

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 30. juni 2020 blev i sag nr. 94875:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

PFA Pension
Marina Park
Sundkrogsgade 4
2100 København Ø

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har forsikring ved visse kritiske sygdomme. I klageskema af 16/2 2020 til nævnet har klageren bl.a. anført:

"Kort redegørelse for sagen

Starter ud 02.09.2017 og egentligt ca. 1 måned forud. Veneblodpropper i højreben – deraf blodpropper i lunger. I samme forbindelse konkluderes hjertesvigt - dette opstart til en mængde undersøgelser for at finde årsagen.

Et langt udredningsforløb, der efter 1 ½ år (23.04.2019) - ender i konklusion AMI.

Mener PFA afviser på baggrund af det lange udredningsforløb. Et udredningsforløb jeg på ingen måde er herre over - men tænker har været nødvendigt, da jeg kan forstå, at mit forløb jf. lægerne har været atypisk.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?

Udbetaling for kritisk sygdom - jf. pkt. 5.2 (stk. 1 - Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI))) i PFA Pensionsvilkår."

Selskabet har i brev af 5/3 2020 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Parternes overordnede synspunkter

Forsikrede er utilfreds med, at PFA Pension har afvist at udbetale sum ved kritisk sygdom i anledning af, at han har anmeldt, at han den 15. april 2019 fik stillet diagnosen 'Blodprop i hjertet'. Sel-

skabet henviser til, at forsikrede ikke har fået stillet en diagnose, der opfylder betingelserne for udbetaling.

Forsikringsaftalen

Forsikredes ordning er tegnet pr. 1. december 2013 via hans arbejdsgiver. PFA fremlægger pensionsbevis (bilag A) og pensionsvilkår af 24. juli 2017 (bilag B).

Forsikringen ved visse kritiske sygdomme giver ret til udbetaling af sum, hvis forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de diagnoser, der er nævnt under punkt 5.2 i pensionsvilkårene, og såfremt de øvrige betingelser for dækning er opfyldt jf. punkt 5.1.

De oplistede diagnoser er en udtømmende liste med de diagnoser, som giver ret til udbetaling. Det betyder, at der først kan ske udbetaling, hvis den diagnose, der søges om udbetaling for, er nævnt på listen, og at de konkrete diagnosekrav for diagnosen er opfyldt.

Under punkt 5.2 i pensionsvilkårene fremgår, at diagnosen '*Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI))*' anses for en kritisk sygdom, som kan give ret til dækning.

Under punkt 5.2.1 fremgår endvidere:

'1. Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI))

Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI)) definerer PFA Pension som et akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

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

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

Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge.'

Sagsfremstilling

Forsikrede anmeldte den 8. september 2017, at han den 2. september 2017 havde fået stillet diagnosen 'Kronisk hjertesvigt' (bilag C). Til anmeldelsen var vedlagt patientjournal udskrevet 11. september 2017 (bilag C).

Af hospitalsjournalsnotat den 4. september 2017 (bilag C, s. 5):

'[Forsikrede], tidligere hjerte/lungerask. Disponeret til iskæmisk hjertesygdom i form af mangeårigt tobaksforbrug. Pt. Indlægges nu på mistanke om DVT og lungeemboli grundet 1,5 måneds anamnese med åndenød. Ingen angina.

Har i forløbet været i behandling på mistanke om pneumoni via egen læge uden større effekt.

Herinde finder man DVT af højre UE. D-dimer forhøjet til 8, og der laves CT-scanning der påviser centrale bilaterale lungeembolier fra pulmonalarterier strækkende sig ud i segmentarierne. Pt. Fuldstændigt upåvirket heraf. Saturerer således knapt 100% uden ilt. Op-starter Fragmin behandling og telemetres uden tegn til arytmi. Der tages biomarkører med normal TnT på 12. Ved hjerteultralydskanning findes svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%. stor muraltrombe i apex. Venstre ventrikel dilateret til 7 cm. Tyder på ældre problematik. Der tages ekg der viser manglende R-takker i hele forvæggen og Q-takker. Man mistænker således tidligere LAD okklusion.'

PFA afviste i brev af 27. oktober 2017 (bilag D) at udbetale sum ved kritisk sygdom med henvisning til, at det på daværende tidspunkt var for tidligt at vurdere om hans hjertesvigt var kronisk i en sådan grad, at betingelserne er opfyldt.

Forsikrede anmeldte den 27. marts 2018 (bilag E), at han den 14. marts 2018 havde fået stillet diagnosen 'ICD enhed'. PFA indhentede relevante lægelige akter, der blev modtaget den 16. april 2018 (bilag F) og den 18. april 2018 (bilag G).

PFA afviste udbetaling i brev af 8. maj 2018 (bilag H) bl.a. med henvisning, at forsikrede havde fået indopereret ICD-enheden på grund af sit kroniske hjertesvigt, og ikke fordi han havde haft livstruende rytmeforstyrrelser, som forudsat i pensionsvilkårenes punkt 5.2.4.

Forsikrede anmeldte den 26. april 2019 (bilag I), at han den 15. april 2019 havde fået stillet diagnosen 'Blodprop i hjertet'. PFA modtog patientjournaler udskrevet den 26. april 2019 (bilag J-M).

Af hospitalsjournalnotat af 29. januar 2019 (bilag J, s. 1), fremgår bl.a. følgende:

'... KAG viser egentlig glatvæggede kranspulsårer, men der er slow flow fænomen i LAD hvilket kan være betinget af tidligere infarkt. TEE undersøgelse uden tegn til venoarteriel shunt. Samlet set opfatter vi forandringerne i venstre ventrikel forårsaget af tidligere anteriort myokardieinfarkt. Genesen hertil kan være en lyseret trombe i LAD, som kan være opstået på baggrund af rygning, alternativt trombefili, som også kan forklare de coeksisterede lungeembolier. Frafalder således diagnosen DCM...'

I hospitalsjournalnotat af 8. marts 2019 (bilag L) hedder det bl.a.:

'Konklusion: Moderat nedsat systolisk funktion af ve. ventrikel med dilatation af samme og akinesi anteriort og især apikalt. Samlet EF ca. 40-45%.'

Ambulant notat:

[...]

Der har været forskellige teorier om genesen til pt.s hjertesvigt, initielt har man tænkt dilateret kardiomyopati efter normal gentest, fund af slowflow i LAD, på trods af egentlige glatvæggede kranspulsårer, ingen shunts, familiær disposition til iskæmisk hjertesygdom. Man har vurderet, at der højst sandsynligt er tale om forandringer grundet tidl. Stumt myokardieinfarkt.'

Af hospitalsjournal af 12. marts 2019 (bilag M) fremgår bl.a.:

'Konklusion:

Beskrivelse: Konklusivt opfatter således tilstanden som sequelae efter anteroapikalt myokardieinfarkt med aneurysmedannelse af venstre ventrikels apex med efterfølgende mural trombe.

Samtidig har pt. haft svær venøs tromboembolisk sygdom med bilaterale lungeembolier. Der kan være en sammenhæng iform af en generel trombosetilbøjelighed, men de 2 tilstande kan også tilfældigvis være optrådt på samme tidspunkt.'

Det fremgår af journalnotat af 15. april 2019 (bilag K) fremgår bl.a.:

'Beskrivelse: FDG PET undersøgelse uden tegn til kardiel eller ekstrakardiel sarkoidose. Der er opladning i lymfeknuderne på halsen, men på undersøgelsestidspunktet har pt. oplyst mig om, at han havde streptokok tonsilit.

Således reaktive forandringer.

Grundsygdommen må være iskæmisk hjertesygdom med følger efter anteroapikalt myokardieinfarkt på baggrund af lyseret trombe i LAD.

Den medicinske behandling er optimal, inkl. livslang AK behandling pga. lungeemboli og multarombe.

Pt. afsluttes til klinisk opfølgning hos kollegerne i [...], men fortsætter naturligvis forløbet i ICD-amb.'

PFA afviste i afgørelse af 26. juni 2019 (bilag N) at udbetale sum ved kritisk sygdom i anledning af blodprop i hjertet med henvisning til, at det ikke var dokumenteret, at forsikrede havde haft akut blodprop i hjertet af svær grad, som opfyldte kriterierne i vilkårenes punkt 5.2.1

Den 2. juli 2019 klagede forsikrede over afgørelsen (bilag O). I klagen henviste forsikrede bl.a. til lægeudtalelse af 23. april 2019 fra afdelingslæge på klinik for hjertesygdomme, der fremlægges som bilag P. Heraf fremgik bl.a.:

'Den sidste undersøgelse med radioaktiv sukkerstof viser, at der ikke er tegn til sygdommen sarkoidosen. Hverken i hjertet eller i de andre organer.

Jeg mener man må konkludere, at dine forandringer i hjertet er følger efter en blodprop som er opløst igen. Blodproppen har forårsaget iltmangel i hjertemusklen og arvvævsdannelse i hjertets spids.

Behandlingen af din sygdom er så optimal, som den kan blive med den nuværende medicin og den biventrikulære ICD enhed. Du bør fortsætte med behandlingen livslangt.'

Efter yderligere korrespondance mellem parterne (bilag Q), forelagde PFA med forsikredes samtykke den 16. juli 2019 (bilag R) sagen for Videntcenter for Helbred & Forsikring (herefter HEFO). I forelæggelsen anmodede PFA HEFO om at forholde sig til alle tre anmeldte diagnoser – blodprop i hjertet, kronisk hjertesvigt og livstruende rytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed.

I vurdering af 24. juli 2019 (bilag S) anførte HEFO bl.a.:

'Forsikrede blev september 2017 indlagt på grund af åndenød igennem 1½ måned. Ved hjerteultralydskanning fandtes svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%. Forsikrede blev sat i behandling for hjertesvigt. I det efterfølgende udrednings- og kontrolforløb er det beskrevet, at

forsikrede var NYHA klasse 1-2. Forsikrede fik i april 2018 profylaktisk foretaget implantation af CRT-D system.

På ekg fra september 2017 sås forandringer der kunne tyde på en tidligere LAD okklusion. Ved KAG oktober 2017 sås også forandringer i LAD, som kunne være betinget af et tidligere infarkt. Efter en omfattende udredning blev det januar 2019 beskrevet, at man samlet opfattede, at forandringerne i venstre ventrikel var forårsaget af et tidligere anteriort myokardieinfarkt. Genesen til dette kunne være en lyseret trombe i LAD.

I forhold til selskabets forespørgsel vedr. de forskellige diagnoser vurderer de lægelige konsulenter følgende:

- Ad AMI: Det er ikke i udredningsforløbet dokumenteret, at der har været tale om AMI. Man har opfattet tilstanden som følge efter et myokardieinfarkt, men det er ikke dokumenteret. I givet fald kan det ikke dateres og må helt sikkert være før september 2017*
- Ad hjertesvigt: Der er ingen tvivl om, at forsikrede har hjertesvigt, men han har i hele forløbet været i NYHA klasse 1-2*
- Ad ICD: Denne er indsat profylaktisk - der er ikke i forløbet set livsfarlig arytmi. På baggrund af ovenstående opfylder forsikrede ikke betingelserne for Kritisk Sygdom for nogen af de tre tilstande.'*

PFA meddelte i afgørelse af 20. august 2019 (bilag T), at forsikrede hverken var berettiget til udbetaling af sum ved kritisk sygdom i anledning af blodprop i hjertet, kronisk hjertesvigt eller indsættelse af ICD-enhed.

Efter yderligere korrespondance mellem parterne anmodede forsikrede den 17. september 2019 (bilag U) om, at sagen blev forelagt for PFA's klageansvarlige afdeling. I afgørelse af 21. november 2019 (bilag V) fastholdt PFA's klageansvarlige afdeling de tidligere afgørelser i sagen. Sagen er herefter indbragt for Ankenævnet, og forsikrede har alene klaget over PFA's afslag på udbetaling af sum i anledning af den anmeldte blodprop i hjertet.

Begrundelse for PFA's afgørelse

PFA fastholder, at det ikke er dokumenteret, at forsikrede har haft en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), der opfylder kriterierne for udbetaling i punkt 5.2.1 i pensionsvilkårene (bilag B).

Der blev ved hjerteultralydskanning den 4. september 2017 fundet svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%, der er en blodprop inden i et af hjertekamrene og ikke i kranspulsåren, som forudsat i punkt 5.2.1. Der blev samtidig anført, at der var mistanke om tidligere LAD okklusion (myokardieinfarkt), men at det tydede på en ældre problematik.

De behandlende læger har i hospitalsjournalnotat af 29. januar 2019 (bilag J) givet udtryk for, at de samlet set opfatter forandringerne i venstre ventrikel som forårsaget af tidligere anteriort myokardieinfarkt. I journalnotatet af 8. marts 2019 (bilag L) er anført, at '*der højst sandsynligt er tale om forandringer grundet tidl. stumt myokardieinfarkt.*'

I journalnotat af 15. april 2019 (bilag K) konkluderes, at grundsygdommen må være iskæmisk hjertesygdom med '*følger efter anteroapikalt myokardieinfarkt på baggrund af lyseret trombe i LAD*'.

Det er herefter ikke på det foreliggende grundlag dokumenteret, at forsikrede skulle have haft et akut myokardieinfarkt, der opfylder udbetalingskriterierne i punkt 5.2.1 pensionsvilkårene.

PFA henviser til, at det ikke på det foreliggende er fastslået, hvornår et eventuelt myokardieinfarkt skulle være indtrådt.

PFA henviser endvidere til, at der ikke i udredningsperioden fra 2017 til 2019 ses en for akut myokardieinfarkt typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin) med mindst én værdi klart diagnostisk forhøjet samt evidens for AMI med mindst to af kriterierne i punkt 5.2.1, a, b eller c

Forsikrede har i sin klage til PFA af 2. juli 2019 (bilag O) vedlagt dele af laboratorieudskrift fra sundhed.dk, som PFA formoder vedrører forsikrede. Heraf fremgår, at der den 2. september 2017 er målt en værdi af Pro-Brain natriur.peptid [ProBNP];p på 801. PFA har i forbindelse med ankenævns sagen adspurgt selskabets lægekonsulent om dette, og han udtalte, at selvom forhøjet Pro-Brain natriur.peptid [ProBNP];p godt kan ses ved myokardieinfarkt, så er det ikke en biologisk biomakør, der bruges til diagnosticering af myokardieinfarkt såsom troponin.

Endelig henviser PFA til, at HEFO i vurdering af 24. juli 2019 (bilag S) har anført, at det ikke er dokumenteret, at forsikrede skulle have haft et akut myokardieinfarkt (AMI).

Konklusion

På baggrund af det anførte fastholder PFA, at forsikrede ikke på det foreliggende grundlag har dokumenteret, at han har haft en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt), der opfylder udbetalingskriterierne i punkt 5.2.1 i pensionsvilkårene."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Af udskrivningsepikrise af 4/9 2017 fra hospital 1 fremgår bl.a.:

"EPIKRISER

[Mand i 40'erne], tidligere hjerte/lungerask. Disponeret til iskæmisk hjertesygdom i form af mangeårigt tobaksforbrug. Pt. indlægges nu på mistanke om DVT og lungeemboli grundet 1½ måneders anamnese med åndenød. Ingen angina. Har i forløbet været i behandling på mistanke om pneumoni via egen læge uden større effekt. Herinde finder man DVT af højre UE. D-dimer forhøjet til 8, og der laves CT-skanning der påviser centrale bilaterale lungeembolier fra pulmonalarterier strækkende sig ud i segmentarterierne. Pt. fuldstændigt upåvirket heraf. Saturerer således knapt 100% uden ilt. Opstarter Fragmin behandling og telemetreres uden tegn til arytmi. Der tages biomarkører med normal TnT på 12. Ved hjerteultralydskanning findes svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%. Stor muraltrombe i apex. Venstre ventrikel dilateret til 7 cm. Tyder på ældre problematik. Der tages ekg der viser manglende R-takker i hele forvæggen og Q-takker. Man mistænker således tidligere LAD okklusion."

Af journalnotat af 29/1 2019 fra hospital 2 fremgår bl.a.:

"Beskrivelse: Patientens sygehistorie gennemgået med overlæge ...

Patienten debuterer [i 40'erne] med åndenød. Der konstateres bilaterale lungeembolier og samtidig en dilateret venstre ventrikel med diameter på 7 cm og en EF på 25%. Der findes apikal aneu-

rismedannelse med en stor fladeformet apikal muraltrombe. Gives medicinsk hjertesvigtsbehandling og på grund af atypisk venstresidig grenblok implanteret et CRTDsystem. Er trombofiliudredt x 2, hvor man har fundet isoleret set forhøjet faktor VIII. Uklart hvad dette medfører. Der er familiær disposition til iskæmisk hjertesygdom. Patienten har hyperkolesterolemie med total kolesterol på 6,0. Var ryger op til aktuelle.

Ekg viser udtalt Q-taksdannelse i anteriore og prækordiale afledninger.

KAG viser egentlig glatvæggede kranspulsårer, men der er slow flow fænomen i LAD, hvilket kan være betinget af tidligere infarkt.

TEE undersøgelse uden tegn til venoarteriel shunt.

Samlet set opfatter vi forandringerne i venstre ventrikel forårsaget af tidligere anteriort myokardieinfarkt. Genesen hertil kan være en lyseret trombe i LAD, som kan være opstået på baggrund af rygning, alternativt trombofili, som også kan forklare de coeksisterende lungeembolier. Frafalder således diagnosen DCM."

Af journalnotat af 8/3 2019 fra hospital 2 fremgår bl.a.:

"Konklusion: Moderat nedsat systolisk funktion af ve. ventrikel med dilatation af samme og akinesi anteriort og især apikalt.

Samlet EF ca. 40-45%.

Ambulant notat:

[Mand i 40'erne], kendt med hjertesvigt, kommer til klinisk og ekkokardiografisk kontrol. Pt. har det godt, føler ikke han er særligt begrænset af hverken sit hjertesvigt eller af medicinen. Har lige været på skiferie og kunne køre næsten uhæmmet på ski. Angiver, det nok er nogenlunde uændret siden for 6 mdr. siden. Ingen hjertebanken, bryst smerter eller vand i benene. Bærer støttestrømpe på hø. ben fortsat grundet DVTen. Der har været forskellige teorier om genesen til pt.s hjertesvigt, initielt har man tænkt dilateret kardiomyopati efter normal gentest, fund af slowflow i LAD, på trods af egentlige glatvæggede kranspulsårer, ingen shunts, familiær disposition til iskæmisk hjertesygdom. Man har vurderet, at der højst sandsynligt er tale om forandringer grundet tidl. stumt myokardieinfarkt."

Af journalnotat af 12/3 2019 fra hospital 2 fremgår bl.a.:

"Aktuelt:

Beskrivelse: Pt. kommer ledsaget af sin [familiemedlem]. Jeg resumerer sygehistorien, som er angivet i mit notat.

Pt. er frustreret over de mange forskellige udmeldinger. Jeg oplyser om, at vi har lavet en revurdering af hele forløbet på baggrund af det fuldstændige undersøgelsesprogram og at vi mest sandsynligt finder det, at pt. har haft apikal myokardieinfarkt på baggrund af formodet trombe i LAD som sidenhen er lyseret.

Billedet ligner ikke dilateret kardiomyopati, som tidligere antaget. Der er endvidere tendens til venøs tromboembolisk sygdom med lungeemboli, som var tilstede på debuttidspunktet. I tillæg her til fladeformet apikal muraltrombe i venstre ventrikel. Man har undersøgt for, om der er persisterende fosterhul mellem forkamrene, men dette er ikke tilfældet. Der er foretaget trombofili-

udredning 2 gange, hvor man har fundet en forhøjet factor VIII, som kan være disponerende til trombose.

Retrospektivt oplyser pt., hvilket bekræftes af [familiemedlem], at han 1 måned forinden indlæggelsen havde tilfælde med svær nyopstået åndenød og måske også pres i brystkassen. Han konsulterede egen læge, som mente der var tale om viral infektionssygdom. Hele den efterfølgende måned op til indlæggelsen, havde han åndenød specielt ved fysisk anstrengelse. Han kunne ikke spille ... som tidligere. Der er et ubehandlet totalcholesterol på 6,1, LDL 4,1, HDL 0,89 og Triglycerider 2,4. Eneste diff.diagnose er efterhånden kardiell sarkoidose, som kan give udtynding af myokardiet. Det virker dog på ingen måde oplagt, at der er tale om denne tilstand.

...

Konklusion:

Beskrivelse: Konklusivt opfatter således tilstanden som sequelae efter anteroapikalt myokardieinfarkt med aneurismedannelse af venstre ventrikels apex med efterfølgende mural trombe. Samtidig har pt. haft svær venøs tromboembolisk sygdom med bilaterale lungeembolier. Der kan være en sammenhæng i form af en generel trombosetilbøjelighed, men de 2 tilstande kan også tilfældigvis være optrådt på samme tidspunkt."

Af journalnotat af 15/4 2019 fra hospital 2 fremgår bl.a.:

"Beskrivelse: FDG PET undersøgelse uden tegn til kardiell eller ekstrakardiell sarkoidose. Der er opladning i lymfeknuderne på halsen, men på undersøgelsestidspunktet har pt. oplyst mig om, at han havde streptokok tonsilit. Således reaktive forandringer.

Grundsygdommen må være iskæmisk hjertesygdom med følger efter anteroapikalt myokardieinfarkt på baggrund af lyseret trombe i LAD. Den medicinske behandling er optimal, inkl. livslang AK behandling pga. lungeemboli og multitrombe. Pt. afsluttes til klinisk opfølgning hos kollegerne i [hospital 1], men fortsætter naturligvis forløbet i ICD-amb."

Af brev af 23/4 2019 fra afdelingslæge på hospital 2 fremgår bl.a.:

"Den sidste undersøgelse med radioaktiv sukkerstof viser, at der ikke er tegn til sygdommen sarkoidosen. Hverken i hjertet eller i de andre organer.

Jeg mener man må konkludere, at dine forandringer i hjertet er følger efter en blodprop som er opløst igen. Blodproppen har forårsaget iltmangel i hjertemusklen og arvvævsdannelse i hjertets spids. Behandlingen af din sygdom er så optimal, som den kan blive med den nuværende medicin og den biventrikulære ICD enhed. Du bør fortsætte med behandlingen livslangt.

Den videre opfølgning bliver som tidligere skitseret hos kollegerne i [hospital 1]. Du skal naturligvis fortsat have kontrolleret din ICD hos os."

Af vurdering af 24/7 2019 fra Videntcenter for Helbred og Forsikring fremgår bl.a.:

"Medicinsk vurdering af Visse Kritiske Sygdomme

Videntcenter for Helbred & Forsikrings lægelige konsulenter har gennemgået de fremlagte helbredsoplysninger og finder, at kriterierne ved Visse Kritiske Sygdomme ikke er opfyldte.

Forsikrede blev september 2017 indlagt på grund af åndenød igennem 1 ½ måned. Ved hjerteultral lydskanning fandtes svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%. Forsikrede blev sat i behandling for hjertesvigt. I det efterfølgende udrednings- og kontrolforløb er det beskrevet, at forsikrede var NYHA klasse 1-2. Forsikrede fik i april 2018 profylaktisk foretaget implantation af CRT-D system.

På ekg fra september 2017 sås forandringer der kunne tyde på en tidligere LAD okklusion. Ved KAG oktober 2017 sås også forandringer i LAD, som kunne være betinget af et tidligere infarkt. Efter en omfattende udredning blev det januar 2019 beskrevet, at man samlet opfattede, at forandringerne i venstre ventrikel var forårsaget af et tidligere anteriort myokardieinfarkt. Genesen til dette kunne være en lyseret trombe i LAD.

I forhold til selskabets forespørgsel vedr. de forskellige diagnoser vurderer de lægelige konsulenter følgende:

- Ad AMI: Det er ikke i udredningsforløbet dokumenteret, at der har været tale om AMI. Man har opfattet tilstanden som følge efter et myokardieinfarkt, men det er ikke dokumenteret. I givet fald kan det ikke dateres og må helt sikkert være før september 2017
- Ad hjertesvigt: Der er ingen tvivl om, at forsikrede har hjertesvigt, men han har i hele forløbet været i NYHA klasse 1-2
- Ad ICD: Denne er indsat profylaktisk - der er ikke i forløbet set livsfarlig arytmi.

På baggrund af ovenstående opfylder forsikrede ikke betingelserne for Kritisk Sygdom for nogen af de tre tilstande."

Af pensionsvilkår gældende fra den 24/7 2017 fremgår bl.a.:

"5. Særlige pensionsvilkår for PFA Kritisk sygdom

5.1. Dækning

Forsikringen dækker med en engangsudbetaling, hvis den forsikrede i forsikringstiden får stillet en af de diagnoser, der er nævnt i punktet 'Kritiske sygdomme', og de øvrige betingelser for dækningen er opfyldt.

5.2. Kritiske sygdomme

De følgende diagnoser anses for kritiske sygdomme, som kan give ret til udbetaling:

1. Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI))
2. Hjerterkaroperation på grund af svær kranspulsåreforkalkning (by-pass/PCI)
3. Kronisk hjertesvigt med svære symptomer i hvile og nedsat funktionsevne
4. Livstruende rytmeforstyrrelser med indoperation af ICD-enhed (hjertestøder)
5. Hjerterklapoperation på grund af hjerterklapfejl

...

1. Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI))

Blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI)) definerer PFA Pension som et akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet.

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

- a. Symptomer på myokardieiskæmi (pludseligt opståede vedvarende brystsmerter)
- 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, myoscintigrافي eller MR-scanning) for nyopstået tab af hjertemuskelvæv/regional dyskinesi.

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

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 8/9 2017 til selskabet, at han den 2/9 2017 havde fået stillet diagnosen kronisk hjertesvigt, hvorefter selskabet i brev af 27/10 2017 afviste at udbetale sum ved kritisk sygdom med henvisning til, at det på daværende tidspunkt var for tidligt at vurdere, om hans hjertesvigt var kronisk i en sådan grad, at betingelserne er opfyldt. Han anmeldte den 27/3 2018, at han den 14/3 2018 havde fået stillet diagnosen ICD-enhed. Selskabet afviste udbetaling i brev af 8/5 2018 blandt andet med henvisning, at klageren havde fået indopereret ICD-enheden profylaktisk, og ikke fordi han havde haft livstruende rytmeforstyrrelser, som forudsat i pensionsvilkårenes punkt 5.2.4.

Klageren anmeldte efterfølgende den 26/4 2019, at han den 15/4 2019 fik stillet diagnosen blodprop i hjertet. Selskabet afviste i afgørelse af 26/6 2019 at udbetale sum ved kritisk sygdom i anledning af blodprop i hjertet med henvisning til, at det ikke var dokumenteret, at klageren havde haft akut blodprop i hjertet af svær grad, som opfyldte kriterierne i vilkårenes punkt 5.2.1. Den 21/11 2019 fastholdt selskabets klageansvarlige afdeling afgørelsen. Klageren ønsker at få udbetalt forsikringssum for kritisk sygdom, jf. forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.1 for blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI)).

Klageren har anført, at forløbet startede ca. 1 måned før den 2/9 2017, at han fik veneblodpropper i højre ben og deraf blodpropper i lungerne, og at der i den forbindelse konkluderes hjertesvigt, som blev opstarten til en mængde undersøgelser for at finde årsagen. Klageren har også anført, at selskabet afviser dækning på grund af det lange udredningsforløb, og han mener, at forløbet har været nødvendigt, idet der har været tale om et atypisk forløb.

Selskabet har blandt andet anført, at det på det foreliggende grundlag ikke er fastslået, hvornår et eventuelt myokardieinfarkt skulle være indtrådt, og at der ikke i udredningsperioden fra 2017 til 2019 ses indikation for et akut myokardieinfarkt, som opfylder forsikringsbetingelserne. Selskabet har endvidere anført, at selskabets lægekonsulent har udtalt, at selvom forhøjet Pro-Brain natriur.peptid [ProBNP];p kan forekomme ved myokardieinfarkt, er det, modsat f.eks. troponin, ikke en biologisk biomakør, der bruges til diagnosticering af myokardieinfarkt. Selskabet henviser til, at Videncenter for Helbred og Forsikring i vurdering af 24/7 2019 har anført, at det ikke er dokumenteret, at klageren skulle have haft et akut myokardieinfarkt (AMI).

Af udskrivningsepikrise af 4/9 2017 fra hospital 1 fremgår det, at "der tages biomarkører med normal TnT på 12. Ved hjerteultralydskanning findes svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%. Stor muraltrombe i apex. Venstre ventrikel dilateret til 7 cm. Tyder på ældre problematik. Der tages ekg der viser manglende R-takker i hele forvæggen og Q-takker. Man mistænker således tidligere LAD okklusion".

Af journalnotat af 12/3 2019 fra hospital 2 fremgår det, at "retrospektivt oplyser pt., hvilket bekræftes af [familiemedlem], at han 1 måned forinden indlæggelsen havde tilfælde med svær nyopstået åndenød og måske også pres i brystkassen. Han konsulterede egen læge, som mente der var tale om viral infektionssygdom. Hele den efterfølgende måned op til indlæggelsen, havde han åndenød specielt ved fysisk anstrengelse. Han kunne ikke spille ... som tidligere. Der er et ubehandlet totalkolesterol på 6,1, LDL 4,1, HDL 0,89 og Triglycerider 2,4. Eneste diff.diagnose er efterhånden kardiell sarkoidose, som kan give udtynding af myokardiet. Det virker dog på ingen måde oplagt, at der er tale om denne tilstand", og at "konklusivt opfatter således tilstanden som sequelae efter anteroapikalt myokardieinfarkt med aneurismedannelse af venstre

ventrikels apex med efterfølgende mural trombe. Samtidig har pt. haft svær venøs tromboembolisk sygdom med bilaterale lungeembolier. Der kan være en sammenhæng i form af en generel trombosetilbøjlighed, men de 2 tilstande kan også tilfældigvis være optrådt på samme tidspunkt".

Det fremgår af journalnotat af 15/4 2019 fra hospital 2, at "grundsygdommen må være iskæmisk hjertesygdom med følger efter anteroapikalt myokardieinfarkt på baggrund af lyseret trombe i LAD. Den medicinske behandling er optimal, inkl. livslang AK behandling pga. lungeemboli og mutaltrombe. Pt. afsluttes til klinisk opfølgning hos kollegerne i [hospital 1], men fortsætter naturligvis forløbet i ICD-amb".

Af brev af 23/4 2019 fra afdelingslæge på hospital 2 fremgår det, at "jeg mener man må konkludere, at dine forandringer i hjertet er følger efter en blodprop som er opløst igen. Blodpropen har forårsaget iltmangel i hjertemusklen og arvvævsdannelse i hjertets spids. Behandlingen af din sygdom er så optimal, som den kan blive med den nuværende medicin og den biventrikulære ICD enhed. Du bør fortsætte med behandlingen livslangt".

Af Videntcenter for Helbred og Forsikrings udtalelse af 24/7 2019, fremgår det, at "det er ikke i udredningsforløbet dokumenteret, at der har været tale om AMI. Man har opfattet tilstanden som følge efter et myokardieinfarkt, men det er ikke dokumenteret. I givet fald kan det ikke dateres og må helt sikkert være før september 2017".

Det fremgår af forsikringsbetingelsernes punkt 5.2.1, at "blodprop i hjertet af svær grad (akut myokardieinfarkt (AMI)) definerer PFA Pension som et akut opstået henfald af en del af hjertets muskelvæv, som følge af pludseligt ophørt blodtilførsel til den pågældende del af hjertet. Diagnosen skal være klar og entydig for akut myokardieinfarkt ud fra en typisk stigning og/eller fald i kardiale biomarkører (fortrinsvis troponin) med mindst én værdi klart diagnostisk forhøjet samt evidens for AMI med mindst to af følgende kriterier: a. Symptomer på myokardieiskæmi (pludseligt opståede vedvarende brystmerter) 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, myoscintografi eller MR-scanning) for nyopstået tab af hjertemuskelvæv/regional dyskinesi. Diagnosen skal være stillet på hospital eller af kardiologisk speciallæge".

Efter en gennemgang af sagen – herunder de lægelige oplysninger – finder nævnet ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har afvist at udbetale summen ved kritisk sygdom med henvisning til, at betingelserne i pensionsvilkårenes punkt 5.2.1 ikke er opfyldt.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på udtalelsen fra Videncenter for Helbred og Forsikring af 24/7 2019.

Nævnet har også lagt vægt på, at det af udskrivningsepikrise af 4/9 2017 fra hospital 1 fremgår, at "der tages biomarkører med normal TnT på 12. Ved hjerteultralydskanning findes svær venstresidig hjerteinsufficiens med EF på 25%. Stor muraltrombe i apex. Venstre ventrikel dilateret til 7 cm. Tyder på ældre problematik. Der tages ekg der viser manglende R-takker i hele forvæggen og Q-takker. Man mistænker således tidligere LAD okklusion".

Nævnet har endvidere lagt vægt på, at det af journalnotat af 15/4 2019 fra hospital 2, at "grundsygdommen må være iskæmisk hjertesygdom med følger efter anteroapikalt myokardieinfarkt på baggrund af lyseret trombe i LAD".

Det, som klageren i øvrigt har anført – herunder afdelingslægens brev af 23/4 2019 fra hospital 2, hvoraf fremgår, at "jeg mener man må konkludere, at dine forandringer i hjertet er følger efter en blodprop som er opløst igen. Blodproppen har forårsaget iltmangel i hjertemusklen og arvvævsdannelse i hjertets spids" – kan ikke føre til andet resultat.

Som følge heraf

Ankenævnet *for* Forsikring

14.

94875

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.


Peter Thønnings