Ankenævnet *for* Forsikring

Den 4. december 2019 blev i sag nr. 93986:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forenede Gruppeliv
Krumtappen 4
Postbox 442
2500 Valby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 24/7 2019 til nævnet har klagerens repræsentant bl.a. anført:

"**Kort redegørelse for sagen**
Årsag til indlæggelse: Indlagt med strammende fornemmelse i brystet, troponinstigning og ekg dynamik. KAG med rene kar. Ekko med LVEF 40%. Behandles som NSTEMI og hjertesvigt, ekko er ikke klassisk for Takotsubo. Kardiologisk læge udtaler der er tale om et AMI.

Forsikringstager bliver indlagt på baggrund af hjertesvigt. Det behandles som AMI (hjerteinfarkt), da tallene i prøverne ikke stemmer med klassisk Tarkotsubo. Efter udskrivelse gennemgås forsikringstagers journal og betingelser i Forenede Gruppeliv (herefter FG), som viser forsikringstager opfylder alle krav i selskabets betingelser for kritisk sygdom.

FG ønsker ikke at dække for kritisk sygdom, da de mener der er tale om Takotsubo, hvilket taler direkte imod journal, hvor det direkte fremgår, at tallene ikke taler for dette og forsikringstager derfor er indlagt med hjertesvigt og AMI, som der behandles ud fra. Alle krav til dækning er opfyldt i betingelserne, men det vil selskabet slet ikke forholde sig til, og kommentere slet ikke på denne del når dette oplyses. Selskabet vælger på baggrund af vores klage på sagen, at undersøge yderligere med kardiologisk læge, om der kan være tale om et AMI (hjerteinfarkt). Det bliver konstateret - men selskabet afviser, trods den nye forklaring fra kardiologisk læge og afviser sagen. Ydermere ligger selskabet til grund for afvisning, at der er tale om stress relateret årsag, og forsikringstager er behandlet for Takotsubo, hvilket ikke er korrekt og ej heller fremgår af journalen. Altså ugyldige afvisnings grundlag.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

2. 93986

Forsikringstager ønsker retmæssig dækning for kritisk sygdom via sit selskab, FG. Der er derfor tale om et krav på sum udbetaling jf. policen for kritisk sygdom samt forrentning af beløbet jf. FAL §24, da alle oplysninger var selskabet i hænde og de kunne konstatere dækning kort tid efter anmeldelsen. Summen på forsikringen er 100.000 kr. Vores honorar på sagen ses ligeledes dækket i forbindelse med fremlæggelse af sag samt relevante oplysninger. Honorar ikke endeligt opgjort, da sag stadig kører."

Selskabet har i brev af 23/8 2019 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Klager er via sit medlemskab af Sygeforsikringen 'Danmark' omfattet af ovennævnte gruppelivsaftale, som omfatter dækning ved kritisk sygdom. Uddrag af gruppelivsaftalen vedlægges som bilag A.

Forsikringsbetingelser for dækningen vedlægges som bilag B.

Det fremgår af bilag C, som er ansøgningsskema, at klager 6. december 2018 søgte om at få sum ved kritisk sygdom udbetalt, idet klager havde haft en blodprop i hjertet. Efter gennemgang af sagens akter, afviste selskabet at imødekomme klagers ønske om udbetaling af sum ved kritisk sygdom, da forsikringsbetingelserne efter § 7 B, Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt) i bilag B - efter selskabets opfattelse - ikke er opfyldt.

Det er afgørende for udbetaling fra forsikringen, at forsikringsbetingelserne er opfyldt.

I bilag B er oplistet de diagnoser, som er omfattet af dækning ved visse kritiske sygdomme. De oplistede diagnoser er en udtømmende optegning af de sygdomme/behandlinger som giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose der søges om udbetaling for, eksplicit er nævnt på listen og de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Diagnosekravet der skal være opfyldt for at få sum ved kritisk sygdom udbetalt under § 7 B, Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt), er:

- Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.
- Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på:
  - Typisk stigning og fald af blodværdierne (troponiner eller CK-MB)
- Sammen med mindst ét af følgende kriterier:
  - Sygehistorie med pludseligt opståede typiske, vedvarende brystsmerter eller
  - Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen akut myokardieinfarkt
- Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerteinfarkt).
  […]

For at vurdere om diagnosekravet var opfyldt som beskrevet, modtog vi journalmateriale fra Hjertemedicinsk Afdeling på […] Hospital, som vedlægges som bilag D.

Det fremgår af bilag D, i journalnotat (side 3 i kontinuationen) fra 3. oktober 2018 fra kardiolog [1], at klager blev indlagt til udredning på grund af brystsmerter og tiltagende dyspnoe og oppression efter en psykisk presset situation i de sidste dage op til indlæggelsen. Under udredningen for hjertesygdom, blev der foretaget forskellige undersøgelser.

Blodprøver viste, at der var hjerteenzymstigning og en elektrokardiografi viste ST-depression. Der blev foretaget KAG (undersøgelse af kranspulsårene for forkalkning), som viste normale forhold uden forkalkning af hjertets kranspulsårer. Der blev foretaget ventrikulografi, som viste, at hjertets effekt (LVEF) var på 35 %.

Kardiolog [1] konklusion var, at klager havde diagnosen Takotsubo (broken heart syndrom – stress relateret cardiomyopati (hjertesvigt)), hvorfor klager startede optimering af hjerteinsufficiens (hjertesvigts) medicin.

Den efterfølgende dag viste en ekkokardiografi, at LVEF var på 40-45 %. Der blev planlagt udskrivelse med opfølgning i hjertesvigtsklinikken […]. Kardiolog [1] vurderede den 4. oktober, at den videre plan for behandling for Takotsubo var, at klager skulle fortsætte behandling med hjertesvigtsmedicin i 3 måneder.

Kardiolog [2] skriver i udskrivningsresumé af 5. oktober 2018, at klager blev indlagt med strammende fornemmelse i brystet, troponinstigning og EKG dynamik. KAG med rene kar og ekkokardiografi med en effekt på 40 %. Symptomerne blev behandlet som NSTEMI (blodprop i hjertet uden ST-segment elevation i EKG) og hjertesvigt, muligt Takotsubo. [Kardiolog 2] nævner i epikrisen, at resultatet af LVEF ikke var klassisk for Takotsubo.

Kardiolog [3] skriver i ambulantnotat fra 16. oktober 2018, at klager var til kontrol efter mistanke om Takotsubo. I notatet fremgår det, at klager fortsat oplevede smerter i brystet flere gange om ugen, som forsvandt på behandling med nitroglycerin (NTG). Der blev aftalt en kontrol-ekkokardiografi ca. 2 måneder senere. Kardiolog [4] skriver desuden i journalen under samme kontrolbesøg, at klager blev behandlet for moderat hjertesvigt, muligt Takotsubo.

Derudover skriver kardiologisk sygeplejerske i Hjertesvigtklinikken, [1], i journalen under samme kontrolbesøg: 'Kendt med nyopdaget hjerteinsufficiens…'.

Klager fik den 7. januar 2019 foretaget den planlagte ekkokardiografi, som kontrol af hjertets effekt hos patient med mulig Takotsubo. Undersøgelsen viste en normaliseret LVEF på 60 %.

Som opfølgning på resultatet af undersøgelsen fra 7. januar 2019, skriver kardiolog [5] i afsluttende kontrolnotat af 9. januar 2019, at klager blev indlagt akut i oktober 2018 til observation for blodprop i hjertet (AKS), troponinstigning til 10.000 og KAG med rene kar. Emotionelt stress på arbejdsplads. LVEF på 40 % - ikke typisk for Takotsubo, men før jul til evaluerende scanning som viste LVEF på 60 %. [Kardiolog 5] konkluderede på den baggrund, at klager mest oplagt havde diagnosen Takotsubo.

Klager blev afsluttet i forløbet i Hjertesvigtklinikken.

4. 93986

Efter selskabet havde sendt afvisning af udbetaling af forsikringssummen ved kritisk sygdom til klager, kontaktede klager 30. januar 2019 kardiologisk sygeplejerske, [1], fordi klager ønskede, at det blev præciseret i journalen, at klager havde haft en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt).

[Kardiologisk sygeplejerske 1]/kardiolog [5] skrev samme dag i journalen 'Der er ingen tvivl om, at pt definitorisk har haft AMI, idet der har været relevante symptomer tidsmæssigt sammenfaldende med betydelig, fasisk troponinfrisætning'.

Sagen har været forelagt selskabets lægekonsulent, som er kardiologisk overlæge, som i uddrag vurderede følgende:

'Takotsubo er definitorisk ikke et AMI selvom det kan ligne, men klassificeres som 'myocardial injury' (ligesom fx myokarditis) og ikke infarkt. Definitionen af AMI bredes imidlertid ud i disse år. Man skelner aktuelt mellem 5 forskellige typer, hvor den type som vi forsikringsmæssigt oftest bliver præsenteret for, er den klassiske type 1, hvor der er en plaque-ruptur (pga. åreforkalkning eller dissektion) med smerter, enzymstigning og ekg-forandringer. Jeg har inkluderet den gældende klassifikation fra dansk kardiologisk selskab nederst i denne mail.

I den konkrete sag har forsikringstager haft Takotsubo med enzymstigning dvs. myocardial injury, men ikke et AMI, hvilket også substantieres af genvinding af pumpekraft bedømt på LVEF.'

Gældende klassifikation fra Dansk Kardiologisk Selskab, som nævnt ovenfor:

'Appendix 1.1. Klassifikation af AMI

Klassifikation	**Typeinddeling**
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, 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 koronar by-pass operation-

koronar embolisme, anæmi, arytmi, hypertension eller

MINOCA: Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries

Hos 1-14 % af infarktpatienter finder man ikke obstruktiv (> 50% stenoser) koronarsygdom ved akut/subakut KAG. Det udelukker ikke aterotrombotisk ætiologi, men afspejler den dynamiske proces i trombosedannelse og resolution.

Kriterierne for MINOCA er:

- At de diagnostiske kriterier for AMI er opfyldt
- At der ikke påvises stenoser > 50% på koronararterierne.
- At der ikke er anden specifik årsag til den kliniske præsentation.

MINOCA-patienter kan opfylde kriterierne for såvel type 1 som type 2 infarkt, og prognose og behandling afspejler dette.

Selv om myocarditis og Takotsubo klinisk kan fremtræde som MINOCA, klassificeres disse tilstande ikke som AMI, men som 'myocardial injury'.'

Overlæge […] fra Kardiologisk Afdeling på […] Hospital har skrevet en artikel i Ugeskrift for læger, årgang 169, nr. 13 (2007) om stressinduceret Takotsubo kardiomyopati, som en differentialdiagnose til AMI. Det beskrives, at det er velkendt, at symptomerne udløses efter psykisk eller fysisk stressbelastning, hvor bl.a. ekkokardiografi for det meste viser ST-elevation, der er forhøjelse af de myokardiale biomarkører, ex. troponiner samt at KAG undersøgelser viser normale forhold og således ikke tegn til forkalkning af kranspulsårene. […] skriver videre, at mange patienter med Takotsubo initialt bliver behandlet på mistanke om ST-elevations AMI og konkluderer, at Takotsubo er en underdiagnosticeret, erhvervet primær kardiomyopati, som bør overvejes hos patienter med formodet AMI, men hvor der er misforhold mellem EKG forandringer, stigningen i koronare biomarkører og fravær af forkalkning af kranspulsårer ved KAG undersøgelse.

[Overlægens] beskrivelse passer fint med de symptomer og undersøgelsesresultater, som beskrevet i klagers journal.

Det er selskabets opfattelse, at journalnotatet fra kardiolog [5] af 30. januar 2019 – som er skrevet på baggrund af klagers telefoniske henvendelse med ønske om, at diagnosen blev ændret i journalen, ikke kan ændre ved selskabets afgørelse i sagen, da der ikke findes dokumentation i journalen i form af nye undersøgelse m.v., som kan forklare og dokumentere, at diagnosen nu er AMI - og ikke Takotsubo, som [kardiolog 5] konkluderede i journalnotat af 9. januar 2019.

Det kan herefter konstateres, at betingelsen for udbetaling efter § 7 B ikke er opfyldt, da klager ikke har fået stillet diagnosen AMI (hjerteinfarkt) men diagnosen Takotsubo, som ikke er omfattet af selskabets forsikringsbetingelser for kritisk sygdom.

Vi fastholder vores afgørelse om, at klager ikke er berettiget til udbetaling af forsikringssummen ved visse kritiske sygdomme.

Det meddelte vi klager og klagers repræsentant 10. januar 2019, 16. januar 2019, 2. april 2019, 16. maj 2019 og 11. juli 2019 (bilag E)."

Klagerens repræsentant har i brev af 12/9 2019 til nævnet bl.a. anført:

"Forsikringsselskabet har oplyst, at de ikke ønsker at imødekomme udbetaling af erstatningen. Dette på baggrund af, at selskabet ikke mener forsikringstagers anmeldelse og journaler kan dækkes ind under forsikringsbetingelsernes ordlyd for kritisk sygdom.

Betingelserne
Jeg skal henlede Ankenævnets opmærksomhed på, at der i gældende betingelser er følgende ordlyd:

> § 1. For forsikringen gælder nedennævnte betingelser i tilslutning til FGs gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser.
>
> Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-X.
>
> Når en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne kan forsikringssummen udbetales.

Det kan altså tilføjes her, at forsikringsbetingelsernes §1 henviser til dækningerne i §7 B som omhandler den nævnte kritiske sygdom. Hertil skal være stillet en diagnose, som krævet jf. betingelserne. Sådan en diagnose fremgår af denne sag, hvorfor betingelsernes §1 er opfyldt i denne skadesag.

> § 2. Det er en betingelse for udbetaling ved kritisk sygdom, at sygdommen diagnosticeres i forsikringstiden. Det er diagnosetidspunktet, der er afgørende, og ikke det tidspunkt hvor forsikrede får kendskab til diagnosen.

Alle punkter i §2 er overholdt og opfyldt, hvorfor der ikke kan være tale om en afvisning på baggrund af §2.

> § 7. Ved kritisk sygdom forstås:
> B. Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt) Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.
>
> Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på:
> - Typisk stigning og fald af blodværdierne (troponiner eller CK-MB)
>
> Sammen med mindst ét af følgende kriterier:
> - Sygehistorie med pludseligt opståede typiske, ved- varende brystsmerter eller • Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen akut myokardieinfarkt
>
> Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerteinfarkt).
>
> Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller jf. § 7 W (indoperation af ICD-enhed) og/eller jf. § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 B.

Der er her tale om en kritisk sygdom jf. betingelserne. Som oplyst i sidste skriv så anvendes AMI-diagnosen, når der er klinisk holdepunkt for Myocardienekrose på baggrund af Myokardieiskæmi og baserer sig på følgende kriterier:

1. Stigning og/eller fald i Myokardiesoecifikke biomarkører (fortrindsvis troponin)
2. Holdepunkter for Myokardieiskæmi med mindst et af følgende:
    a. Symptomer på iskæmi (f.eks. brystsmerter, dyspnø, akut hjerteinsufficiens, arytmi)

Altså er den direkte diagnose for AMI opfyldt, da forsikringstager opfylder betingelserne herfor, som vi gerne ser Ankenævnet forholde sig til.

Herudover skal der jf. betingelserne være en diagnose stillet af en kardiologisk speciallæge. Dette er også opfyldt.

- Årsag til indlæggelse: Indlagt med strammende fornemmelse i brystet, troponinstigning og ekg dynamik.
- Kardiolog [5] udtaler i journal, at der er tale om akut myocardieinfarkt.
    - Der er ingen tvivl om at pt definitorisk har haft AMI, idet der har været relevante symptomer tidsmæssigt sammenfaldende med betydelig, fasisk troponinfrisætning.
- Ydermere udtaler sygeplejerske [1], at der er tale om akut myocardieinfarkt.
    - Der er ingen tvivl om at pt definitorisk har haft AMI, idet der har været relevante symptomer tidsmæssigt sammenfaldende med betydelig, fasisk troponinfrisætning.

Der kan altså ikke herske megen tvivl om, at alle betingelsespunkter for en dækket kritisk sygdom er til stede. Herudover skal jeg henlede Ankenævnets opmærksomhed på, at der netop af to uvildige læger i forløbet med patienten, der påpeger i journalen, at der ikke er tale om et klassisk Takotsubo.

- Kardiolog [2] skriver i udskrivningsresumé af 5. oktober 2018, at klager blev indlagt med strammende fornemmelse i brystet, troponinstigning og EKG dynamik. KAG med rene kar og ekkokardiografi med en effekt på 40 %. Symptomerne blev behandlet som NSTEMI (blodprop i hjertet uden ST-segment elevation i EKG) og hjertesvigt, muligt Takotsubo. [Kardiolog 2] nævner i epikrisen, at resultatet af LVEF ikke var klassisk for Takotsubo.

Alle forhold i ovennævnte indikerer med tydelige tegn, at der er tale om AMI og behandling af dette, da de biokemiske markører passer på dette og ikke som værende klassisk for Takotsubo. Altså er der flere Kardiologiske speciallæger, som konkluderer hjertesvigt, AMI, men samtidig påpeger, at der ikke er klassiske tegn på Takotsubo, som forsikringsselskabet mener er årsagen. Patienten bliver alene behandlet med udgangspunkt i AMI.

Konklusion
Ud fra ovenstående gennemgang af betingelserne samt de forhold, som var tilstede ved indlæggelsen, kan det konkluderes, at betingelsernes ordlyd og krav er opfyldt, da der er tale om blodprop i hjertet. Følgerne heraf opfylder til fulde betingelsernes ordlyd. Her kan nævnes stigning i troponiner og fald af blodtal og hertil er tale om vedvarende brystsmerter og elektrokardiografiske forandringer, som ved flere kardiologiske speciallæger udtaler som værende akut myokardieinfarkt, da det ikke er klassiske tegn på Takotsubo. Dette er konkluderet af flere kardiologiske speciallæger på området ved indlæggelsen.

Altså må det konkluderes, at der her er tale om en person, hvor vedkommendes biokemiske markører optræder som værende AMI.

Skal man tage forsikringens ord for gode vare?
Når en kunde/forsikringstager, vælger at tegne en forsikring for kritisk sygdom, må det anses for forudsat, at denne kan opnå forsikringsdækning, hvis diagnosen stilles ud fra diagnosticeringsmetoder, der er anvendt af det lægefaglige personale. Således vil en udvidet fortolkning af betingelserne give et fortolkningsresultat, der er bedre stemmende med den naturlige forståelse af dækningspligten, end hvad der følger af en strikt ordlydsfortolkning i forsikringsselskabets betingelser.

Hvad angår skriv i lægefaglige blade og magasiner, så kan dette tolkes både den en og den anden vej. Der findes mange skriv på netop dette område, som går begge veje. Derfor ser vi ikke denne påstand som værende fyldestgørende og af afgørende betydning, da lægerne på området ikke er enige. Derfor mener vi ikke det skal lægge forsikringstager til last, at selskabet ikke vil følge sine egne betingelser, men i stedet henvise til forskellige skriv som florerer på nettet og i magasiner.

Et krav om, at diagnosen skal stilles ud fra andre kriterier end hvad der følger lægelig praksis, medfører en usaglig begrænsning af forsikringsselskabets dækningspligt, og derfor ville det være urimeligt at gøre betingelserne gældende overfor forsikringstager. Det vil derfor være urimeligt at lægge et enkeltstående skriv til grund for afvisningen.

At ovenstående bliver en nødvendighed, gøres gældende når man læser konklusionen på forsikringsselskabets høringssvar, hvor deres viden pludselig overstiger alle lægevidensfaglige undersøgelser.

Det forhold, at flere praktiserende kardiologiske speciallæger har udtalt, at klageren har haft et akut hjerteinfarkt, idet de vanlige kriterier for at stille diagnose er, at 2 af 3 kriterier er opfyldt, nemlig brystsmerter, forhøjet niveau af biokemiske markører og relevante EKG-forandringer – kan ikke føre til andet resultat end dækning og udbetaling af erstatning, idet det følger af forsikringsbetingelserne, at diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af journal fremgår bl.a.:

"**Behandlingsplan Ydelsesdato: 03-10-2018 10:05**[Kardiolog 1][Klageren] med […], overtaget fra medicinsk afd pga brystsmerter siden i går eftermiddags. CT-angio i 2015 gav mistanke til plaque i LAD - men ikke hæmodyn betydende. Efter psykisk presset situation i de sidste dage tiltagende dyspnoe og oppression som førte til indlæggelse. TNI til 18.000 og tendens til ST-depress i forvæg. Øvrige blodprøver OK. Ekkokard beskrevet som normal. KAG viser normale glatvæggede koronararterieruden tegn til IHD i hø dom system. Ventrikulografi i RAO 35/0 viser hypo-/a-kinetisk område i forvæg af LV med LVEF på ca 35%. Ingen Ml og ingen AS. Konkl: Takotsubo, hvorfor cont asa samt Brilique 90 mg x 2 i 3 mdr. Optimering af hjerteinsuff medicin (betablok + ACEI), og forbliver indlagt nogle dage endnu. Klinisk kontrol hos os om 1 mdr og 3 mdr.
…
Udskrivningsresumeer Ydelsesdato: 05-10-2018 10:15[Kardiolog 2]Resume af sygdomsforløb:

Indlagt med strammende fornemmelse i brystet, troponinstigning og ekg dynamik. KAG med rene kar. Ekko med LVEF 40%. Behandles som NSTEMI og hjertesvigt, muligt Takotsubo men ekko er ikke klassisk for dette. Reuma. vurdering gr lupus og planlagt opfølgning for dette.

Væsentlige fund inkl. paraklinik:
Tnl 18000 max. TTE: LVEF 40% med hypokinesi anteriort. Ingen valvulopati. Ingen PHT. Ligner ikke klassisk Takotsubo. Tele uden arytmi

Væsentlige medicinændringer: Blodfortyndende og antikongestiv behandling tillagt
…
Amb. Epikrise… Behandlings kontaktdato: 16-10-2018[Kardiolog 3]Resume og plan for opfølgning hos praktiserende læge:
Kommer til kontrol efter mistanke om Takotsubo. Kendt med lupus. Fortsat smerter flere gange om ugen, hvor pt bliver nødt til at tage NTG. Føler sig utryg og bange. Smerterne kommer både i hvile og ved fysisk aktivitet. Svinder dog hver gang ved NTG. Føler dog det er blevet bedre. Har tid til reumatologerne, men vælger formentlig at udskyde denne efter tid hos hud. amb.

Har tid til reumatologerne 9.11.18.

Obj
VKO. Upåfaldende.
…
Amb. Epikrise… Behandlingskontaktdato: 16-10-2018[Kardiologisk sygeplejerske 1]
…
HIK
Behandles for moderat hjertesvigt, muligt Takosubo. KAG med rene kar. Får ca 2 gange om ugen centralt moderat knugen/pressen for bryst, anvender NTG, som virker indenfor få min. Obs spasme AP, alternativ esophagus relaterede symptomer. Må anvende NTG p.n 1-2 pust, ved hyppigere symptomer kan forsøges tabl imdur 30 mg x1. ved minus effekt af NTG, da ringe 112.

Initielt bivirkninger til Brilique, disse aftaget stort set helt. Vælger at fortsætte medicin.

Tendens til hypotension, forbliver på nuværende antikongestive medicin.
…
Kendt med: Nyopdaget hjerteinsufficiens. Lupus. KAG 3.10.18: rene kar.

EF: 4.10.18. EF 40-45%

Almen status: Pt møder velkompenseret. Ingen svimmelhed. Ingen problemer med vejrtrækningen ved alm. daglige aktiviteter. Har jævnligt trykken for brystet mge af ntg spray.

NYHA: 1-2

BT: 105/60. Puls: 66

Træthed: Nogen - men pt mener det skyldes lupus. […] Ødemer: Ingen

EKG:

SR fr 66

Plan:
TFH med ved kons. Der ordineres imdur, som pt kan prøve af. Pt er helt med på at henvende sig hvis der er trykken i brystet, og ntg ikke virker. Der ændres ikke i medicinen og der planlægges ekko til d.7.1. og HIK tid d.9.1. med svar og ny plan. Pt har åbent forløb og kan henvende sig før ved behov. Pt er orienteret om vores tilbud med pt undervisning - men ønsker at se an til efter næste ekko. Hjertemedicin opdateret i FMK

HIK
Behandles for moderat hjertesvigt, muligt Takosubo. KAG med rene kar. får ca 2 gange om ugen centralt moderat knugen/pressen for bryst, anvender NTG, som virker indenfor få min.

Obs spasme AP, alternativ esophagus relaterede symptomer. Må anvende NTG p.n 1-2 pust, ved hyppigere symptomer kan forsøges tabl imdur 30 mg x1 . ved minus effekt af NTG, da ringe 112.

lnitielt bivirkninger til Brilique, disse aftaget stort set helt. vælger at fortsætte medicin.

Tendens til hypotension, forbliver på nuværende antikongestive medicin.
…
Kontinuationsnotater Behandlingskontaktdato: 16-10-2018[Kardiolog 4]HIK
Behandles for moderat hjertesvigt, muligt Takosubo. KAG med rene kar.

Får ca 2 gange om ugen centralt moderat knugen/pressen for bryst, anvender NTG, som virker indenfor få min.

obs. spasme AP, alternativ esophagus relaterede symptomer. Må anvende NTG p.n 1-2 pust, ved hyppigere symptomer kan forsøges tabl imdur 30 mg x1.

Ved minus effekt af NTG, da ringe 112.

lnitielt bivirkninger til Brilique, disse aftaget stort set helt. Vælger at fortsætte medicin.

Tendens til hypotension, forbliver på nuværende antikongestive medicin.

Satius ved ekko-kontrol planlagt til jan 19.
…
Kontinuationsnotater Behandlingskontaktdato: 09-01-2019[Kardiolog 5]Afsluttende notat fra HIK
Indlagt akut, akt 2018, obs AKS, TNI til 10000 og KAG med rene kar. Emotionelt stress på arbejdsplads LVEF 40% - ikke typisk for Takotsubo, men før jul til evaluerende scanning som viser LVEF 60%. Således mest oplagt at pt har haft Takotsubo. Skal dog fortsætte DAPT 12 mdr, men kan pga raynaud ikke længere tolerere BB behandlig som må udtrappes over dage. Vi afslutter HIK forløb og indkalder til rp TTE om 12 mdr.
…
Telefonnotat af [kardiologisk sygeplejerske 1] på 30-01-2019 9:14 Pt ønsker at vi præciserer hvorvidt pt har haft et akut myocardieinfarkt:

Der er ingen tvivl om at pt definitorisk har haft AMI, idet der har været relevante symptomer tidsmæssigt sammenfaldende med betydelig, fasisk troponinfrisætning.

Pt tolererer egentlig selo-zok 25 mg x 2 og opfordres til at fortsætte denne behandling. Recept gives. Er allerede afsluttet fra HIK. Har ikke HF.

Notatets forfatter
Forfatter: [kardiolog 5]"

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 1. For forsikringen gælder nedennævnte betingelser i tilslutning til FGs gruppelivsaftaler og forsikringsbetingelser.**

Forsikringen dækker de sygdomme/diagnoser, der er nævnt i § 7 A-X.

Når en diagnose er stillet som krævet i forsikringsbetingelserne kan forsikringssummen udbetales. Der anvendes de forsikringsbetingelser, og der udbetales den forsikringssum, som var gældende den dag, hvor diagnosen blev stillet.
…
7. Ved kritisk sygdom forstås:
…
B. Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt)
Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på:

- Typisk stigning og fald af blodværdierne (troponiner eller CK-MB)

Sammen med mindst ét af følgende kriterier:

- Sygehistorie med pludseligt opståede typiske, vedvarende brystsmerter eller
- Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen akut myokardieinfarkt

Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerteinfarkt).

Såfremt forsikrede tidligere har fået stillet en diagnose, jf. § 7 C (bypassoperation eller ballonudvidelse) og/eller jf. § 7 W (indoperation af ICD-enhed) og/eller jf. § 7 X (kronisk hjertesvigt), har forsikrede ikke krav på udbetaling efter § 7 B."

Nævnet udtaler:

Klageren har anmeldt, at hun den 1/10 2018 fik stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerteinfarkt).

12. 93986

Klageren ønsker at få udbetalt forsikringssum for diagnosen hjerteinfarkt samt at få dækket repræsentantens honorar. Klageren har anført, at hun blev indlagt på baggrund af hjertesvigt, og at det blev behandlet som AMI (hjerteinfarkt). Hun har anført, at det af lægejournalen fremgår, at tallene ikke taler for diagnosen Takotsubo, og at forsikringsbetingelsernes krav for dækning er opfyldt, idet der er klinisk holdepunkt for, at hun definitorisk har haft AMI (hjerteinfarkt).

Selskabet har afvist at udbetale forsikringssum ved kritisk sygdom, idet forsikringsbetingelsernes krav for dækning ikke er opfyldt. Selskabet har anført, at klageren ikke har fået stillet diagnosen AMI (hjerteinfarkt), men at klageren derimod har fået stillet diagnosen Takotsubo, som ikke er omfattet af forsikringens dækning.

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 7b, at forsikringen dækker "**Blodprop i hjertet (hjerteinfarkt).** Akut opstået henfald af en del af hjertets muskulatur som følge af utilstrækkelig blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på: Typisk stigning og fald af blodværdierne (troponiner eller CK-MB). Sammen med mindst ét af følgende kriterier: 1) Sygehistorie med pludseligt opståede typiske, vedvarende brystsmerter eller 2) Samtidigt opståede elektrokardiografiske forandringer, forenelige med diagnosen akut myokardieinfarkt. Diagnosen anses for stillet, når ovenstående betingelser er opfyldt og en kardiologisk speciallæge har stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerteinfarkt)".

Efter en gennemgang af sagen kan nævnet ikke kritisere selskabets afgørelse, idet kravet i forsikringsbetingelsernes punkt 7b om, at klageren skal have fået stillet diagnosen blodprop i hjertet (hjerteinfarkt) af en kardiologisk speciallæge, og at diagnosen skal kunne dokumenteres og være baseret på typisk stigning og fald af blodværdierne (tropiner eller CK-MB), ikke ses at være opfyldt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at det af de lægelige oplysninger ikke ses, at klageren har fået stillet diagnosen hjerteinfarkt (AMI). Af journalnotat af 3/10 2018 fra kardiolog 1 frem-

går, at "[Klageren] med […], overtaget fra medicinsk afd pga brystsmerter siden i går eftermiddags… Konkl: Takotsubo, hvorfor cont asa samt Brilique 90 mg x 2 i 3 mdr. Optimering af hjerteinsuff medicin (betablok + ACEI)". Det fremgår af journalnotat af 16/10 2018 fra kardiolog 4, at "Behandles for moderat hjertesvigt, muligt Takosubo". Det fremgår af journalnotataf 9/1 2015 fra kardiolog 5, at "Emotionelt stress på arbejdsplads LVEF 40% - ikke typisk for Takotsubo, men før jul til evaluerende scanning som viser LVEF 60%. Således mest oplagt at pt har haft Takotsubo".

Nævnet finder, at det anførte i journalnotatet af 30/1 2019 − om at der ikke er nogen tvivl om, at klageren definitorisk har haft AMI − ikke kan føre til andet resultat. Nævnet bemærker, at det anførte i journalnotatet ikke kan sidestilles med, at klageren har fået stillet diagnosen hjerteinfarkt, og at samme læge i journalnotatet af 9/1 2019 vurderede, at det var mest oplagt, at klageren havde haft Takosuboto.

Nævnet finder, at der ikke er grundlag for at pålægge selskabet at dække klagerens udgifter til sin repræsentant.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på sagens karakter og udfald. Nævnet har også lagt vægt på, at det følger af § 23, stk. 3, i nævnets vedtægter, at en part som udgangspunkt ikke skal betale omkostninger ved tvistløsningsbehandlingen i nævnet til modparten.

14. 93986

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen

Formand