Ankenævnet for Forsikring

935/14

Den 17. marts 2014 blev i sag nr. 85.019:

xxxxxx xxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxx x
xxxxxx xxxxxxxx

mod

P/F Tryggingarfelagid LÍV
Postsmoga 206
110 Tórshavn
Færøerne

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har LÍV forsikring med dækning for visse kritiske sygdomme i P/F Tryggingarfelagid LÍV. Han klager over, at selskabet har afvist at yde forsikringsdækning for blodprop i hjertet, ballonudvidelse ved kranspulsåreforkalkning og livstruende hjerterytmeforstyrrelse med indsættelse af ICD-enhed.

Selskabet har i første række henvist til, at klageren i 2008 havde blodprop i hjertet og i anden række til, at klagerens hjerterytmeforstyrrelse ikke har været livstruende.

Klageren har i klage til nævnet den 8/9 2013 krævet udbetaling ved kritisk sygdom og har til støtte herfor bl.a. anført:

> "**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen. Supplerende redegørelse kan evt. vedlægges.** Efter jeg fik hjerteproblemer den 15-02-2013, blev jeg akut indlagt på hospital først på … siden overflyttet til …[hospital] i …. Som del af lægernes behandlingsplan fik jeg indopereret en ICD enhed for at behandle ventrikulær takykardi. Jeg kontaktede min forsikring LÍV, om at udbetale kr. 100.000,00 som jeg ifølge min police 'Samlagstrygging nr. …har ret til, ved kritisk sygdom (hættislig sjúka¸)."

Klageren har i sin anmeldelse til selskabet dateret 18/2 2013 blandt andet oplyst, at han i 2008 havde blodprop i hjertet.

2. 85.019

Af hospitalsjournal af 29/7 2008 fremgår bl.a.:

"DIAGNOSER:
A DI214 Non-ST-elevations AMI, non-Q-tak
B DI109 Hypertensio arterialis essentialis
…
EPIKRISE: 48-årig mand overflyttes fra … med henblik på koronar arteriografi efter non-ST-elevationsinfarkt den 16.07.08. Ved koronararteriografi findes distal CX stenose på 80 %. Der anbefales medicinsk behandling, men hvis der fremover er angina, kan PCI udføres med sidegrens risiko."

Af hospitalsjournal af 16/2 2013 fremgår bl.a.:

"DIAGNOSER:
A DI210B Anteriort ST-elevations AMI m Q-taksudvikling
B DE780 Hyperkolesterolæmi
B DI109 Essentiel hypoertension
B DI500 Kronisk hjerteinsufficiens
…
EPIKRISE:
52-årig mand som i 2008 var her efter et mindre non-STEMI med en stenose i ramus circumflexus på 80 %, som ikke er invasivt behandlet. Pt. mindes ikke at have haft angina før inden for de sidste 6-8 mdr. Pt. har forsøgt både Simvastatin og Rosovastatin, men måtte seponere dette grundet muskel- og ledbivirkninger.
Har endvidere forsøgt betablokade, men tolererer ikke dette grundet Reneaut fænomen, der forværres voldsomt
Aktuelt indlægges pt. i … grundet svære brystsmerter om aftenen den 15.02.13.
Der gives trombolyse-behandling med Rapolysin ca. 22:30, der ses ST-resolution, men smerterne vedvarer trods NTG og morfin.
Pt. overflyttes hertil til akut koronararteriografi, som gennemføres den 16-02-13 klokken 17:30. Man finder en subokkluderet ramus descendens anterior, og en stenose på 1. sidegren, der ballondilateresIlansen, og indsættes 2 drug eluting Xience stents med godt resultat.
Der er en uændret, stenose, som set i 2008 på ramus circum flexus et stykke ude, som ikke er behandlet.
Pt. har en del ventrikulær ektopi, og et timer varende anfald med hurtig atrieflimren, der er givet bolus Cordarone i.v. nogle gange. Ekkokardiografi viser LVEF på 20 %, der er ingen klapsygdom. Infarktstørrelsen bekræftes af troponin-T max. 14200, CK-MB større end 600.
Pt. er initialt uden klinisk inkompensation, men et par dage inden i forløbet er der lungestase, og det bliver væsentligt bedre, efter pt. har fået diuretika.
Efter konference enes vi om, at tilbyde pt. en ICD-enhed under denne indlæggelse og ikke vente de sædvanlige 2 mdr. da pt. er bosat …. Der er, den 20.02.13 indsat en 1-enkelt kammer Sct. Jude ICD uden problemer."

Af hospitalsjournal af 17/2 2013 fremgår bl.a.:

"Patienten fik i går åbnet midt LAD som vurderedes at være culprit. Her til morgen kort løb af non-sustanined VT, 4 sek., frekvens 145. Der er taget EKG, der viser forværring i ST-elevation i V2-V4 i sammenligning med ekg før procedure. Patienten angiver at have haft trykkende fornemmelse i brystet faktisk siden proceduren, uændret VAS 2-3."

Af samme journal den 20/2 2013 fremgår bl.a.:

"Implantation af enkeltkammer St. Jude ICD, indikation iskæmisk hjertelidelse EF 25 % nyligt infarkt, men da pt er fra …, har man valgt ICD på nuværende tidspunkt i lokal anæstesi."

Af epikrise af 20/3 2013 fremgår bl.a.:

"Pt. bliver indlagt 8.3.2013 fordi han følte sig dårlig. Har STEMI og var på …
Ny ekkokardiografi viser LVEF ca. 25 — 30 %. Pt. er temmelig forstyrret af medicinen han får. Der vælges at seponere Spirix og give tabl. Inspira i stedet.
Og så bliver der stadsfæstet, at pt. har diabetes type II og bliver sat i behandling med tabl. Metformin.
Bliver henvist til kostvejleder og øjenlæge og bliver bedt om at gå til kommunelægen og få henvisning til fodpleje.
UL af leveren blev foretaget under indlæggelse for at se, om pt. kunne have staselever. I stedet bliver der fundet tegn til to metastaser. Biopsi bliver taget 19.3.2013, som bliver sendt til … til undersøgelse.
Bliver indkaldt til at få svar enten før eller efter påske. Bliver dog foreløbigt udskrevet og bliver så fulgt i hjertesvigtambulatoriet."

Endelig fremgår det af en overlæges brev af 7/6 2013 til selskabet:

"[Klageren] har kronisk iskæmisk hjertesygdom.

I februar 2013 havde patienten STEMI (ST-elevations myokardieinfarkt), og som følge af dette har patienten fået svær hjerteinkompensation med lav systolisk funktion.

Som nævnt i epikrisen fra …[hospital], har patienten under indlæggelsen ventrikulær ektopisk arytmi. Indikationen for ICD-enhed hos denne patient er således primær profylakse, det vil sige iskæmisk hjertesygdom, LVEF under 35 % og NYHA-klasse II - foruden ventrikulær ektopi."

Selskabet har over for nævnet i brev af 30/9 2013 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor anført:

"Ovennævnte har gennem sin fagforening været gruppelivsforsikret hos Liv for bl.a. visse kritiske sygdomme siden 1. december 2011.

I forbindelse med, at [klageren] den 15. februar 2013 fik hjertesvigt og i denne forbindelse fik indsat en ICD-enhed, har han den 3. marts 2013 søgt om forsikringsudbetaling for visse kritiske sygdomme, men har fået afslag under henvisning til forudbestående lidelse 'blodprop i hjertet i 2008', og fordi kriterierne for udbetaling ved 'Livstruende hjerterytmeforstyrrelse med indsættelse af ICD-enhed' ikke er opfyldt jvf. forsikringsbetingelserne § 9. E.

Det fremgår af journalnotat fra …[hospital] den 20. februar 2013, 'at indikationen for implantation af ICD-enhed er: iskæmisk hjertelidelse, EF på 25 % og nyligt hjerteinfarkt'. Der foreligger ikke dokumentation for livstruende ventriculær takyarytmi.

Vi har gennemgået den fremsendte udtalelse dateret 7. juni 2013 fra overlæge … og drøftet sagen med vores kardiologiske lægekonsulent.

Det fremgår af …[hospital] epikrise fra den 22. februar 2013, at forsikrede har haft en del ventriculær ektopi, samt at ekkokardiografi viser LVEF på 20 %. Det fremgår videre, at man på konference er blevet enige om at tilbyde forsikrede en ICD-enhed under indlæggelsen og ikke vente de sædvanlige 2 mdr., da forsikrede er bosat …

Det fremgår af journalnotat fra …[hospital] fra den 17.2.2013, at forsikrede har haft et kort løb af ventriculær takycardi på 4 sekunder i forbindelse med hjerteinfarktet. Da det efterfølgende fremgår af journalnotat fra den 20.2.2013, at indikationen er iskæmisk hjertelidelse med EF på 25 % og nyligt hjerteinfarkt, mener vi ikke, at der foreligger dokumentation for livstruende ventriculær takyarytmi.

Vi er således enige med overlæge …i, at ICD-enheden er implanteret som primær profylakse - ikke pga. dokumenteret livstruende ventriculær takyarytmi."

Af lægefaglige it-adresser via Google fremgår bl.a.:

"AMI*:*
Diagnostiske kriterier:
Signifikant stigning (troponin-T >0,10 mg/l) eller stigning og fald (CK-MB) i biokemiske markører, sammen med mindst en af følgende :

- kliniske symptomer på myokardieiskæmi
- udvikling af patologiske Q takker i ekg
- ekg forandringer forenelige med iskæmi (ST elevation og / eller ST depression)
- koronar intervention, f. eks. PTCA

Diagnosen kan også stilles retrospektivt på grundlag af udvikling af nye patologiske Q takker i serie ekg"er, med eller uden symptomer, hvis biokemiske markører af tidsmæssige grunde ikke er diagnostisk valide, eller patoanatomisk ved sektion.
…
En patologisk Q-tak
Patologiske Q-bølger er et tegn på **forrige myokardieinfarkt.** De er resultatet af fraværet af elektrisk aktivitet. En myokardieinfarkt kan opfattes som en elecrical 'hul' som arvæv er elektrisk død, og derfor resulterer i patologiske Q-bølger. Patologiske Q-bølger er ikke et tidligt tegn på myokardieinfarkt, men **normalt tage flere timer til dage at udvikle.** Når patologiske Q-bølger har udviklet de sjældent går væk. Men hvis myokardieinfarkt er reperfunderes tidligt (fx som et resultat af perkutan koronar intervention) bedøvet myocardievæv kan komme sig og patologiske Q-tak forsvinder. I alle andre situationer, de **normalt vedvare på ubestemt tid."**

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 2.**
…
For de i § 9 nævnte dækninger gælder følgende begrænsninger:
Hvis forsikrede inden forsikringstidens begyndelse eller i karensperioden, har fået diagnosticeret eller modtaget behandling for en sygdom, der var eller ville være omfattet af disse forsikringsbetingelser, bortfalder forsikringsdækningen for den pågældende diagnosegruppe. I denne sammenhæng er diagnosetidspunktet det afgørende, ikke det tidspunkt forsikrede får kendskab til diagnosen.

Såfremt forsikrede inden forsikringstiden har fået stillet diagnosen efter § 9 B (blodprop i hjertet) eller § 9 C (bypass-operation/ballonudvidelse), er forsikrede ikke omfattet af hverken § 9 B eller C.

…

§ 9.

…

B. Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt)

Akut opstået henfald i en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på mindst to af følgende tre kriterier:

- Sygehistorie med typiske, vedvarende brystsmerter.
- Samtidig opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen: akut myokardieinfarkt.
- Samtidig signifikant forhøjelse af blodværdierne for relevante enzymer, først og fremmest CK-MB.

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

C. Bypass-operation eller ballonudvidelse ved kranspulsåreforkalkning.

Planlagt eller foretaget hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering), omfattende én eller flere kranspulsårer, med anlæggelse af vene og/eller arterie grafts udført hos personer med intraktabel angina pectoris. Ballonudvidelse med eller uden stentanlæggelse sidestilles med operation, og i dette tilfælde skal operationen være gennemført, før udbetaling kan ske.

Krav: Ved planlagt operation er det et krav, at forsikrede er accepteret på venteliste.

…

E. Livstruende hjerterytmeforstyrrelse med indsættelse af ICD-enhed.

Planlagt eller foretaget indsættelse af ICD-enhed (**I**mplanterbar **C**ardioverter-**D**efibrillator) pga. livstruende abnorm hjerterytme.

Krav: Der skal foreligge dokumentation for livstruende ventrikulær takyarytmi. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste."

Nævnet udtaler:

Nævnet finder efter sin gennemgang af sagen at kunne lægge til grund, at klageren i 2008 blev diagnosticeret med blodprop i hjertet. Han blev omfattet af forsikringen i 2011.

Klageren blev igen diagnosticeret med blodprop i hjertet den 16/2 2013. I medfør af forsikringsbetingelserne § 2 kan der ikke ydes dækning for en diagnose, hvis forsikrede allerede inden forsikringens tegning har fået stillet samme diagnose. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist dækning under henvisning hertil.

Klageren har endvidere henvist til diagnosen under § 9 E - livstruende hjerterytmeforstyrrelse med indsættelse af ICD-enhed. Det er et krav, at der skal foreligge dokumentation for livstruende ventrikulær takyarytmi. Ifølge overlægens udtalelse af 7/6 2013 havde klageren STEMI (ST-elevation myokardieinfarkt), og som følge af dette har han fået svær hjerteinkompensation med lav systolisk funktion. Af journalnotat fra 20/2 2013 fremgår, at indikationen for implantation af ICD er iskæmisk hjertelidelse EF 25 % nyligt infarkt. På baggrund heraf finder nævnet, at klageren ikke har dokumenteret livstruende ventrikulær takyarytmi, som krævet i forsikringsbetingelserne.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand