Ankenævnet *for* Forsikring

Den 7. august 2019 blev i sag nr. 93479:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Pensionskassen for Sundhedsfaglige
v/PKA
Tuborg Boulevard 3
2900 Hellerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 25/2 2019 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "Jeg anker afgørelsen, og efterfølgende anken, om udbetaling af beløb for kritisk sygdom fra Pka.
> Kort beskrevet sker en komplikation under PCI-indgreb (ballonudvidelse). En stor kranspulsåre forrest på hjertet revner og afbryder blodets tilførsel til en stor del af hjertemusklen. Dette medfører behovet for et akut CABG-indgreb (bypass operation). Et indgreb, som først udføres efter 2 timer, hvorfor en stor del af hjertemusklens celler går til grunde med 'svær kronisk hjertesvigt' til følge. Af medsendte speciallæge-erklæring fremgår det præcist, at tiden fra ordination af akut bypass til påbegyndelsen af dette maksimalt må være 30 minutter, ideelt bør det være straks. I mit tilfælde går der 2 timer.
> Jeg skal informere om, at jeg tilbage i 2008 har fået en ballonudvidelse pga. en blodprop i hjertet og for dette modtaget beløb for kritisk sygdom fra Pka.
> I mit nuværende forløb har jeg søgt om udbetaling for kritisk sygdom i relation til diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt'. Pka har afslået ansøgningen, og den efterfølgende anke, med begrundelsen, at den svære kroniske hjertesvigt er et resultat af ballonudvidelsen og at denne diagnose har sammenhæng til diagnosen blodprop i hjertet i 2008. Jeg er uenig i denne konklusion, idet jeg påstår, at den svære kroniske hjertesvigt ikke er et resultat af ballonudvidelse eller Bypassen, men ene og alene, at [hospital 1] ikke levede op til erfaren specialiststandard og gennemførte den nødvendige akutte Bypass operation, ideelt straks og max. indenfor 30 minutter. Dette skete først efter 2 timer og efter min, og speciallægens, opfattelse kan diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt' med stor sandsynlighed henføres til denne tidsmæssige forsinkelse og ikke til ballonudvidelsen og Bypassen, som er udført efter vanlig standard. Jeg vedlægger mere uddybende argumentation for min anke. Vedlagt 'Uddybende argumentation for anke'

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg ønsker min ansøgning om udbetaling for kritisk sygdom anerkendt og udbetalt.

Begrundelse for anke til Ankenævnet for forsikring af Pka's afslag på ansøgning, og efterfølgende anke, af udbetaling efter rammerne for kritisk sygdom.

Jeg vil starte med at vise et uddrag fra Pka's retningslinjer for tilkendelse af beløb for kritisk sygdom. Dette uddrag dækker de dele som berører denne sag. Hele teksten er vedlagt 'Kritisk sygdomme_Pka_2019'.

Udbetaling to gange?
Fra 1. juli 2006 kan du få udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme to gange, hvis du får stillet to helt forskellige diagnoser, der ikke har sammenhæng med hinanden, og som er omfattet af dækningen. Den sidste diagnose skal være stillet efter 1. juli 2006. Sygdomme, der har sammenhæng med hinanden, er samlet under punkterne A-B.
Fra 1. januar 2017 kan sum ved visse kritiske sygdomme udbetales to gange inden for sygdomsområderne A, B og G, hvis der er tale om en anden diagnose end tidligere, og du har haft mindst fem sygdomsfrie år.
Der må derudover ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose.
Den sidste diagnose skal være stillet efter 1. januar 2017.

B. Visse hjertekarsygdomme
-Større blodprop i hjertet – Spontant myokardieinfarkt relateret til iskæmi (type 1 AMI)

-Kronisk hjertesvigt med svære symptomer og betydeligt nedsat funktionsevne

En tilstand med svær kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel, hvor uddrivningsfraktionen (LVEF) er nedsat til 35% eller derunder, og der er svære symptomer eller funktionel begrænsning i hvile eller almindelig gang svarende til NYHA III-IV.

Herunder følger uddrag fra Pka's afgørelse. Hele afslaget er vedlagt 'Afslag,Pka'

Det fremgår, at du i forbindelse med blodproppen i hjertet, blev behandlet med stent på et af hjertets kranspulsårer. I maj 2018 fik du foretaget rotablation af en af hjertets andre kranspulsårer. Dette indgreb blev kompliceret med dissektion og AMI, og du har efterfølgende udviklet svær hjertesvigt.
Da du allerede har fået udbetalt summen på grund af blodprop i hjertet, og din nuværende diagnose er en komplikation, som er opstået som følge af behandling for din tidligere diagnose, er du ikke berettiget til udbetaling af summen på grund af din aktuelle sygdom, fordi begge dine sygdomme hører under punkt B.

Samt uddrag af afslag på min anke. Hele afslaget er vedlagt 'Afslag,anke,Pka'.

I journaloplysningerne er det beskrevet, at du i forbindelse med blodproppen i hjertet i 2008 fik konstateret forsnævrede kranspulsårer, som er en iskæmisk hjertesygdom. Du fik her foretaget en ballonudvidelse af et af hjertes kranspulsårer (CX). I maj 2018 fik du foretaget en ny ballonudvidelse af et andet af hjertets kranspulsårer (LAD). Dette indgreb blev kompliceret med en revne på

en kranspulsåre, som nødvendiggjorde en akut bypassoperation. Du har efterfølgende udviklet svært hjertesvigt.

Iskæmisk hjertesygdom er en fælles betegnelse for sygdomme i hjertet, der skyldes forsnævring af de årer, der forsyner hjertet med blod. Forsnævringerne kan blandt andet føre til smerter omkring hjertet, blodprop i hjertet og pludselig død. Sygdommen er kronisk, men med den rette behandling kan man leve normalt.

Ifølge modtaget afgørelse fra Patientklagenævnet samt modtaget speciallægeerklæring anses revnen på kranspulsåren som en komplikation til den udførte behandling. Den opståede revne på kranspulsåren fik medført en stærkt reduceret blodtilførsel til din hjertemuskel. Det vurderes, at din skade på hjertemusklen havde været minimal, hvis du var blevet opereret lige umiddelbart efter ballonudvideisen. Dit hjertesvigt skyldes derfor med overvejende sandsynlighed behandlingsforsinkelsen.

Afgørelsen fra Patientklagenævnet ændrer ikke på vores tidligere afgørelse, da din bestående kroniske bestående hjertesygdom med forsnævring hjertes kranspulsårer har direkte sammenhæng med, at du fik behov for ballonudvidelse i maj 2018. Det efterfølgende forløb med komplikation samt hjertesvigt er en følge af lægernes behandling af selve ballonudvideisen

Jeg vil med ovenstående illustrere de overvejelser i Pka, som er ført til afslag på min ansøgning og anke. Jeg er ikke enig i disse konklusioner. Jeg vil stadig hævde, at min diagnose 'svær kronisk hjertesvigt' udelukkende skyldes at de tidsmæssige forhold omkring gennemførslen af den nødvendige akutte bypass operation og at den ikke skyldtes gennemførelsen af de 2 indgreb – ballonudvidelse og bypass - og dermed også uden relation til diagnosen 'blodprop i hjertet', 2008.

Først vil jeg henvise til ovenstående uddrag af ankeafslaget. '*Det vurderes, at din skade på hjertemusklen havde været minimal, hvis du var opereret lige umiddelbart efter ballonudvidelsen. Dei hjertesvigt skyldes derfor med overvejende sandsynlighed behandlingsforsinkelsen'.*

Dette er et uddrag fra Patienterstatningens afgørelse, som Pka i deres svar citerer og ikke betviver, Vedlagt 'Afgørelse Patienterstatningen'. Bare dette citat alene støtter, efter min mening, min påstand om, at diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt' ikke relaterer sig ballonudvidelsen, men udelukkende tiden, som er gået inden akut bypass operation. Det fremgår at skaden på hjertemusklen ville have været minimalt, hvis operation var udført lige umiddelbart efter ballonudvidelsen og dermed også at hverken ballonudvidelsen eller bypass operationen ville have medført 'svær kronisk hjertesvigt'. Denne diagnoses årsag skal, jvf. citatet udelukkende findes i den for lange tidsperiode mellem ballonudvidelsen og bypass operationen.

Til yderligere dokumentation for min påstand vedlægger jeg 'Speciallægeerklæring', som er

Blev behandlingen udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard?
Det planlagte KAG og PCI indgreb blev udført efter grundige overvejelser og planlægning. Selve proceduren blev udført efter gældende standard på området men under proceduren opstod der en komplikation i form af en revne i det forkalkede kar der medførte ophævet/stærkt reduceret blodtilførsel til hjertemusklen.

Den efterfølgende bypass operation blev udført på vital indikation og er udført efter gældende retningslinier. Ventetiden mellem den mislykkede PCI og den udførte bypassoperation er imidlertid lang i alt ca. to timer.
Konklusion: Samlet set er de pågældende procedurer udført efter bedste specialiststandard.
Uheldigvis opstår der en komplikation efter den udførte PCI men denne håndteres efter gældende retningslinier med hurtig henvisning til bypass-operation. Problemet er den lange ventetid mellem PCI og bypass-operationen og på dette område blev patienten ikke behandlet efter bedste specialiststandard.

- *Hvad er efter din vurdering med overvejende sandsynlighed (over 50 %} årsagen til pts. hjertesvigt?*
Hjertesvigtet opstår pga den manglende blodtilførsel i flere timer til forvæggen og lateralvæggen i venstre hjertekammer. Patienten havde inden proceduren en let nedsat pumpefunktion men efter forløbet med PCI og hjerteoperation er pumpefunktionen i dag ca. 20%.

Udbedt af og sendt til Patienterstatningen. Fra denne erklæring følger hermed et uddrag.

Speciallægen beskriver heri, at der ikke kan anmærkes noget på de 2 indgreb, som blev udført efter gældende standarder, derimod har han konkluderet, at ventetiden mellem de 2 indgreb (2 timer) er i konflikt med bedste specialiststandard. Han konkluderer også entydigt, at hjertesvigtet skyldes den manglende blodtilførsel i flere timer og ikke skyldes ballonudvidelsen eller bypass operationen. I hele erklæringen kan det ses, at hans konklusion er, at der i dette tilfælde skulle have været påbegyndt akut bypass operation, ideelt straks, men max. indenfor 30 minutter.

Til støtte for mine påstand bringer jeg også selve sagsforløbet i Pka.

Mit argument: Havde der været denne sammenhæng mellem den nuværende ballonudvidelse, blodproppen i 2008 og hjertesvigten ville man havde kunnet træffe afgørelse allerede kort efter modtagelsen af ansøgningen eller senest ved modtagelse af mine kliniske data, og ikke først 8 måneder senere. I kendelsen fra Pka fremgår det jo, at det kun er ballonudvidelsen i 2018 og min blodprop i 2008, som er baggrund for afslaget og at yderligere forhold er uden betydning. Såvel blodproppen i 2008, samt ballonudvidelsen i 2018 fremgår tydeligt af de modtagne lægejournaler. At dette afslag ikke er faldet noget før, når nu sammenhængen er så åbenlys for Pka, må undre. Samtidigt må det undre, at det har måttet gennem flere lægelige instanser inden endelig afslag, når nu sammenhængen så åbenlys for dem.

Ydermere har jeg modtaget statusbrev dateret 5. december 2018, som orientere om yderligere lægelig vurdering, samt at de tidligst kan se om påvirkningerne er til stede på trods af behandling i mere end 6 måneder ved hjertesvigt. Nedenfor statusbrevet. Vedlagt som 'Orienteringsbrev,Pka'

Kære …
Status på din ansøgning
Til din orientering kan vi oplyse, at vi i dag har bedt om yderligere lægelig vurdering. Der kan derfor gå nogen tid, inden du får svar på din ansøgning. Vi gør desuden opmærksom på, at vi tidligst kan om påvirkningerne er tilstede på trods af behandling i mere end 6 måneder ved hjertesvigt. Skulle du derimod få implementeret ICD-enhed, CRT-enhed eller LVAD.
Venlig hilsen
…

Set i lyset af, at hjertesvigten, jf. Pka, ikke er relevant i deres afgørelse om udbetaling af kritisk sygdom, bekræfter de her, at de ønsker yderligere lægelig vurdering og at det først efter 6 måneder kan vurderes om behandlingen af hjertesvigten har nogen effekt. Jeg læser dette, som en accept af hjertesvigten som en selvstændig diagnose uden relation til ballonudvidelsen og tolker at behovet for yderligere lægelig vurdering, som nødvendig i fastlæggelsen af graden af hjertesvigten.

Jeg vil her til slut sammenfatte min anke.

Jeg ligger indenfor rammerne for udbetaling for kritisk sygdom. For at få udbetaling 2 gange skal man diagnostisk ligge indenfor diagnoserne formuleret i Pkt. B i 'Kritisk sygdomme_Pka_2019'.

Det gør den.

Der skal have været mindst 5 års sygdomsfravær siden 1. diagnose.

Det er der. 1. diagnose 2008.

Diagnosen skal være stillet efter 1. januar 2017.

Det er den. Maj 2018.

Der må ikke være tale om samme diagnose eller følger af denne.
Det er der heller ikke. Hjertesvigt er en selvstændig diagnose.

Det fremgår af speciallægeerklæringen og kendelsen fra patienterstatningen, at diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt' udelukkende skyldes [HOSPITAL 1]' evne/mulighed/vilje til at leve op til bedste specialist standard. At både ballonudvidelsen og bypass operationen er udført efter gældende standarder og ikke ville have ført til 'svær kronisk hjertesvigt'.

Det fremgår også af speciallægeerklæringen, at diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt' udelukkende skyldes den alt for lange tid mellem ballonudvidelse og akut bypass operation. Ideelt set skulle bypass operationen været påbegyndt straks, dog max. indenfor 30 minutter. Den reelle tid blev 2 timer.

Speciallægen frikender i sin udtalelse ballonudvidelsen og bypassoperationen som værende skyld i den opståede 'svære kronisk hjertesvigt' og tillægger hele skylden på tiden mellem de 2 operationer.

Min konklusion er, at diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt' udelukkende skyldes, at [HOSPITAL 1] ikke levede op til bedste specialist standard. Den skyldtes alene den for lang tid mellem ballonudvidelsen og bypassoperationen. Diagnosen 'svær kronisk hjertesvigt' kunne have været resultatet af enhver type hjerteoperation, hvor komplikationer nødvendiggør behovet for en akut bypass operation og hvor tids-standarden ikke kan overholdes, og kan derfor ikke kobles til en konkret initial diagnose eller procedure, som fx ballonudvidelse."

Selskabet har i brev af 21/3 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"**Indledning**
Klager er som medlem af Pensionskassen for Sundhedsfaglige omfattet af en gruppeforsikring i pensionskassen, der under visse betingelser giver ret til udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme. Tvisten drejer sig om, hvorvidt klager er berettiget til udbetaling to gange fra sin forsikring ved visse kritiske sygdomme på grund af, at klager i maj 2018 fik hjertesvigt, eller om klager ikke er berettiget, da klager tilbage i 2008 fik udbetalt sum ved kritisk sygdom som følge af en blodprop i hjerte, og der nu er tale om en følge af behandlingen af en eksisterende lidelse.

Sagsfremstilling
Klager blev tilbage i 2008 diagnosticeret med kronisk iskæmisk hjertesygdom, der på dette tidspunkt forårsagede en blodprop i hjertet hos klager. Klager fik som følge af blodproppen udbetalt sum ved kritisk sygdom (Bilag 1). Af brevet til klager fremgår det, at han fortsat er dækket ved visse kritiske sygdomme, hvis han efter 1. juli 2006 får stillet en diagnose på en anden sygdom, som giver ret til udbetaling efter forsikringsbetingelserne og som ikke har nogen sammenhæng med den første kritiske sygdom.

Den 24. juni 2018 søger klager på ny om udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme som følge af hjertesvigt, der er diagnosticeret 22. maj 2018. (Bilag 2).

Klagers ansøgning blev vurderet og den 30. januar 2019 fik han afslag på ansøgningen om sum ved visse kritiske sygdomme (Bilag 3). Afslaget var begrundet med følgende:

'Vi har behandlet din ansøgning og må meddele dig, at du ikke opfylder betingelserne for at få udbetalt summen.

Der kan alene udbetales én sum inden for hvert af sygdomsområderne, der er nævnt under punkterne C, D, E, F, H, I og J i listen over kritiske sygdomme, der er omfattet af dækningen. Fra 1. januar 2017 kan sum ved visse kritiske sygdomme udbetales to gange inden for sygdomsområderne A, B og G, hvis der er tale om en anden diagnose end tidligere, og du har haft mindst fem sygdomsfrie år. Der må derudover ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose.

Inden for sygdomsområde B betyder det, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen heraf.

Du har tidligere fået udbetalt sum ved kritisk sygdom på grund af blodprop i hjertet. Af de modtagne helbredsoplysninger fra [hospital 2] og [hospital 1] fremgår det, at du har fået stillet diagnosen hjertesvigt.

Det fremgår, at du i forbindelse med blodproppen i hjertet, blev behandlet med stent på et af hjertets kranspulsårer. I maj 2018 fik du foretaget rotablation af en af hjertets andre kranspulsårer. Dette indgreb blev kompliceret med dissektion og AMI, og du har efterfølgende udviklet svær hjertesvigt.
Da du allerede har fået udbetalt summen på grund af blodprop i hjertet, og din nuværende diagnose er en komplikation, som er opstået som følge af behandling for din tidligere diagnose, er du

ikke berettiget til udbetaling af summen på grund af din aktuelle sygdom, fordi begge dine sygdomme hører under punkt B'.

12. februar 2019 sender klager en klage til klageansvarlig (Bilag 4). Af klagen fremgår det, at klager er af den opfattelse, at hans kroniske hjertesvigt ikke er er en følge af hans tidligere diagnose 'blodprop i hjertet', men en ny selvstændig diagnose som følge af, at der er sket en behandlingsfejl.

Den klageansvarlige gennemgår på ny klagers sag og i revurderingen indgår den af klager indsendte afgørelse fra patientskadeforsikringen (Bilag 5) samt speciallægeerklæring (Bilag 6).

21. februar 2019 skriver klageansvarlig til klager (Bilag 7), at hun efter gennemgang af sagen fastholder afslaget.

Af begrundelsen for afslaget fremgår følgende:

'Som oplyst i vores brev af 30. januar 2019 har det siden 2017 været muligt at få udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme inden for sygdomsområderne A, B og G, hvis der er tale om en anden diagnose end tidligere, og du har haft mindst fem sygdomsfrie år. Der må derudover ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose.

Af § 7, stk. 5 i vilkårene for gruppeforsikring ved død, førtidspensionering og visse kritiske sygdomme fremgår det endvidere, at inden for sygdomsområde B gælder det, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen deraf.

Du har tidligere fået udbetalt sum ved kritisk sygdom på grund af blodprop i hjertet. Af de modtagne helbredsoplysninger fra [hospital 2] og [hospital 1] fremgår det, at du nu har fået stillet diagnosen hjertesvigt.

I journaloplysningerne er det beskrevet, at du i forbindelse med blodproppen i hjertet i 2008 fik du konstateret forsnævrede kranspulsårer, som er en iskæmisk hjertesygdom. Du fik her foretaget en ballonudvidelse af ét af hjertes kranspulsårer (CX). I maj 2018 fik du foretaget en ny ballonudvidelse af et andet af hjertets kranspulsårer. (LAD). Dette indgreb blev kompliceret med en revne på en kranspulsåre, som nødvendiggjorde en akut bypassoperation. Du har efterfølgende udviklet svær hjertesvigt.

Iskæmisk hjertesygdom er en fælles betegnelse for sygdomme i hjertet, der skyldes forsnævring af de årer, der forsyner hjertet med blod. Forsnævringerne kan blandt andet føre til smerter omkring hjertet, blodprop i hjertet og pludselig død. Sygdommen er kronisk, men med den rette behandling kan man leve normalt.

Ifølge modtaget afgørelse fra Patientklagenævnet samt modtaget speciallægeerklæring anses revnen på kranspulsåren som en komplikation til den udførte behandling. Den opståede revne på kranspulsåren fik medført en stærkt reduceret blodtilførsel til din hjertemuskel. Det vurderes, at din skade på hjertemusklen havde været minimal, hvis du var blevet opereret lige umiddelbart efter ballonudvidelsen. Dit hjertesvigt skyldes derfor med overvejende sandsynlighed behandlingsforsinkelsen.

Afgørelsen fra Patientklagenævnet ændrer ikke på vores tidligere afgørelse, da din bestående kroniske hjertesygdom med forsnævring af hjertets kranspulsårer har direkte sammenhæng med, at du fik behov for ballonudvidelse i maj 2018. Det efterfølgende forløb med komplikation samt hjertesvigt er en følge af lægernes behandling af selve ballonudvidelsen. Jeg er ikke i tvivl om, at når du gennemlever et hårdt sygdomsforløb. Når jeg ikke kan imødekomme dig med en udbetaling, skyldes det, at jeg ikke har mulighed for at fravige reglerne i forsikringsbetingelserne'.

…

Begrundelse

Klager er medlem af Pensionskassen for Sundhedsfaglige og er via dette medlemskab omfattet af en gruppeforsikring i pensionskassen. Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 7, stk. 1 (Bilag 8), at det er en betingelse for at få udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme, at gruppemedlemmet får stillet en diagnose, der opfylder kriterierne i listen over kritiske sygdomme, der er omfattet af forsikringen (Bilag 9).

Klager får i maj 2018 stillet diagnosen 'kronisk hjertesvigt med svære symptomer og betydeligt nedsat funktionsevne', der er i kategorien B.

Af § 7, stk. 5 i forsikringsbetingelserne fremgår, at inden for sygdomsområde B kan sum ved visse kritiske sygdomme udbetales to gange, hvis der er tale om en anden diagnose og medlemmet har haft mindst fem sygdomsfrie år. Herudover må der ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose. Inden for sygdomsområdet B betyder det, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen heraf.

Det fremgår af de indhentede journaloplysninger (Bilag 10 - 12, her Bilag 10 side 14) at klager i 2008 er diagnosticeret med iskæmisk hjertesygdom og på den baggrund 22. maj 2018 har brug for endnu en ballonudvidelse. Under ballonudvidelsen går der hul på kranspulsåren, hvilket nødvendiggør en akut bypass. I forbindelse med den akutte bypass sker der en behandlingsforsinkelse, der medfører, at klager får diagnosen hjertesvigt.

Allerede på baggrund af journaloplysningerne er det vores opfattelse, at den diagnose, som klager søger udbetaling på baggrund af, er en følge af behandlingen for klagers tidligere og eksisterende hjertelidelse, og som klager tilbage i 2008 fik udbetalt sum ved kritisk sygdom for.

Af journaloplysninger fra [hospital 1], modtaget i forbindelse med klagers ansøgning i 2008 (Bilag 13), fremgår det, at klager efter den påviste blodprop i hjertet fik foretaget en undersøgelse af hjertets kranspulsårer (KAG). Denne viste en 100 % tillukning (stenose) på CX, som blev behandlet med ballonudvidelse og stent. Det fremgår videre, at der også blev påvist en ikke signifikant stenose på segment 7, som lades urørt. Segment 7 er en del af LAD.

Ligeledes fremgår det af lægeerklæringen side 2, (Bilag 6) at klager indlægges til PCI-behandling af LAD grundet tiltagende angina pectoris og at der i denne forbindelse opstår en hændelig komplikation ved PCI-proceduren. Der er også påvist en let nedsat pumpefunktion på 45-50 %, inden PCI-behandlingen udføres 22. maj 2018 jf. Bilag 10, side 14.
Videre fremgår det også af Patientklagenævnets afgørelse side 2 (Bilag 5), at klager tidligere i 2008 er opereret, hvor han fik stentet en kranspulsåre og at han i maj 2018 henvises til udredning for brystsmerter og åndenød i forbindelse med lettere fysisk aktivitet. Undersøgelsen viser, at klager har brug for en ballonudvidelse. I forbindelse med operationen opstår der en skade på kranspulsåren og en efterfølgende behandlingsforsinkelse i og med at bypassoperationen først udføres

to timer efter fundet af skaden i kranspulsåren.' Patienterstatningen konkluderer, at klager er blevet påført en behandlingsskade.

Det er således samlet set vores opfattelse, at klager ikke opfylder forsikringsbetingelsernes krav om, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen heraf da klager i efterbehandlingsforløbet påføres en behandlingsskade og det er denne behandlingsskade, klager søger om udbetaling på jf. Bilag 8. Ydermere er kravet om, at der skal have været 5 sygdomsfrie år heller ikke opfyldt, da medlemmet siden 2008 har været diagnosticeret med kronisk iskæmisk hjertesygdom, der på dette tidspunkt forårsagede en blodprop i hjertet og ballonudvidelse hos klager og i 2018 medførte behovet for yderligere en ballonudvidelse.

Denne opfattelse bekræftes af Videncenter for Helbred og Forsikring (HeFo), der forelagt sagen (Bilag 14) udtaler, at der er sammenhæng mellem klagers grundsygdom (kronisk iskæmisk hjertesygdom) konstateret i 2008 og den behandling klager gennemgik i 2018, og at der således er tale om en komplikation til behandling for bestående sygdom, hvorfor det er vurderingen, at betingelserne for udbetaling af sum ved kritisk sygdom to gange ikke er opfyldt også jf. Ankenævnets kendelse 84.230.

Klager argumenterer i sin sagsfremstilling til ankenævnet for, at han opfatter de to sygdomsforløb som to forskellige diagnoser, da den nye diagnose er en selvstændig diagnose i og med at hjertesvigtet alene skyldes tidsudstrækningen og at klager med den rette (hurtigere) behandling, formentlig ville have haft meget mindre skader på hjertemusklen jf. speciallægeerklæringen (Bilag 6) og afgørelsen fra Patientklagenævnet (Bilag 5). Hertil skal vi bemærke, at det ligeledes fremgår af afgørelsen og speciallægeerklæringen, at revnen i det forkalkede kar, der fører til den stærkt reducerede blodtilførsel til hjertemusklen er en (hændelig) komplikation til det planlagte indgreb og at det planlagte indgreb sker som følge af tiltagende angina pectoris – en kendt følge af den kroniske diagnose - iskæmisk hjertesygdom, som klager tilbage i 2008 fik konstateret.

Som nævnt ovenfor fremgår det udtrykkeligt af forsikringsbetingelserne, at der skal være tale om *en anden diagnose* og at der *derudover ikke må være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose,* samt at *Inden for sygdomsområde B betyder det, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen heraf.* Vi deler således ikke klagers opfattelse.

Videre anfører klager, at vi burde have truffet afgørelse på et tidligere tidspunkt, når afslaget er begrundet i, at den senest stillede diagnose er en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen heraf. Klager henviser til statusbrev af 5. december 2018 vedlagt klagers klage til nævnet. Klager er af den opfattelse, at vi stiller ham i udsigt, at hans diagnose vil blive vurderet i relation til, om den opfylder betingelserne for udbetaling af sum ved kritisk sygdom i relation til alvorligt hjertesvigt. Hertil skal vi bemærke, at brevet beklageligvis beror på en misforståelse i relation til den medicinske vurdering og foruden denne misforståelse, kunne vi have truffet sin afgørelse på et tidligere tidspunkt. Ligesom det i relation til om klager opfylder betingelserne for udbetaling to gange ikke er relevant at foretage en konkret vurdering af, om hjertesvigtet opfylder de i forsikringsbetingelserne beskrevne krav.

Konklusion

På baggrund af ovennævnte er det derfor samlet set vores opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme ved den i 2018 stillede diagnose hjertesvigt, da klager tidligere har fået udbetalt summen på grund af en diagnose under punkt B, og der nu er tale om følger efter behandlingen af den først stillede diagnose i 2008, som der tidligere er udbetalt sum ved kritisk sygdom på.

På denne baggrund fastholder PKA derfor afgørelsen."

Klageren har i mail af 21/3 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Har d.d. modtaget Deres besked om Pka's forholden til min klage om udbetaling af kritisk sygdom for diagnosen hjertesvigt.
Jeg vil indledningsvis påpege, at jeg ikke har faktuelle indvendinger i forhold til Pka's forløbsbeskrivelse. Min anke går udelukkende på deres konklusion.
Pka begrunder deres afslag, med henvisning til, at diagnosen hjertesvigt skyldes behandling af min initial diagnose fra 2008 - iskæmisk hjertesygdom. Jeg er ikke enig heri og fastholder, at den direkte årsag til diagnosen hjertesvigt skal henføres til tiden fra komplikationen ved ballonudvidelsen opstår til akut Bypass operation bliver påbegyndt.
Det er min påstand, at selve diagnosen, iskæmisk hjertesygdom, ballonudvidelsen og Bypass operationen ikke, i sig selv, har resulteret i diagnosen hjertesvigt, men udelukkende at et højt specialiseret hospital, som [HOSPITAL 1] ikke var i stand til at påbegynde den akutte Bypass operation indenfor den påkrævede tid - mindre end 30 minutter. En faktor, der ville have ført til hjertesvigt, uagtet initialdiagnosen.
Jeg henviser til Patienterstatningens kendelse, hvor der står:

'Det er vores vurdering, at skaden på hjertemusklen ville være minimal, hvis man havde opereret dig umiddelbart efter kranspulsåreskaden og ikke først 2 timer senere. Dit hjertesvigt skyldes således med overvejende sandsynlighed behandlingsforsinkelsen'.

Og fra specialægeerklæringen:

'Konklusion: Samlet set er de pågældende procedurer udført efter bedste specialiststandard. Uheldigvis opstår der en komplikation efter den udførte PCI men denne håndteres efter gældende retningslinjer med hurtig henvisning til bypass-operation. Problemet er den lange ventetid mellem PCI og bypass-operationen og på dette område blev patienten ikke behandlet efter bedste specialiststandard.'

Jeg mener der her klart udtrykkes, at ballonudvidelsen med komplikation og efterfølgende Bypass operation i sig selv ikke var årsag til diagnosen hjertesvigt og at dersom disse var udført efter bedste specialiststandard, udelukkende vil have påført hjertet minimal skade. En specialiststandard, der må forventes, at et specialist hospital, som [HOSPITAL 1], skal kunne leve op til. Det er velkendt, at der kan opstå komplikationer ved en ballonudvidelse, såvel ofte opståede som mere sjældne, men fælles for de fleste er at de vil medføre behovet for en akut Bypass operation, hvilket burde betyde, at er specialist hospital, som [HOSPITAL 1], har det nødvendige beredskab i fald dette forekommer. Dette har [HOSPITAL 1] ikke kunnet levere og derved bliver tiden den direkte årsag til diagnosen hjertesvigt og ikke initialdiagnosen.

Hjertesvigt er en diagnose, som er beskrevet i Pka's vedledning som en selvstændig diagnose, som berettiger til udbetaling af beløb for kritisk sygdom.

Også i tilfælde hvor der tidligere er sket udbetaling for anden hjertesygdom.
Jeg vil her endnu engang pointere, at min diagnose hjertesvigt, har sin egen årsag, nemlig tiden og ikke andet."

Selskabet har i brev af 29/3 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabet har noteret sig, at klager er af den opfattelse, at årsagen til hans hjertesvigt alene kan henføres til den tid, der gik inden han fik den nødvendige bypassoperation.

Hertil skal vi bemærke, at årsagen til klagers bypass-operation skyldes en komplikation til den planlagte ballonudvidelse, der er en følge af den iskæmiske sygdom, som klager tilbage i 2008 fik udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme for.

Da det som nævnt fremgår af forsikringsbetingelserne (Bilag 8 og Bilag 9 til den indsendte redegørelse), at der inden for det sygdomsområde, som klagers diagnoser er omfattet af, er krav om, at den senest stillede diagnose - klagers hjertesvigt – ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller ***behandlingen heraf*** (vores fremhævning), er det fortsat vores opfattelse, at klagers hjertesvigt ikke falder under de betingelser, der berettiger til at få udbetalt som som følge af diagnosen hjertesvigt.

Af forsikringsbetingelserne fremgår det ligeledes, at inden for sygdomsområde B, kan sum udbetales to gange, hvis der er tale om en anden diagnose og medlemmet ***har haft mindst fem sygdomsfrie år op til den anden diagnose; der søges om udbetaling på*** (vores fremhævning).

Klager er kendt med iskæmisk hjertesygdom siden 2008, hvor der også blev påvist stenose pa LAD.

Klager har således ikke været sygdomsfri siden 2008 og det er således også i relation til denne betingelse uden betydning, om der måtte være tale om en anden diagnose, da diagnosen hjertesvigt også er inden for sygdomsområde B og klager ikke har haft fem sygdomsfrie år.

Konklusion
På baggrund af ovennævnte er det derfor forsat vores opfattelse, at klager ikke opfylder betingelserne for udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme ved den i 2018 stillede diagnose hjertesvigt, da klager allerede tidligere har fået udbetalt sum på baggrund af den diagnose, der har ført til de efterfølgende behandlinger og komplikationer, som klager er påført.

På denne baggrund fastholder PKA derfor afgørelsen."

Til dette har klageren fremsendt mail af 1/5 2019, hvori det bl.a. er anført:

"Jeg vil her ikke forholde mig til Pka`s vurderinger i forhold til min diagnose i 2008 og hvorvidt den kan henføres til min diagnose i 2018.
Det vil jeg ikke fordi jeg opfatter dette diagnosekompleks som værende irrelevant.

Jeg vil til gengæld fortsat fastholde at min hjertesvigt ikke kan relateres til denne diagnose eller behandlingen heraf. Behandlingen af denne diagnose er ballonudvidelse, og i dette tilfælde pga. komplikationer, en akut bypass operation. Disse behandlinger ville normalt have ført til en velfungerende hjertefunktion og deraf en rask patient. I mit tilfælde skyldes hjertesvigten, som blev resultatet, ikke disse indgreb, men udelukkende den alt for lange ventetid mellem de 2 indgreb, som dokumenteret i de tidligere vedlagte bilag fra speciallæge og patienterstatning. En hjertesvigt, som ville være resultatet at hvilket som helst indgreb i hjertet hvor der opstår komplikationer med behov for akut bypass og hvor ventetiden bliver for lang.

Derfor diagnosen hjertesvigt, ikke specifikt med udspring i diagnosen angina pectoris og behandlingen heraf, men udelukkende i en for lang ventetid som en selvstændig uafhængig 'diagnose'."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor.

Af journal fra hospital 1 fra 3/10 2008 fremgår bl.a.:

"…-årig mand, indl. akut på baggrund af anginasuspekte brystsmerter. Har ekg-forandringer overvejende i form af ST-depression, men da pt. vedvarende er smertepåvirket foretages akut KAG, denne visende 100% stenose på CX som DES-stentes med godt resultat.
Har fortsat ikke signifikant stenose på segment 7, som lades urørt.
Ekkokardiografisk velbevaret ve. ventrikelfunktion med EF omkring 50% og ingen klapsygdom."

Af journal fra hospital 1 fremgår bl.a.:

"28-05-2018
...-årig mand, kendt med iskæmisk hjertesygdom, indlagt 22.05.18 med henblik på PCI af kalcificeret LAD/RD1 læsion, planlagt til rotablation, forud for proceduren EF 45-50%, som følge af tidligere STEMI med okklusion af CX fra 2008.
PCI'en kompliceret med dissektion i LAD gebetet, og går til akut CABG med LIMA til LAD samt venegraft til marginalen. Udkommer med flere CK-MB værdier over 300, foreneligt med større AMI, relateret til varm iskæmitid.
…
Ekkokardiografi med EF 20%, opstarter Simdax 25.05.18, er nu begyndt optitrering af hjertesvigtbehandling og patienten overflyttes til kardiologisk afdeling med henblik på videre svigtbehandling.

26-07-2018
Patienten har iskæmisk kardiomyopati og er bypass opereret. Kommer til profylaktisk I CD-implantation.
…
Diagnoser - Aktionsdiagnose: D1509, Hjertesvigt UNS
Diagnoser - Bidiagnose: D1259, Kronisk iskæmisk hjertesygdom UNS
D1509 Hjertesvigt UNS
D1259 Kronisk iskæmisk hjertesygdom UNS"

Af speciallægevurdering af 22/11 2018 fremgår bl.a.:

"- **Stillingtagen til hvorvidt pt. med overvejende sandsynlighed blev påført en behandlingsskade i forbindelse med behandlingen på [hospital 1].**

Det drejer sig …-årig mand der tidligere er behandlet for blodprop i hjertet i 2008 med indsættelse af en stent. Herefter velbefindende til aktuelle. Bortset fra [anden lidelse] er pt. velfungerende og erhvervsaktiv som …
På grund af tiltagende angina pectoris indlægges patienten til PCI-behandiing af kompleks LAD-stenose den 22.05.18. Der foretages rotablation (udboring) af forkalkning i LAD (stor kranspulsåre på forsiden af hjertet). Ved procedureafslutning påvises dissektion svarende til LAD. Da det ikke er muligt at opnå flow i karret henvises patienten akut til GABG den 22.05.18. Henvisningen sker kl 11.00 mens operationen er først i gang kl 13.00, således to timers forsinkelse hvoruder hjertemusklen ikke får tilstrækkeligt med blod. Hjerteoperationen er i sig selv ukompliceret hvor der anlægges bypass til LAD og vene til bagsiden af hjertet.
Efterforløbet er præget af pumpesvigt af venstre hjertekammer. Der behandles intensivt med hjertesvigtsmedicin og patienten er flere gange indlagt på intensivafdelingen på [HOSPITAL 1] pga åndenød og hjertesvigt. Efterfølgende ultralydsundersøgelse (ekkokardiografi) af hjertet viser fortsat svært reduceret pumpe funktion med ophævet funktion i LAD området. Højre hjertekammer acceptabelt fungerende. Da patienten fortsat er afhængig af intravenøs hjertesvigtmedicin overflyttes han til [hospital 2] til vurdering mhp evt. hjertetransplantation. Imidlertid lykkes det på [hospital 2] at stabilisere patienten så han kan returnere til [HOSPITAL 1] og siden udskrives. Planen er herefter løbende at vurdere patientens tilstand mhp behov for hjertetransplantation.

- Blev behandlingen udført i overensstemmelse med bedste specialiststandard?
Det planlagte KAG og PCI indgreb blev udført efter grundige overvejelser og planlægning. Selve proceduren blev udført efter gældende standard på området men under proceduren opstod der en komplikation i form af en revne i det forkalkede kar der medførte ophævet/stærkt reduceret blodtilførsel til hjertemusklen.
Den efterfølgende bypass operation blev udført på vital indikation og er udført efter gældende retningslinier. Ventetiden mellem den mislykkede PC! og den udførte bypassoperation er imidlertid lang i alt ca. to timer.
Konklusion: Samlet set er de pågældende procedurer udført efter bedste specialiststandard.
Uheldigvis opstår der en komplikation efter den udførte PCI men denne håndteres efter gældende retningslinier med hurtig henvisning til bypass-operation. Problemet er den lange ventetid mellem PCI og bypass-operationen og på dette område blev patienten ikke behandlet efter bedste specialiststandard.

- Blev PCI udført korrekt?
Som anført ovenfor blev selve PCI proceduren planlagt og udført korrekt.

- Gik der for lang tid fro dissektionen til CABG?
Ja, to timers ventetid er for meget. Ideelt burde patienten være overført direkte fra PCI katerisationsrummet til operationsgangen og bypass-operationen være i gang indenfor 30 min. To timers ventetid betyder at store dele af hjertemusklen ikke får tilstrækkeligt med blod og for hvert minut der går taber hjertet pumpefunktion der ikke kan genoprettes.

- Er der opstået en hændelig komplikation?
- Hvis ja, hvad er komplikationen, og hvordan er den opstået?
Som anført ovenfor opstår der en hændelig komplikation ved PCI proceduren. Denne består i at forsnævringen behandles med en form for udboring og derefter ballonudvidelse med indsættelse af en stent. Under denne procedure revner kalken i forsnævringen og der trænger blod ud i karv-

æggen som herved aflukkes. Aflukningen af karret betyder at der ikke kommer tilstrækkeligt med blod til hjertemusklen som derved taber sin funktion.

- Du bedes endvidere oplyse, hvor hyppigt (angivet i%) den pågældende komplikation, som beskrevet hos den konkrete patient, opstår i forbindelse med den pågældende behandling hos en sammenlignelig patientgruppe.
Der findes ingen sikre opgørelser over lige ovennævnte komplikation men den er sjælden og forekommer nok hos mindre end 0,5% af de patienter der behandles med PCI og rotablation (udboring).

- Hvad er efter din vurdering med overvejende sandsynlighed (over 50 %} årsagen til pts. dissektion?
Årsagen er som anført ovenfor en revne eller ruptur af det forsnævrede kar hvorpå man forsøgte at udføre PCI.

- Hvad er efter din vurdering med overvejende sandsynlighed (over 50 %) årsagen til pts. hjertesvigt?
Hjertesvigtet opstår pga den manglende blodtilførsel i flere timer til forvæggen og lateralvæggen i venstre hjertekammer. Patienten havde inden proceduren en let nedsat pumpefunktion men efter forløbet med PCI og hjerteoperation er pumpefunktionen i dag ca. 20%."

Af medicinsk vurdering fra Helbred og Forsikring af 23/3 2019 fremgår bl.a.:

"Videncenter for Helbred & Forsikrings lægelige konsulenter har set på sagen igen med henblik på, om der er sammenhæng mellem nuværende hjertesvigt og tidligere iskæmisk hjertesygdom.

Forsikrede havde i 2008 et myokardieinfarkt, som blev behandlet med stent i Cx (rarnus circumflexus).

I maj 2018 fik forsikrede foretaget rotablation af LAD i et forsøg på revaskularisering af hjertekar.
Dette indgreb blev kompliceret med dissektion og AMI, og forsikrede udviklede i efterforløbet svær hjertesvigt.

Der er således sammenhæng mellem forsikredes grundsygdom (kronisk iskæmisk hjertesygdom) og den behandling han gennemgik i 2018.
Der er således ikke tale om forskellige diagnoser, men om en komplikation til behandling for bestående kronisk sygdom, hvorfor de lægelige konsulenter vurderer, at betingelserne for udbetaling ved Visse Kritiske Sygdomme ikke er opfyldte."

Af afgørelse fra Patienterstatningen af 22/1 2019 fremgår bl.a.:

"Din skade i form af nedsat hjertepumpefunktion som følge af forsinket bypassoperation 22. maj 2018 er omfattet af loven. Du er berettiget til erstatning, hvis det samlede…
…
Du har søgt erstatning, fordi du mener, at du blev påført en skade i forbindelse med behandlingen på [hospital 1], da en kranspulsåre sprang i forbindelse med en ballonudvidelse. Du skulle derfor gennemgå en bypassoperation, som var to timer forsinket. Forsinkelsen medførte, at en del af hjertemusklen gik til grunde, hvorfor du i dag har kronisk hjertesvigt.

Nedenfor er en beskrivelse af behandlingsforløbet. Det er ikke meningen at give en fuldstændig gennemgang af alt, der er sket i sagen. …

Vi har på baggrund af din anmeldelse, journalmaterialet og sagens øvrige oplysninger lagt følgende hændelsesforløb til grund for afgørelsen:

Du var tidligere opereret i 2008, hvor man havde stentet en kranspulsåre.

Du blev henvist til [hospital 1] i 2018 med henblik på udredning for brystsmerter og åndenød i forbindelse med lettere fysisk aktivitet.

En KAG-undersøgelse på [hospital 1] 17. maj 2018 viste, at du havde forsnævring af en kranspulsåre (LAD), og man vurderede, at du derfor skulle have udført en ballonudvidelse (PCI med rotablation). Din hjertepumpefunktion var målt til 45-50 %.

Ballonudvidelsen blev udført 22. maj 2018 med start ca. kl. 10.30. Efter ballonudvidelsen kunne man konstatere, at blodåren var revnet i et forkalket sving langt fra selve udvidelsen. Man vurderede, at revnen var opstået i forbindelse med fremføring af mikrokateteret eller rata-wiren. Du havde behov for en akut bypassoperation, hvilket blev bestilt kl. 11.00, men først udført kl. 13.00. Operationen forløb umiddelbart ukompliceret.

I de efterfølgende dage kunne man konstatere, at du havde hjertesvigt med en hjertepumpefunktion på 20-25 %.

Du startede efterfølgende i hjertesvigtsbehandling, og du blev udskrevet 3. juli 2018 efter et par dages ophold på [hospital 2].

Man vurderede efterfølgende, at du havde et aktivitetsniveau svarende til NYHA-klasse llb- III (klassificering af åndenød ved fysisk anstrengelse)."

Af Vilkår for gruppeforsikring – januar 2018 fremgår bl.a.:

"**§ 7. Udbetaling af sum ved visse kritiske sygdomme**
Sum ved visse kritiske sygdomme udbetales, såfremt gruppemedlemmet i forsikringstiden – efter udløbet af en eventuel karenstid, jf. stk. 2 - får stillet en diagnose der opfylder kriterierne i pensionskassens liste over kritiske sygdomme, der er omfattet af forsikringen. Udbetalingen omfatter den sum, der var gældende den dag, hvor kriterierne for udbetaling blev opfyldt.
…
Stk. 5. Der kan alene udbetales én sum inden for hvert af de sygdomsområder, der er nævnt under punkterne C, D, E, F, H, I, J og K i listen over kritiske sygdomme, der er omfattet af forsikringen. Inden for sygdomsområderne A, B og G kan sum ved visse kritiske sygdomme udbetales to gange, hvis der er tale om en anden diagnose, og medlemmet har haft mindst fem sygdomsfrie år op til den anden diagnose, der søges om udbetaling på. Der må derudover ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose. Inden for sygdomsområde A betyder det, at der ikke må være tale om forværring, tilbagefald eller metastaser fra den tidligere diagnose, samt at der ikke må være tale om skader opstået som følge af behandlingen. Inden for sygdomsområde B betyder det, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose

eller behandlingen heraf. Er sum ved visse kritiske sygdomme udbetalt to gange, bortfalder denne forsikringsdækning."

Af vilkårene "Sum ved visse kritiske sygdomme" fremgår bl.a.:

"**Gældende fra 1. januar 2018**
På de følgende sider kan du se, hvilke sygdomme der kan give udbetaling fra din gruppeforsikring i pensionskassen. Vær opmærksom på, at forsikringen ikke dækker diagnoser, der er stillet, før forsikringen blev indført 1. juli 1996.
De generelle forsikringsbetingelser finder du på pka.dk under 'Din pensionsordning' - Intro'.
…
Udbetaling to gange?
Fra 1. juli 2006 kan du få udbetalt sum ved visse kritiske sygdomme to gange, hvis du får stillet to helt forskellige diagnoser, der ikke har sammenhæng med hinanden, og som er omfattet af dækningen. Den sidste diagnose skal være stillet efter 1. juli 2006. Sygdomme, der har sammenhæng med hinanden, er samlet under punkterne A-B.

Fra 1. januar 2017 kan sum ved visse kritiske sygdomme udbetales to gange inde for sygdomsområderne A, B og G, hvis der er tale om en anden diagnose end tidligere, og du har haft mindst fem sygdomsfrie år. Der må derudover ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose. Den sidste diagnose skal være stillet efter 1. januar 2017.

Der kan alene udbetales en sum inden for hvert af sygdomsområderne, der er nævnt under punkterne C, D, E, F, H, I, J og K i listen over visse kritiske sygdomme, der er omfattet af dækningen.
…
B. Visse hjertekarsygdomme
Større blodprop i hjertet - Spontant myokardieinfarkt relateret til iskæmi (type 1 AMI)
Et pludseligt (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), hvor mindst én værdi er klart diagnostisk forhøjet. Desuden skal mindst to af følgende kriterier være opfyldt:

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

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

Hjertekaroperation pga. svær åreforsnævring i kranspulsårerne - bypassoperation/ ballonudvidelse
Hjertekirurgisk behandling af kranspulsåreforkalkning (revaskularisering) i form af:
a) Planlagt eller gennemført åben hjertekirurgisk bypassoperation (CABG), eller

b) Behandling med ballonudvidelse af mindst to af hjertets kranspulsårer (PCI) eller gentagne behandlinger af en af hjertets kranspulsårer. Hvis diagnosen er stillet før 1. januar 2005, stilles der ikke krav om mere end én behandling med ballonudvidelse eller stent.

Krav: Ved gentagne behandlinger på et enkelt kar skal der være forløbet mindst 6 måneder mellem de enkelte beskrevne operationer eller planlagte operationer. Ved planlagt operation skal forsikrede være accepteret på venteliste. Indikationen skal være stillet på en kardiologisk afdeling eller af en kardiologisk speciallæge.

…

Kronisk hjertesvigt med svære symptomer og betydeligt nedsat funktionsevne

En tilstand med svær kronisk nedsat uddrivningsfraktion (EF) i venstre ventrikel, hvor uddrivningsfraktionen (LVEF) er nedsat til 35% eller derunder, og der er svære symptomer eller funktionel begrænsning i hvile eller almindelig gang svarende til NYHA III-IV.

Krav:

• At påvirkningerne er til stede på trods af tilstrækkelig behandling i mere end 6 måneder eller

• At der er gennemført indoperation af et avanceret pacemakersystem (cardioverter defibrillator (ICD-enhed), biventrikulær pacemaker (CRT enhed)) eller er indsat et kunstigt elektrohydralisk hjerte - LVAD.

Diagnosen skal være stillet af en kardiologisk speciallæge eller på en kardiologisk afdeling 1. januar 2005 eller senere."

Nævnet udtaler:

Klageren har fået stillet diagnosen kronisk hjertesvigt i maj 2018. Han har haft en blodprop i hjertet i 2008 og fået udbetalt forsikringssum for kritisk sygdom fra selskabet. Han har i 2018 søgt om udbetaling for kritisk sygdom for diagnosen kronisk hjertesvigt. Han henviser til, at lidelsen kronisk hjertesvigt er opstået på grund af, at der gik for lang tid mellem en operation med ballonudvidelse i hjertet, hvor der kom en revne i et forkalket kar og en akut bypassoperation.

Klageren henviser også til, at dækningen ved kritisk sygdom giver mulighed for udbetaling to gange, og at han opfylder betingelserne for det. Han henviser desuden til, at det fremgår af speciallægevurdering og afgørelse fra Patienterstatningen, at diagnosen kronisk hjertesvigt skyldes et hospitals manglende evne til at leve op til specialiststandard, idet der er gået for lang tid, før bypassoperation blev udført.

18. 93479

Selskabet har anført, at klageren ikke har ret til udbetaling, da hans nuværende diagnose er en komplikation opstået som følge af behandling af en tidligere dækket diagnose. Selskabet har anført, at det kroniske hjertesvigt er en følge af behandlingen for klagerens tidligere og eksisterende hjertelidelse. Selskabet har endvidere anført, at klageren ikke har haft fem sygdomsfrie år, da klageren har været diagnosticeret med iskæmisk hjertesygdom siden 2008.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 7, stk. 5, at "Inden for sygdomsområde … B … kan sum ved visse kritiske sygdomme udbetales to gange, hvis der er tale om en anden diagnose, og medlemmet har haft mindst fem sygdomsfrie år op til den anden diagnose, der søges om udbetaling på. Der må derudover ikke være sammenhæng mellem tidligere og nuværende diagnose. …" og at "Inden for sygdomsområde B betyder det, at den senest stillede diagnose ikke må være en følge af den først stillede diagnose eller behandlingen heraf. Er sum ved visse kritiske sygdomme udbetalt to gange, bortfalder denne forsikringsdækning".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet ikke grundlag for at kritisere selskabets afgørelse. Nævnet har lagt til grund, at der er sådan sammenhæng mellem den diagnose, der har givet ret til udbetaling af forsikringssum ved visse kritiske sygdomme i 2008 og det hjertesvigt, der opstod i 2018, at hjertesvigtet er undtaget fra dækning efter forsikringsbetingelsernes § 7 stk. 5.

Nævnet har lagt vægt på, at lidelsen kronisk hjertesvigt er opstået som en komplikation i forbindelse med behandlingen af klagerens eksisterende hjertelidelse, som han har lidt af siden 2008.

Nævnet bemærker, at det fremgår af medicinsk vurdering fra den 23/3 2019, at der er sammenhæng mellem klagerens grundsygdom (kronisk iskæmisk hjertesygdom) og den behandling han gennemgik i 2018. Der er ikke tale om forskellige diagnoser, men om en komplikation til behandling for bestående kronisk sygdom.

19. 93479

Nævnet har også lagt vægt på, at det fremgår af journal fra 3/10 2008, at klageren allerede i 2008 havde ikke signifikant stenose på segment 7, som blev ladt urørt, og at det fremgår af lægeoplysninger fra 22/11 2018, at klageren i 2008 blev behandlet for blodprop i hjertet og i 2018 blev opereret for kompleks LAD-stenose.

Det forhold, at selskabet, i forbindelse med en orientering om at det havde bedt om en yderligere lægelig vurdering, har omtalt betingelserne for dækning ved hjertesvigt, kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen
formand