Ankenævnet for Forsikring

934/14

Den 19. februar 2014 blev i sag nr. 85.101:

xxxxxxx xxxxx xxxxxxx
xxxxxxxx xxx xxxxx
xxxx xxxxxxxx

mod

PKA+Pension
Forsikringsselskab A/S
Tuborg Boulevard 3
2900 Hellerup

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har gruppeforsikring med dækning for visse kritiske sygdomme i PKA+Pension. Hun klager over, at selskabet har afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom i forbindelse med en anmeldt kritisk sygdom (blodprop i hjertet).

Selskabet har afvist dækning med henvisning til, at hun ikke opfylder diagnosekriterierne, der er angivet i forsikringsbetingelserne.

I ansøgning om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme af 3/7 2013 har hun anført, at hun er blevet diagnosticeret med:

"Afklemning af hjertekranspulsåre AMI den 24/6 2013."

Af hospitalsjournal af 24/6 2013 fremgår bl.a.:

"**EKG**
Vurdering: Abnormt
Suppl. beskrivelse: Q-tak
…
58-årig kvinde indlagt i går obs. AKS. 2 dages anamnese med trykkende strammende brystsmerter, når pt. bukker sig fremover, men beskriver netop smerterne af en karakter som om der var bundet noget stramt omkring thorax på hende.
Fik Nitoglycerin og smertestillende i ambulancen med umiddelbar effekt. Har ikke i løbet af natten haft brystsmerter.
Paraklinisk Tnt på 43 og CMKB ved indlæggelsen på 4,2, i dag faldet til 3,5 i 2. hold markører. "

Af udskrivningsepikrise den 26/6 2013 fremgår bl.a.:

"AKTIONSDIAGNOSE:
A DI214 - Non-ST-elevations akut myokardieinfarkt uden Q-taksudvikling + AZAC4 - højt specialiseret funktion
ANDRE DIAGNOSER OG OPERATIONER:
26-06-2013 kl. 14:40: Operation KFNG05 - Perkut. translum. plastik på kor-a. (PTCA) m. stent + KZFX52 - anvendelse af drug eluting stent
+ KZFX20 - Perkutan lukning af kateteradgang
…
Brystsmerter igennem 5 dage og lidt forhøjede koronarmarkører.
KAG på RH Viborg viser en kort Cx stenose efter afgangen af 1. obtusus. Ekkokardigrafi normal. Pt. har fortsat haft smerter d.d. Der foretages indstik via hø. a. femoralis, hvor der er gammelt hæmatom, og noget dybtliggende arterie og prædilaterer stenosen i Cx og randomiseres i Sortout VII til Orsiro stent. Er med i OCT delen, og foretager OCT før og efter stentning. Der er foretaget efterdilation med højtryksballon i stenten med 2% distalt og 3-0 proksimalt for obstuskarret.
Skal komme til kontrol KAG inkl. OCT om 13 mdr. og er lukket med Angio-Seal i hø. a. femoralis til umiddelbar hæmostase og Cont. Brilique 90 mg x 2 i et år. Cont. Hjertemagnyl livslangt. Kan udskrives senere i dag ved stabile forhold i lysken."

Af andet hospitals udskrivningsepikrise af 28/6 2013 fremgår bl.a.:

"Sættes i statinbehandling og antitrombotisk behandling med livslang Hjertemagnyl og Brilique i 1 år. Sættes også i beskeden betablokkerdosis, som kan seponeres efter 2 år og evt. tidligere hvis der er symptomer.
Pt har kun haft et ganske beskedent myokardieinfarkt og betablokkerbehandling har næppe prognostisk betydning hos denne pt., og målblodtrykket hos en hjerteiskæmiker uden øvrige komplikationer er også = 130/80 mmHg."

Selskabet har i brev af 15/7 2013 afvist at yde forsikringsdækning. Det fremgår bl.a.:

"**Derfor får du afslag**
Af de helbredsoplysninger du har medsendt fra Regionshospitalet Viborg samt Aarhus Universitetshospital, fremgår det, at du blev indlagt i juni 2013 på grund af to dage med brystsmerter. Du fik taget blodprøver, som viste meget små stigninger i de biokemiske markører. Derudover fik du foretaget en EKG, som lægerne har beskrevet som uden signifikante forandringer. Endvidere fik du foretaget en KAG, som påviste 1-karssygdom, som du fik behandlet med en ballonudvidelse og indsættelse af stent. Lægerne konkluderede, at du har haft en ganske beskeden blodprop i hjertet uden Q-taks udvikling.

Selv om det fremgår af journalen, at du har haft en lille blodprop i hjertet, opfylder din diagnose ikke betingelsen om, at du skal opfylde mindst to af tre tillægskriterier. Endvidere har du fået konstateret en meget lille blodprop i hjertet og forsikringen dækker kun blodpropper af svær grad. Du opfylder derfor ikke betingelserne for udbetaling af summen."

I sin klage til nævnet af 23/9 2013 har klageren krævet udbetaling af sum ved kritisk sygdom og har til støtte herfor i supplerende redegørelse bl.a. anført:

"I afslaget anfører man, at diagnosen N-stemi uden Q tak er stillet og at koronar angiografi (KAG) ikke kan sidestilles med de under punkt c nævnte, hvorfor betingelserne ikke er opfyldt.

Denne afgørelse er jeg svært utilfreds med af følgende årsager. Punkt a er opfyldt, hvilket man ikke har anfægtet.

Ad punkt b
Ifølge Dansk Cardiologisk Selskabs anbefalinger af 17.03.2013 er n-stemi et AMI uden ændring af ST segmentet i EKG-et og ifølge deres anbefalinger skal der foretages PCI (indlæggelse af stent) så snart diagnosen er stillet.

Dette blev foretaget i mit tilfælde.
I anbefalingen (page 3) anføres det om n-stemi, at en del patienter har normalt EKG.

Ad punkt c
I selskabets anbefaling findes der alene indikation for mr scanning ved mistanke om aortadissektion og for ekkocardiografi hos hæmodynamisk ustabile patienter eller ved mistanke om komplikation. Myoscintegrafi er ikke nævnt.
De nævnte undersøgelser er jo også 'at gå over åen efter vand' i langt de fleste tilfælde, da KAG er ligeså oplysende. og ved samtidig indlæggelse af stent, endda kurativt.
Det er vist desuden de færreste 1. gangs AMI-er, om nogen, hvor undersøgelserne kan vise fornyet tab af muskulatur.

I konklusionen fremkommer. at der ikke foreligger et svært AMI. Dette er vel hovedårsagen til, at man afviser udbetaling.

Ordet svært er - svært værdiladet og hører efter min opfattelse ikke med i en forsikring.
…
Jeg er af den opfattelse af mit tilfælde opfylder 2 af de 3 (a og b) opstillede kriterier, hvilket er det, der kræves.

Punkt a) er ikke anfægtet: punkt b: der har været forandringer på EKG som sammenholdt med anamnese, blodprøver mm har medført at diagnosen nstemi = myocardieinfakt = utilstrækkelig blodforsyning til en del af hjertet har kunnet stilles.

At punkt c i bund og grund er noget sludder hos førstegangs AMI ændrer intet ved dette, og gælder udbetalingen kun ved fornyet AMI burde det være nævnt i betingelserne.

Jeg er vidende om, at andre med primært AMI har fået udbetalt beløbet for kritisk sygdom."

Selskabet har over for nævnet i brev af 21/10 2013 fastholdt sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"Det skal præciseres, at når det af ordlyden i vores betingelser fremgår, at der skal være tale om 'fornyet' tab af hjertemuskulatur, menes der 'nyt' tab, som er opstået i forbindelse med blodproppen i hjertet.

Af sagens helbredsoplysninger (bilag…) fremgår det, at klager blev indlagt med brystsmerter med udstråling til kæbe og arm. Der blev i første omgang fundet Q- takker på EKG'et, men efterfølgende fremgår det af journalen, at der ikke var nogle betydende EKG eller ekkokardi-

ografiske forandringer, ligesom diagnosen 'N-stemi uden Q-tak' blev stillet. Under indlæggelsen fik klager også foretaget en KAG, som viste en stenose (forsnævring) på en af kranspulsårerne. På den baggrund fik hun foretaget en PCI.

De senere år er der indført nye grænseværdier for, hvor stor en stigning i Troponinen der skal til, for at et tilfælde kan betragtes som et akut myokardie infarkt. Grænsen er ifølge Videncenter for Helbred og Forsikring sat meget lavt, hvorfor flere vil få diagnosticeret akut myokardie infarkt. På baggrund af Videncentrets anbefaling, indførte vi derfor i 2010 og 2011 en skærpelse af betingelserne. Vi har i vores betingelser valgt at dække ud fra den oplyste definition ud fra ønsket om alene at dække svære blodpropper, og for netop at sikre, at det kun er de mest alvorlige og store infarkter, der dækkes af forsikringen.

En total okklusion (tillukning) af en koronararterie fører oftest til STEMI, mens en kortvarig okklusion eller en delvis okklusion fører til non-STEMI eller angina pectoris (brystsmerter). Som regel vil en total okklusion af en koronararterie resultere i EKG- forandringer med ST-elevation, hvorimod en kortvarig eller delvis okklusion, altså en non-STEMI, ikke resulterer i EKG-forandringer med ST-elevation, men derimod andre former for EKG-forandringer eller slet ingen EKG-forandringer.

Det er korrekt, at diagnoserne STEMI og non-STEMI begge betyder, at der har været en blodprop i hjertet. STEMI-diagnosen betragtes dog som værende af sværere grad end non-STEMI-diagnosen.

Non-STEMI behandles, ifølge oplysninger fra Videncenter for Helbred og Forsikring, typisk medicinsk.

Klager henviser til, at det ifølge Dansk Cardiologisk Selskabs anbefalinger af marts 2013, som opdateret 17. maj 2013, (vedlagt som …**,** da det af klager eftersendte bilag ikke indeholdt alle sider) fremgår, at der ved et non-STEMI skal foretages PCI, så snart diagnosen er stillet. Det har ikke været muligt for PKA at finde det, som klager henviser til, i teksten. PKA gør i stedet opmærksom på, at det af punkt 1.3.3 fremgår, at standardbehandlingen ved et non-STEMI er medicinsk.

Om klager i forbindelse med sin blodprop i hjertet har fået foretaget en PCI eller ej, ændrer dog ikke på, at hun ikke opfylder betingelserne for udbetaling af summen ved visse kritiske sygdomme fra PKA.

Diagnosen 'blodprop i hjertet' stilles som regel på baggrund af klinikken (brystsmerter), EKG-forandringer (ST-T-ændringer, nyt venstresidigt grenblok eller udvikling af patologiske Q-takker) samt stigning i biomarkørerne. Når der ikke er EKG- forandringer, kræves der i stedet en anden form for dokumentation for, at blodproppen har været af en sådan grad, at den er omfattet af dækningen.

Som det fremgår af betingelserne, skal der være tale om billeddiagnostisk evidens i form af ekkokardiografi, myoscintigrafi eller MR-scanning, da det er disse, der kan påvise tab af hjertemuskelvæv. En KAG-undersøgelse viser, om der er forsnævringer i kranspulsårerne, og kan således ikke sidestilles med billeddiagnostisk evidens fra de nævnte undersøgelser, som betingelserne kræver.

Af side 10 i skrivelse af marts 2013 (opdateret 17. maj 2013) fra Dansk Cardiologisk Selskab (bilag …) fremgår at 'Alle patienter med AKS bør inden udskrivelsen have foretaget en ekko-

kardiografi'. Klager fik i forbindelse med indlæggelsen også foretaget en ekkokardiografi, men denne var normal.

En PCI bruges til at fjerne en forsnævring eller en blodprop i kranspulsårerne i hjertet. I takt med, at denne behandling gennem årene er blevet mindre risikabel, bruges den også som forebyggende behandling ved tilfælde med fx vedvarende angina pectoris (brystsmerter) og ved mindre alvorlige tilfælde af åreforsnævring. Behandlingen gives således ikke kun ved blodpropper i hjertet, ligesom den heller ikke kun gives ved alvorlige forsnævringer af kranspulsårerne.

Da lægerne konkluderede, at der ikke var påvist EKG-forandringer, der tyder på utilstrækkelig blodtilførsel til en del af hjertet, og da der ikke er billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myoscintigrafi eller MR-scanning) for fornyet tab af hjertemuskelvæv, opfylder klager kun et af de tre kriterier (a-c). Allerede af denne grund opfylder klager ikke betingelser for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme. Hertil kommer, at klager har haft en minimal stigning i de kardiale biomarkører, ligesom lægerne konkluderede, at klager alene havde haft et ganske beskedent myokardieinfarkt.

Klager har således ikke fået konstateret en akut blodprop i hjertet af svær grad, som betingelserne kræver, ligesom hun ikke opfylder mindst to af de tre kriterier for udbetaling. Klager opfylder derfor ikke betingelserne for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme.

Sluttelig skal PKA til klagers afsluttende kommentar om, at hun er vidende om, at andre med primært AMI har fået udbetalt sum ved kritisk sygdom, bemærke, at PKA træffer en selvstændig vurdering af klagers helbredsoplysninger i relation til forsikringsbetingelserne og kravene i sygdomsoversigten. Det er således uden betydning for PKA's vurdering, om andre pensionsselskaber har formuleret deres forsikringsbetingelser således, at de ville have dækket sygdommen. PKAs vurdering skal alene foretages ud fra vores egne forsikringsbetingelser."

Selskabet har anmodet om en medicinsk vurdering hos Videncenter for Helbred & Forsikring. Centret har i vurdering af 29/8 2013 anført:

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

Forsikrede blev indlagt d. 23. juni 2013 med brystsmerter der udstrålede til venstre kæbe og arm. Der var ingen betydende ekg eller ekkokardiografiske forandringer, og kun minimale ændringer i TnT og CKMB. Der blev foretaget PCI-behandling med en stent.
Der er således ikke tale om blodprop i hjerte af svær grad, men om et beskedent myokardieinfarkt, hvorved betingelserne ikke er opfyldte."

Ifølge appendix 1. klassifikation af AMI fremgår:

"**Klassifikation Typeinddeling af AMI**

Type 1 Spontant myokardieinfarkt relateret til iskæmi, der skyldes et primært koronart event som plak erosion og/eller ruptur, fissur eller dissektion.

Type 2 Myokardieinfarkt sekundært til iskæmi, der skyldes enten et øget krav eller en nedsat tilførsel af oxygen f.eks. koronar arteriespasme, koronar embolisme, anæmi, arytmi, hypertension eller hypotension.

Type 3 Pludselig uventet hjertedød inkl. hjertestop hyppigt med symptomer tydende på myokardieiskæmi, ledsaget af en formodet nytilkommen ST-elevation eller et nytilkommet venstresidigt grenblok eller påvisning af formodet ny større obstruktion af koronararterie ved angiografi og/eller patologi, MEN hvor død opstår førend blodprøver er taget eller på et tidspunkt, hvor biomarkører ikke findes forhøjet i blodet.

Type 4a Myokardieinfarkt associeret til perkutan coronar intervention (PCI)

Type 4b Myokardieinfarkt associeret til stenttrombose dokumenteret ved angiografi eller autopsi

Type 5 Myokardieinfarkt associeret til kornnar by-pass operation"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**B. Visse hjertekarsygdomme**
Blodprop I hjertet (akut myokardleinfarkt)
af svær grad
Akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet (myokardieiskæmi).

Diagnosen skal være klar og entydig for akut myokardieinfarkt type 1 ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin) med mindst en værdi klart diagnostisk forhøjet samt evidens for AMI med mindst to af følgende kriterier:

a) Symptomer på myokardieiskæmi
(pludseligt opståede vedvarende smerter i brystet)
b) EKG-forandringer tydende på nyopstået iskæmi (ST-T ændringer, nyt venstresidigt grenblok) eller udvikling af patologiske Q-takker på ekg'et.
c) Billeddiagnostisk evidens (ekkokardiografi, myoscintigrafi eller MR-scanning) for fornyet tab af hjertemuskelvæv/regional dyskinesi.

Krav: Diagnosen skal være stillet på hospital eller af en kardiologisk speciallæge."

Nævnet udtaler:

Ifølge de ovenfor nævnte diagnosekriterier kræves, at der skal der være tale om en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt) af svær grad.

Af hospitalets udskrivningsepikrise af 28/6 2013 fremgår, at klageren kun har haft et "ganske beskedent myokardieinfarkt".

7. 85.101

Af Videncenter for Helbred og Forsikrings udtalelse af 29/8 2013 fremgår det, at Videncenteret finder, at der ikke er tale om blodprop i hjertet af svær grad, og at der kun var tale om minimale ændringer i Tnt og CKMB.

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet ikke at kunne kritisere, at selskabet på dette grundlag har afvist at udbetale summen ved kritisk sygdom med henvisning til, at betingelserne herfor ikke er opfyldt.

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Kim Sparlund