med let lindring men fjerner ikke helt smerterne. Indikation for: rp NTG-drop, rp morfin iv pn".

Det fremgår af journalnotat fra hospital af 12/9 2025, at "KAG viser glatvæggede normaltkalibrerede koronarkar. Hø-dom system. ikke SCAD. MR Hjerter dd. Lille område med subendokardialt LGE uden udbredt ødem - atypisk for både klassisk myokardit og stress-kardiomyopati. Fund kan være foreneligt med meget lille iskæmisk skade (mikrovaskulær obstruktion/reperfusionsskade), alternativt non-specifikt fund. LVEF normaliseret. PLAN: Gennemgås på intern kard konf. ... Enighed om at vi ikke kommer uden om at give pt Non-STEMI/MINOCA diagnosen på baggrund af MR-fund. Re-konfereres med ... overlæge ..., der ser KAG igennem for om der muligvis er en septal gren, der er afklemmt, men ikke tegn til dette. Ikke lavet vintrikulografi".

Det fremgår af journalnotat fra hospital af 12/9 2025, at "Volumetrisk analyse Venstre ventrikel: LVEDV: 182 ml (102 ml/m²) normal. LVESV: 72 ml (40 ml/m²). Slagvolumen: 110 ml (62 ml/m²). EF: 60 % - normal systolisk funktion. Myokardiemasse: 108 g (60 g/m²) - normal. Normal geomeri uden hypertrofi. Højre ventrikel: RVEDV: 193 ml (108 ml/m²) - normal. RVESV: 76 ml (42 ml/m²). Slagvolumen: 117 ml (66 ml/m²). EF: 61 % - normal. Atrier: Venstre atrium: volumen 83 ml (46 ml/m²), EF 61 %. Højre atrium: volumen 80 ml (45 ml/m²), EF 63 %".

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 18/9 2025, at "08.09.25 indlagt med brystsmerter, EF bedside er let nedsat efterfølgende EF-måling ved MR er normal: 60% og der

ses et lille område med et mindre subendokardielt infarkt (dødt område). Mindre enzymudslip. Man konkluderer, at det har været et NSTEMI uden forandringer i kranspulsårerne. Konklusion: •Diagnosen er minimal blodprop til hjertet d. 08.09.25 •Opfylder ikke KS, B betingelserne, idet EF er over 50% •KS, C betingelserne er ikke opfyldt, idet der ikke er udført ballonudvidelse af kranspulsåre".

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 1/10 2025, at "Medlem mener, at betingelserne er opfyldt, idet EF er målt til 50%. Problemet med EKKO er, at EF-angivelse hyppigt er usikker. Det gælder specielt ved 'bedside'-EKKO, i den akutte fase, hvor der her beskrives EF let nedsat 50%. MR d. 12.09.25 viser EF 60% og 'Fund der kan være foreneligt med meget lille iskæmisk skade'. KAG viser ingen blodprop og 09.09.25 angives det, at det mest sandsynligt er en variant af stresscardiomyopathi. 10.09.25: kardiologisk konference: 'vi har ingen klar diagnose', men nu ses nytilkomne iskæmiske EKGforandringer. 12.09.25: 'Vi kommer ikke uden om at give pt. NSTEMI/MINOCA diagnosen.' Konklusion: •Diagnosen er minimal blodprop til hjertet d. 08.09.25 •Opfylder ikke KS, B betingelserne, idet EF er over 50% •KS, C betingelserne er ikke opfyldt, idet der ikke er udført ballonudvidelse af kranspulsåre. 01.10.25 •Diagnosen er minimal blodprop til hjertet •Opfylder symptomer, enzym- og EKG-forandringer nævnt i KS, B •Problemet er tolkning af EF målt ved en usikker metode i den akutte situation som let nedsat kontra en normal EF ved en sikker metode efter 3 dage •I betingelserne angives det, at blodproppen har 'medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktion med EF 50% eller mindre •Aktuelle minimale blodprop har ikke medført skade på hjertemusklen, når EF er 60% målt ved sikker metode".

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 2 af 2/10 2025, at "Der skal henvises til [læge1's] forløbsbeskrivelser, der er retvisende, og som jeg kan tilslutte mig. KS pkt. B dækker større blodprop i hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktion (LVEF) til 50 pct. eller derunder. Normal LVEF er 60%. I det akutte indlæggelsesdøgn har bedside ekkokardiografi (ultralydsundersøgelse af hjertet) ved sengekanten fundet nærmormal LVEF/ LVEF på 50%. Det skal oplyses, at sådan ekkokardiografisk undersøgelse er en hurtig screening for alvorlige behandlingskrævende tilstande, og måling af LVEF er i denne forbindelse

forbundet med en del usikkerhed. Ved ekkokardiografi er der en ret høj interobservatør måleusikkerhed ved måling af LVEF. Der foretages efter et par dage efter MR-skanning, der viser normal LVEF. Denne undersøgelse er mere koncis til at fastlægge korrekt LVEF. Konkluderes, at der er tale om en minimal myokardieskade. Det skal videre anføres, at der i den akutte fase kan indtræde 'stunning' af hjertemusklen, således at pumpefunktionen helt forbigående kan nedsættes. Konklusion: Der er ikke holdepunkter for, at der hos medlemmet er indtrådt en skade på hjertemusklen med LVEF nedsat til 50 pct eller derunder. Jeg finder dermed i lighed med [læge1], at kriterierne for KS/pkt. B – større blodprop i hjertet ikke er opfyldte".

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 10/10 2025, at "•Der er ikke påvist skade på hjertemusklen, der medfører en nedsat pumpefunktion til 50% •EF målingen ved aktuelle EKKO er foretaget bedside og ukorrekt ift den korrekte EF målt ved MR •MR viser desuden kun yderst minimal (ikke større blodprop) iskæmisk område •Diagnosen NSTEMI er af kardiologerne angivet som usikker og i så tilfælde 'minimal' •Overskriften i KS, B er 'større blodprop...' og en EF på max 50% •Det er ikke opfyldt".

Det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 27/10 2025, at "Resumé fra journal: 08.09.25 bedside-EKKO: nærnormal EF/let nedsat. 09.09.25 ny bedside EKKO: EF 50% med let hypokinesi af skillevæggen. KAG viser glatvæggede normalkalibrerede koronarkar, ingen rift i karvæggene. Tilstanden tolkes som mest sandsynlig eb variant af stress-cardiomyopathi, og der findes ikke indikation for blodfortyndende eller kolesterolsænkende medicin. 10.09.25: tolkes af kardiolog fortsat som ikke iskæmisk betinget. 12.09.25: MR viser lille område med subendokardialt skade forenelig med 'meget lille iskæmisk skade, alternativt non-specifikt fund'. Normal EF på 61%. Konference: KAG gennemses, og der er ingen tegn på blodprop eller afklemning af en sidegre til kranspulsårerne. 'Vi kommer ikke uden om at give pt. Non-STEMI/MINOCA (lille blodprop/dødt hjerteområde uden fund af obstruktion = blodprop eller forsnævring).' – hvorfra der startes blodfortyndende og kolesterol sænkende medicin. Konklusion: •KS, B inkluderer 'større blodprop i hjertet'. •Aktuelle diagnose angives af kardiologerne som usikker men man kommer ikke uden om at behandle som var det en minimal blodprop. •De første 2 x EF vurderinger er ved en 'bedside' EKKO og viser EF 50%. Denne EKKO-

undersøgelse er ikke optimal men foretaget ved sengekanten og er hæftet med en vis usikkerhed – men korrekt at EKKO af Dansk Cardiologisk Selskab anbefales som standardundersøgelsen •Imidlertid viser MR af hjertet betydelig mere accurate/precis mål for både EF og størrelsen af et dødt område •MR viser EF helt normal og med kun minimal hjertecelle skade. •Medlems referencer til KS, B-betingelsernes definerende underpunkter er forståelig •Samlet finder jeg dog ikke, at KS, B betingelsernes angivelse af Større blodprop er opfyldt".

Det fremgår af forsikringsbetingelserne § 4, litra B, at "Dækningen omfatter et pludseligt (akut) opstået henfald (nekrose) af en del af hjertets muskelvæv, som følge af en ophørt eller utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet, der har medført skade på hjertemusklen og nedsat pumpefunktionen (LVEF) til 50 pct. eller derunder. Diagnosen anses for stillet, når der i forbindelse med episoden har været en klar og entydig diagnostisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin I og T), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet (over 99 pct. – percentilen), samtidig med at mindst to af følgende kriterier er opfyldt: • Tilstedeværelse af karakteristiske kliniske symptomer på akut iskæmi som brystubehag, dyspnø eller arytmi. • EKG-forandringer tydende på nyopstået iskæmi i form af nye ST-ændringer, inverterede T-takker eller nyt venstresidigt grenblok. • Billeddiagnostisk evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemuskulvæv på MR-scanning eller ekkokardiografi med LVEF på 50 pct. eller derunder. • Identifikation af en intrakoronar trombe ved koronarangiografi (KAG). Diagnosen skal være stillet på en hjerteafdeling eller af en kardiologisk speciallæge. Dækningen omfatter ikke: • AKS uden sikre tegn på myokardienekrose • Myokardieinfarkt i forbindelse med PCI eller CABG (type 4 og 5)".

Nævnet bemærker, at det er klageren, der skal bevise rigtigheden af sit krav.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hun opfylder forsikringsbetingelsernes § 4, litra B, hvorfor nævnet ikke kan pålægge selskabet at yde dækning.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at forsikringen dækker "større blodprop i hjertet", og at forsikringsbetingelsernes krav – om evidens for nyttilkommet tab af funktionsdygtigt hjertemu-

skelvæv med LVEF på 50 pct. eller derunder – må forstås således, at hjertemuskulaturen over en rimelig periode skal være under 50 % således, at der er et reelt tab af funktionsdygtigt hjertemuskelvæv.

Nævnet har i den forbindelse lagt vægt på, at det fremgår af journalnotat fra hospital af 8/9 2025, at der er " Ingen udstråling, åndenød eller hjertebanken. Bedside ekko set til morgenkonf; EF let nedsat, antydningssvis apikal ballooning".

Det fremgår af journalnotat fra hospital af 12/9 2025, at "MR Hjerter dd. Lille område med subendokardialt LGE uden udbredt ødem - atypisk for både klassisk myokardit og stresskardiomyopati. Fund kan være foreneligt med meget lille iskæmisk skade (mikrovaskulær obstruktion / reperfusionsskade), alternativt non-specifikt fund. LVEF normaliseret". Det fremgår af videre af notat af 12/9 2025, at "EF: 60 % -normal systolisk funktion. Myokardiemasse: 108 g (60 g/m^2) - normal. Normal geometri uden hypertrofi. Højre ventrikel: RVEDV: 193 ml (108 ml/m^2) - normal. RVESV: 76 ml (42 ml/m^2). Slagvolumen: 117 ml (66 ml/m^2). EF: 61 % - normal. Atrier: Venstre atrium: volumen 83 ml (46 ml/m^2), EF 61 %. Højre atrium: volumen 80 ml (45 ml/m^2), EF 63 %".

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af selskabets lægekonsulent 2's vurdering af 2/10 2025, at "Der skal henvises til [læge 1's] forløbsbeskrivelser, der er retvisende, og som jeg kan tilslutte mig. ... der er tale om en minimal myokardieskade. Det skal videre anføres, at der i den akutte fase kan indtræde 'stunning' af hjertemusklen, således at pumpefunktionen helt forbigående kan nedsættes. Konklusion: Der er ikke holdepunkter for, at der hos medlemmet er indtrådt en skade på hjertemusklen med LVEF nedsat til 50 pct eller derunder. Jeg finder dermed i lighed med [læge 1], at kriterierne for KS/pkt. B – større blodprop i hjertet ikke er opfyldte".

Nævnet har videre lagt vægt på, at det fremgår af vurdering fra selskabets lægekonsulent 1 af 10/10 2025, at "Der er ikke påvist skade på hjertemusklen, der medfører en nedsat pumpefunk-

Ankenævnet for Forsikring

20.

104760

tion til 50% ... Diagnosen NSTEMI er af kardiologerne angivet som usikker og i så tilfælde 'minimal', Overskriften i KS, B er 'større blodprop...' og en EF på max 50%, Det er ikke opfyldt".

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

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Thønnings'.

Peter Thønnings