

Ankenævnet *for* Forsikring

Den 8. oktober 2025 blev i sag nr. 103816:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

mod

Aros Forsikring
Viby Ringvej 4
8260 Viby J

afsagt

k e n d e l s e :

Forsikringstageren har retshjælpsforsikring. I klage af 20/6 2025 har klagerens advokat bl.a. anført:

"På vegne af min klient indgiver jeg hermed klage over Aros Forsikrings afvisning af retshjælpstilsagn i ovennævnte sag af den 22. maj 2025.

Faktiske forhold

Som det fremgår af vedlagte stævning, foreligger der et rimeligt grundlag for at føre retssagen.

Det skal særligt bemærkes, at Aros Forsikring i denne sag optræder i en dobbeltrolle, idet selskabet både er:

- Ulykkesforsikringsgiver (den part der ønskes udtaget stævning imod)
- Retshjælpsforsikringsgiver

Påstand

Aros Forsikring tilpligtes til at give retshjælpstilsagn i sagen.

Begrundelse

Med henvisning til den vedlagte stævning er det vores opfattelse, at sagen har et rimeligt retligt grundlag, og at betingelserne for retshjælpsdækning derfor er opfyldt i henhold til forsikringsvilkårene.

Sagen kort:

[Klageren] er den 24.10.2020 ude at køre sammen med hustruen ..., da parret blev frontalt påkørt af en modkørende bilist, som vil overhale en anden svingende bilist. [Klageren] pådrog sig pseudoprolapser i ryggen, bliver rygopereret, udvikler dropfod, hvilken han også er opereret for. Der

Ankenævnet for Forsikring

2.

103816

er betydelige nerveskader i ryggen, som også påvirker blærefunktionen. [Klageren] dør med spasmer i benene. [Klageren] er i dag i kørestol. Forud for ulykken var [klageren] tilkendt førtidspension efter en arbejdsulykke i 2000, hvor han blev tilkendt et men-tab på 85 % som følge af hovedskade.

Aros Forsikring har i første omgang afvist at betale acontoerstatning og efter klage til den klageansvarlige, har den klageansvarlige den 09.05.2023 afvist, at der er årsagssammenhæng mellem ulykken og følgerne.

Sagen har herefter været forelagt Ankenævnet for Forsikring, der ikke har fundet grundlag for at kritisere Aros's afgørelse, idet Ankenævnet for Forsikring har vurderet, at hovedårsagen til klagerens gener ikke er ulykken den 24.10.2020, men derimod en forudbestående ryglidelse samt følger efter patientskade, som opstod i forbindelse med lægebehandling nødvendiggjort grundet den forudbestående ryglidelse, som efter forsikringsselskabets opfattelse ikke ifølge deres betingelser er omfattet af dækningen.

Nærværende sags hovedtvist er derfor om det er trafikulykken, der er hovedårsagen til de gener, som er opstået efter trafikulykken d. 24.10.2020, samt om selskabet gyldigt kan påberåbe sig deres ansvarsfriheds klausul i henhold til deres betingelser.

Som det fremgår af vedlagte udkast til stævning og klage til den klageansvarlige, foreligger der væsentligt grundlag for at tilsidesætte Ankenavnets afgørelse. Dette skal særligt ses i lyset af, at nærværende sag hovedsageligt vedrører en lægefaglig bedømmelse af den indtrufne skade. Ankenævnet for Forsikring besidder ikke den nødvendige lægefaglige sagkundskab, hvorfor sagen bør forelægges Retslægerådet, således at min klient kan opnå en forsvarlig og kvalificeret vurdering af den medicinske årsagssammenhæng.

Der henvises til det vedlagte stævningsudkast, som understøtter, at der foreligger et rimeligt grundlag for at føre sagen ved domstolene.

Jeg skal samtidig gøre opmærksom på, at modkørendes ansvarsforsikringsselskab (...) samt [klagerens] andet ulykkesforsikringsselskab (...) på nuværende tidspunkt har udbetalt hver 40 % mén, dvs. at de og deres lægekonsulenter har fundet, at ulykken var egnet til at medføre de gener, som også påberåbes over for Aros forsikring. Der foreligger således både juridiske og lægefaglige vurderingsforskelle, som yderligere understøtter rimeligheden og nødvendigheden af at få sagen forelagt Retslægerådet til sagkyndig vurdering. Afgørelserne fra begge forsikringsselskaber vedlægges denne ansøgning."

Klagerens advokat har den 17/7 2025 bedt om hastebehandling af sagen, idet selskabet ikke har ønsket at suspendere forældelsesfristen. Selskabet har den 31/7 2025 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Selskabet skal hermed fremkomme med sine bemærkninger til ovennævnte sag, der angår spørgsmålet om, hvorvidt klager skal bevilges retshjælp til en retssag mod Aros Forsikring.

Ikke rimelig grund

Indledningsvis bemærkes det, at Ankenævnet for Forsikring har afgjort den materielle sag under sagsnr. 100596, hvor Ankenævnet for Forsikring gav selskabet medhold i, at hovedårsagen til klagers aktuelle gener ikke var det anmeldte ulykkestilfælde, men derimod klagers forudbestående ryglidelse samt følger efter patientskade, som opstod i forbindelse med lægebehandling, der var nødvendiggjort af klagers forudbestående ryglidelse.

Den materielle sag blev afgjort af et enigt nævn og dermed uden dissens.

Det er selskabets opfattelse, at klager ikke har rimelig grund til at indbringe AK 100596 for domstolene, hvorfor klager ikke er berettiget til forhåndstilsagn om retshjælpsdækning fra Aros Forsikring, jf. vilkårenes pkt. 3.2 og 7.a.

Det er sædvanlig praksis, at hvis en klager har tabt en sag i et ankenævn eller hos en offentlig myndighed, så skal klageren fremlægge dokumentation for, at en domstol vil komme til et andet resultat end ankenævnet hhv. den offentlige myndighed.

I denne sag skal klager således dokumentere, at en domstol vil komme til et andet resultat end Ankenævnet for Forsikring.

Aros Forsikring gør gældende, at klager ikke har fremlagt sådan dokumentation i forbindelse med sin retshjælpsansøgning, ej heller ved sagens indbringelse for ankenævnet.

For så vidt angår den fremlagte udtalelse fra Retslægerådet (bilag 26), så skal nævnet notere sig, at denne (formentlig) er indhentet under en EAL-sag. I en EAL-sag gælder sårbarhedsprincippet og de almindelige erstatningsretlige principper. Tilsvarende gør sig ikke gældende i en privat ulykkes-sag, hvor parternes rettigheder og pligter følger af forsikringsaftalen. I en privat ulykkessag skal skadelidte således ikke tages, som skadelidte er. Sårbarhedsprincippet gælder med andre ord ikke. Derimod kigger man på, om klager med overvejende grad af sandsynlighed har godtgjort årsagssammenhæng, idet der i relation til den medicinske egnethed skal sammenlignes med en forud rask krop, ligesom der i forsikringsbetingelserne direkte er aftalt en række undtagelser for dækning, herunder:

1. *Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg (bortset fra ildebefindende eller besvimelse)*
2. *Forværring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom.*
3. *Følger efter tandlæge-, læge- og andre behandlinger, som ikke er nødvendiggjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.*
4. *Et før ulykkestilfældet bestående invaliditet berettiger ikke til erstatning og kan ikke bevirke, at erstatningen ansættes højere, end hvis en sådan invaliditet ikke havde bestået.*

Der henvises endvidere til indholdet og præmisserne i AK 100596.

Den fremlagte udtalelse fra Retslægerådet i bilag 26 er således ikke relevant for vurderingen af en privat ulykkessag, da bevisbyrdereglerne er vidt forskellige, og da de nævnte undtagelser i forsikringsbetingelserne for en privat ulykkessag ikke gælder i en EAL-sag. Og endelig fortæller udtalelsen heller ikke noget om, hvorvidt skadelidte havde godtgjort årsagssammenhæng i den konkrete sag.

Dette leder mig videre til at italesætte, at vurderingen af det varige mén i [modpartens ansvarsforsikrings] EAL-sag ikke uden videre kan overføres til vurderingen i en privat ulykkessag. I en EAL-sag gælder som nævnt sårbarhedsprincippet, og de nævnte undtagelser i en privat ulykkesforsikring kan ikke anvendes. Jeg har dog noteret mig, at [modpartens ansvarsforsikring] har foretaget et mindre fradrag på 2 % for så vidt angår forudbestående lændegener, og det er også værd at bemærke, at denne EAL-vurdering heller ikke matcher vurderingen i klagers arbejdsskadesag, som har fastsat méngraden markant højere (40 % vs. 85 %). Dette hænger dog igen fint sammen med de bevisbyrdereregler, der gælder for arbejdsskadesager vs. EAL-sager, men da klagers méngrad i denne sag skal vurderes ud fra en privat ulykkessag, er det ikke muligt blot at overføre vurderingen fra EAL-sagen, og derfor ændrer [modpartens ansvarsforsikrings] EAL-vurdering ikke på den private ulykkessag hos Aros Forsikring.

For så vidt angår den fremlagte vurdering fra Ankestyrelsen i arbejdsskadesagen (bilag 12) gøres det tilsvarende gældende, at afgørelsen ikke kan overføres til klageres private ulykkessag. I en arbejdsskadesag finder arbejdsskadesikringsloven anvendelse, og når en skade anerkendes som en arbejdsskade, foreligger der en formodning for, at alle generne som udgangspunkt er en følge af arbejdsskaden. Ved ulykkesforsikringer er det som nævnt vilkårene i forsikringsbetingelserne, der bestemmer dækningsomfanget, og skadelidte har bevisbyrden for, at der er årsagssammenhæng mellem generne og den anmeldte skade. Bevisbyrden er således ligefrem, og beviskravet er overvejende sandsynlighed.

Da lovgrundlaget ikke er ens ved arbejdsskader og private erstatningssager, kan afgørelserne falde forskelligt ud.

Den fremlagte afgørelse fra Ankestyrelsen ændrer således heller ikke ved vurderingen af den private ulykkessag.

I relation til vurderingen af patientskaden (bilag 11) gøres det gældende, at patientskaden består i, forsinket diagnose og tålereglen (skade i form af dropfod hhv. nedsat blærefunktion). Der er intet i afgørelsen der taler for, at de operationer, som klager gennemgik, var en direkte følge af trafikuheldet. Derimod foretages operationerne, jf. vores lægekonsulenters vurdering og [speciallæge i neurokirurgi¹] erklæring, som følge af forud svært slid, non-traumatisk discusfrembulung og medfødt instabil glidning mellem to hvirvler. Patientskaderne er således ikke følger af nogen traumatisk og strukturel skade opstået ved trafikuheldet, og derfor er patentafgørelsen heller ikke relevant for vurderingen af vores private ulykkessag.

Til yderligere støtte kan der henvises til vedlagte udtalelse fra Retslægerådet, som cementerer, at påkørsler forfra ikke er egnet til at give varige skader på ryggen (og yderligere følger heraf).

Derfor må patientskaderne tages ud af ligningen.

Vedrørende [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] afgørelse om det varige mén i deres private ulykkessag, hvor det varige mén er vurderet til 40 %, gøres det gældende, at denne vurdering heller ikke har betydning for sagen. [Klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] har skrevet i deres begrundelse, at [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] blot lægger vægt på, at det fremgår af [modpartens ansvarsforsikrings] EAL-sag, at [modpartens ansvarsforsikring] er kommet til en vurdering af, at det varige mén er 40 %. Der er ingen specifik begrundelse for ménvurderingen hos

[klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] (ulykke), der blot 1:1 læner sig opad [modpartens ansvarsforsikrings] EAL-vurdering.

[Klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] ses således ingenlunde at have truffet en *selvstændig afgørelse om det varige mén baseret på reglerne for en privat ulykkessag*.

Det samme gør sig gældende for [klagerens andet ulykkesforsikringsselskabs] aconto vurdering af ménet til 25 %. [Klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] lægger sig også her fuldstændigt opad [modpartens ansvarsforsikrings] EAL-vurdering, som ikke udspringer af en vurdering på en privat ulykkessag, men derimod en vurdering under EAL.

At [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] i deres ulykkessag vælger at foretage EAL-vurderinger kan dog ikke belastes Aros Forsikring, og derfor er afgørelserne fra [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] heller ikke relevante for vurderingen hos Aros Forsikring.

Samlet set fastholder selskabet således, at der ikke er rimelig grund til at indbringe sagen for domstolene, da der ikke er udsigt til, at klager vil få medhold i sin sag.

Den materielle sag, som ankenævnet har afgjort, er derfor fortsat korrekt baseret på de regler, der gælder for en privat ulykkessag.

For god ordens skyld vedlægger selskabet sine to lægekonsulentvurderinger til denne sag, idet det således fremhæves, at selskabet har drøftet sagen ikke kun med én lægekonsulent, men altså med flere lægekonsulenter for at være sikker i vurderingen af ménet.

Der er ikke med nærværende ankenævns sag skabt berettiget tvivl om ménet, der kan begrunde, at Aros Forsikring nu skal bevilge retshjælp til en retssag mod selskabet selv.

Ikke konkret og aktuel tvist

Dernæst gøres det også gældende, at der ikke foreligger en konkret og aktuel tvist i retshjælpsforsikringens forstand, jf. pkt. 3.1 i vilkårene, idet klager fortsat har mulighed for selv at indhente en vejledende udtalelse om méngraden fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har således mulighed for at afgive en vejledende udtalelse om méngraden efter de regler, der gælder for private ulykkessager, men denne mulighed har klager ikke gjort brug af, og selskabet er ikke under den materielle sag blevet pålagt at betale for at indhente en sådan vejledende udtalelse.

Derfor gøres det gældende, at der p.t. ikke består en konkret og aktuel tvist i retshjælpsforsikringens forstand, jf. vilkårenes pkt. 3.1.

Det bemærkes, at klager vil få refunderet sit gebyr til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring giver klager medhold i sagen.

Da der således endnu ikke foreligger en konkret og aktuel tvist i retshjælpsforsikringens forstand, er klager heller ikke af denne grund berettiget til retshjælpsdækning til en retssag.

Selskabet fastholder på baggrund af det ovenfor anførte, at klager ikke kan bevilges forhåndstil-sagn om retshjælpsdækning, da der ikke er rimelig grund til proces, og da der p.t. ikke består en konkret og aktuel tvist, da klager ikke har indhentet en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, jf. vilkårenes pkt. 3.2 og 7.a samt 3.1."

Klagerens advokat har i brev af 18/8 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Selskabets partsindlæg af 31. juli 2025 giver ikke anledning til at ændre påstand eller argumen-ter. Men giver anledning til følgende supplerende oplysninger og bemærkninger.

Selskabets påstande

Selskabet har anført:

1. at der ikke foreligger rimelig grund til at føre sagen ved domstolene
2. at der ikke foreligger en konkret og aktuel tvist

1. Rimelig grund til domstolsbehandling

1.1 Selskabets henvisning til sædvanlig praksis

Selskabet henviser til, at det efter sædvanlig praksis påhviler en klager, som har tabt en sag ved et ankenævn eller hos en offentlig myndighed, at fremlægge dokumentation for, at en domstol vil nå til et andet resultat end ankenævnet henholdsvis den pågældende myndighed.

1.2 Undtagelse fra ankenævnsbehandling

Det bemærkes i denne forbindelse, at en sag kan undlades forelagt for Ankenævnet for Forsikring, såfremt sagen skal afgøres ved vidneførsel, eller sagen i øvrigt kræver udtalelse fra Retslægerådet (herunder tvister om årsagssammenhæng samt syn og skøn).

Sidstnævnte er netop tilfældet i nærværende sag, idet der foreligger en medicinsk kompleks sag, hvilket selskabets egne lægekonsulenter tillige erkender.

1.3 Selskabets retsstandpunkt kan ikke tiltrædes

Selskabet kan derfor ikke støtte ret på sin påstand, da nærværende sag er så medicinsk kompleks, at den nødvendiggør behandling ved Retslægerådet.

1.4 Dokumentation for sagskompleksitet

At sagen er medicinsk kompleks fremgår såvel af det fremlagte stævningsudkast som af selskabets egne lægekonsulenter, der vurderer, at der er tale om en medicinsk særdeles vanskelig sag.

Der henvises til vedlagte bilag, hvoraf selskabets egen lægekonsulent udtaler følgende:

'Dette er da en sag hvor vi skal skønne i udstrakt grad. Den er medicinsk meget svær', jf. Lægekonsulent A udtalelse af 20.4.2022 – fremlagt af Aros Forsikring.

1.5 Yderligere dokumentation

Der henvises endvidere til vedlagte mail af 18. juli 2022, hvor Aros Forsikring sender klagers re-præsentant en mail, hvori deres lægekonsulent citeres. Af denne korrespondance fremgår det utvetydigt, at der foreligger en kontroversiel sag, som vil ende som en P-sag ved AES

Ankenævnet *for* Forsikring

7.

103816

1.6. Retslægerådet

For så vidt angår selskabet bemærkning om bilag 26 skal det fremhæves, at Retslægerådets vurdering af årsagssammenhæng er en medicinsk vurdering, der i høj grad baserer sig på naturvidenskabelige overvejelser. Dette betyder, at Retslægerådets vurderinger er uafhængige af, om der er tale om en ansvarssag eller en ulykkessag - deres svar vil altid være det samme under de samme omstændigheder. Selskabets konklusion er derfor ikke korrekt.

1.7. [Modpartens ansvarsforsikring] og [klagerens andet ulykkesforsikringsselskabs] vurderinger

Det er korrekt, at der foreligger forskellige vurderinger i sagen. Det bemærkes imidlertid, at både [modpartens ansvarsforsikring] og [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] begge er nået frem til, at der foreligger årsagssammenhæng såvel efter Erstatningsansvarsloven som efter ulykkesforsikringens aftalegrundlag. Dette understøtter sammen med de øvrige argumenter i sagen yderligere og utvetydigt, at der foreligger rimelig grundlag for at indbringe nærværende sag for domstolene.

Der foreligger i øvrigt ikke holdepunkter for selskabets påstand om, at [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] - som er nået frem til sin egen afgørelse, der læner sig op ad [modpartens ansvarsforsikring] vurdering - ikke skulle have taget stilling til hovedårsagslæren forud for sin afgørelse. Dette er alene selskabets egen uunderbyggede påstand.

1.8 Patienterstatningens afgørelse

Som det fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 16. april 2024, fastslås det, at: *'Rygsmærterne skyldes mere sandsynligt forandringerne i ryg (degenerative forandringer), der blev akut og kraftigt påvirket i forbindelse med trafikulykken 24. oktober 2020.'* (Se stævningens bilag 11)

Der er således tale om et tilfælde, hvor hovedårsagslæren bringes i spil og skal vurderes. Det er væsentligt, at det er Patienterstatningen, der har vurderet, at der er tale om et akut og kraftigt traume i forbindelse med ulykken. Der er således ikke tale om et mindre traume, som kunne understøtte, at skadelidte ville have fået samme symptomer, selvom ulykken ikke var indtruffet.

Dette udgør netop kerneområdet for hovedårsagslæren: Ville symptomerne/skaden være opstået alligevel inden for en kort tidsramme, såfremt ulykken ikke var sket?

1.9 Speciallægeerklæringer understøtter årsagssammenhæng

Speciallægeerklæring af [speciallæge i neurokirurgi1] af den 06.04.2022 (se stævningens bilag 9): Denne erklæring understøtter den direkte årsagssammenhæng og beskriver, at der er forudbestående slidgigtsforandringer i ryggen, hvor lænderygsymptomerne indsætter i dagene efter ulykken. Speciallægen konstaterer, at ulykken i kombination med den forudbestående slidgigt er årsag til symptomerne.

Speciallægeerklæring af [speciallæge i neurokirurgi2] af den 18.02.2022 (indhentet af [modpartens ansvarsforsikring] - jf. stævningens bilag 10): Heraf fremgår det, at pågældende læge vurderer, at rygproblemet er den direkte konsekvens af ulykken.

Som det fremgår, foreligger der således adskillige forhold, der understøtter en direkte årsagssammenhæng, hvis nærmere afklaring kræver, at sagen forelægges Retslægerådet.

Ankenævnet *for* Forsikring

9.

103816

1.10 Selskabets egne lægekonsulenter bekræfter sagskompleksitet

For god ordens skyld vedlægger selskabet sine to lægekonsulentvurderinger til nærværende sag.

Som det er fremført, taler dette netop for nødvendigheden af domstolsbehandling, da selskabets egne lægekonsulenter er i medicinsk tvivl om sagen og anser den for særdeles vanskelig jf. ovenstående uddrag fra deres udtalelser.

1.8. Øvrig dokumentation for rimelig grund

At der i øvrigt foreligger rimelig grund til at indbringe sagen for domstolene, fremgår af såvel klagen til Ankenævnet for Forsikring som af det vedlagte stævningsudkast.

Konklusion

Det må således lægges til grund, at der foreligger rimelig grund til at føre sagen ved domstolene.

2. Konkret og aktuel tvist

2.1 Selskabets påstand

Selskabet anfører, at der ikke foreligger en konkret og aktuel tvist, med henvisning til at klager fortsat har mulighed for selv at indhente en vejledende udtalelse om méngraden fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES).

2.2 Selskabets manglende vejledning under sagsbehandlingen

Det skal her bemærkes, at selskabet først har oplyst om muligheden for at sende sagen til AES under nærværende sag (retshjælpssagen), og at de vil refundere omkostningerne, hvis klager får medhold.

Det forhold, at selskabet på intet tidspunkt under sagsbehandlingen af ulykkesforsikringssagen har opfordret hertil, gør, at selskabet selv finder dette argument irrelevant. Det skal dog bemærkes, at selskabets egen læge har oplyst, at sagen formentlig vil ende ved AES, da sagen er kontroversiel jf. mail af d. 18-07-2022.

2.3 Sagens medicinske kompleksitet udelukker AES-forelæggelse på nuværende tidspunkt

Dette ændrer dog ikke på, at sagen er så medicinsk kompleks, at det ikke vil være relevant på nuværende tidspunkt at få sagen forelagt for AES. Sagen skal først forelægges for Retslægerådet, som har den højeste medicinske kompetence i Danmark, hvorefter det kan overvejes, om den skal oversendes til AES med henblik på udmåling af mén.

2.4 Selskabets selvmodsigelse

Det skal dog bemærkes, at det må anses for særligt kritisabelt, at selskabet - som både dækker klagers ulykkesforsikring og retshjælp - benytter den manglende forelæggelse som argument til at afvise retshjælpsdækning, når selskabet ikke selv under behandlingen af sagen har opfordret hertil.

2.5 Konklusion vedrørende konkret og aktuel tvist

Argumentet om, at sagen ikke har været forelagt AES, kan således heller ikke af denne grund benyttes til at understøtte selskabets påstand om, at der ikke foreligger en konkret og aktuel tvist.

2.6. Samlet konklusion

Det må således lægges til grund, at der foreligger en konkret tvist og rimelig grund til at føre sagen ved domstolene.

3 I ØVRIGT - SELSKABETS HABILITETSPROBLEM

En særligt graverende omstændighed er, at den samme advokat hos Aros Klageansvarlige, som tidligere gav afslag på ulykkesforsikringskravet, nu også repræsenterer selskabet i nærværende retshjælpssag for Ankenævnet for Forsikring, jf. brev fra Aros Klageansvarlige af 09-05-2023.

Dette skaber en ekstrem interessekonflikt, hvor en enkelt advokat skal:

1. **Forsvare sin egen tidligere afgørelse** om afslag på ulykkeserstatning
2. **Argumentere for**, at klageren ikke skal have retshjælp til at anfægte denne samme afgørelse ved domstolene
3. **Vurdere objektivt**, om klager har rimelige udsigter til at få medhold mod selskabets - og dermed advokatens egen - retsopfattelse

God skik og elementære habilitetsregler ville kræve, at retshjælpsvurderingen foretages af en anden juridisk person, der ikke har medvirket ved den oprindelige afgørelse.

Konsekvensen er, at klager ikke har fået en objektiv vurdering af sine udsigter for domstolene, men derimod en vurdering fra den samme person, der har en åbenbar interesse i at fastholde sin tidligere vurderinger.

Dette understøtter yderligere, at der foreligger **rimelig grund til domstolsprøvelse**, når selv habilitetsreglerne ikke er blevet overholdt ved retshjælpsvurderingen."

Selskabet har i brev af 4/9 2025 til nævnet bl.a. anført:

"Først og fremmest har selskabets sagsbehandler ikke nogen personlig økonomisk interesse i, at der gives afslag på retshjælp i denne sag, men selskabet forstår, at der foreligger en sådan bekymring hos klager, og derfor har selskabet – for at imødekomme klager på dette punkt – valgt at videregive nærværende nævnssag til en medarbejder, der ikke har været involveret i ulykkessagen.

Selskabet gør herefter fortsat gældende, at klager ikke skal bevilges forhåndstilsagn om retshjælp til en retssag mod selskabet, og der henvises i det hele til de tidligere fremsatte anbringender i indlægget af 31. juli 2025 med tilhørende bilag.

Det gøres således fortsat gældende, at [klagerens andet ulykkesforsikringsselskab] som ulykkes-selskab ikke har foretaget sin egen juridiske og medicinske vurdering under reglerne for en privat ulykkesforsikring. [Klagerens andet ulykkesforsikringsselskabs] ménvurdering indeholder ikke nogen begrundelse.

Det gøres også fortsat gældende, at klager selv har mulighed for at indhente og betale for en vejledende udtalelse om méngraden iht. reglerne for en privat ulykkessag, som kan inddrages i retshjælpsansøgningen sendt til selskabet. Da klager imidlertid ikke har indhentet en sådan udtalelse, foreligger der ikke en konkret og aktuel tvist i retshjælpsforsikringens forstand, jf. eksempelvis AK 97.409, AK 95.995, AK 91.837 og AK 92.659. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring er fuldt ud kompetent til at vurdere spørgsmål om årsagssammenhæng og méngrad i en privat ulykkessag, og Aros Forsikring har ikke på forhånd afvist at ville følge en evt. udtalelse.

At selskabets ene lægekonsulent i øvrigt har bemærket, at der her er tale om en svær vurdering, er ikke ensbetydende med, at klager skal have retshjælp. Hvis det var tilfældet, skulle der gives retshjælp og prøves et uhørt antal sager ved domstolene, og det er hverken hensigtsmæssigt eller ønskeligt for nogen af parterne, hvorfor selskabet bestrider, at dette argument kan være udslagsgivende i sagen.

Det afgørende er derimod, at Ankenævnet for Forsikring tidligere har truffet afgørelse i denne sag til fordel for Aros Forsikring, og at der ikke er fremlagt ny lægelig dokumentation, der understøtter, at den kendelse var forkert.

Selskabet fastholder på baggrund af det ovenfor anførte, at klager ikke kan bevilges forhåndstil-sagn om retshjælpsdækning, da der ikke er rimelig grund til proces, og da der p.t. ikke består en konkret og aktuel tvist, da klager ikke har indhentet en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, jf. vilkårenes pkt. 3.2 og 7.a samt 3.1."

Nævnet har fået forelagt bilag fra sagen, hvoraf nogle gengives nedenfor. Det fremgår bl.a. af selskabets ene lægekonsulents udtalelse af 20/4 2022:

"Dette er da en sag hvor vi skal skønne i udstrakt grad. Den er medicinsk meget svær.

Vi ved at der er tilkendt ham 85% i mén for en forudbestående skade fra 2000 samt et EET fra tidligere med 100% i EET."

Det fremgår bl.a. af nævnets kendelse i sag 100596 af 25/9 2024:

"Nævnet udtaler:

Klageren, som er født i 1970'erne, var den 24/10 2020 involveret i en trafikulykke. Traumeskanning viste ikke umiddelbart tegn på brud eller andre skader. Den 28/10 2020 blev han henvist til MR-skanning grundet gener i højre fod og lændesmerter. MR-skanning den 20/11 2020 viste svære degenerationer, anterolistese på L4/L5 med modic type 2 forandringer, discusprotrusioner på lumbale segmenter fra L1 til L5 mest på L4/L5 med mistanke om affektion af L4 nerverødder. Klageren fik konstateret en højresidig dropfod og blev opereret den 18/1 2021 med nerverodsfrilægning L4/L5 på højre side. Efter operationen fik han nedsat blærefunktion. Han havde fortsat lændesmerter og dropfod. Patienterstatningen anerkendte den 16/4 2024, at klageren var påført patientskader i form af nedsat blærefunktion og dropfod. Klageren er tidligere tilkendt et varigt mén på 85 % for kognitive gener i forbindelse med en arbejdsulykke. Selskabet har afvist at betale erstatning for varigt mén med henvisning til, at der ikke er påvist årsagssammenhæng mellem ulykken og klagerens nuværende tilstand. Klageren ønsker, at selskabet anerkender, at klageren har fået varigt mén som følge af ulykken.

Klageren har anført, at ulykken er egnet til at forårsage personskade, og at selskabet ikke har dokumenteret, at hovedårsagen til klagerens gener er forudbestående sygdom, samt at to forsikringsselskaber har vurderet klagerens varige mén efter ulykken til 40 %. Klageren har anført, at selskabet ikke har dokumenteret, at forudbestående forhold er udtryk for 'sygdom' og ikke 'ulykke', idet der potentielt kan være tale om følger efter arbejdsulykken i 2000. Klageren har anført, at Patienterstatningens vurdering understøtter, at ulykken er hovedårsagen til rygskaden og de

efterfølgende gener, idet ulykken – ifølge Patienterstatningen – medførte en revne (ekstrusion) i bruskskiven mellem ryghvirvlerne.

Selskabet har anført, at klagerens tilstand med nervepåvirkning/inkarceration skyldes en forværing af forudbestående svær degenerativ rygsygdom og glidning på degenerativ/medfødt baggrund, og at blærepåvirkningen er en komplikation til operation for følger af degenerativ rygsygdom, samt at ulykken ikke er medicinsk egnet til isoleret set at medføre klagerens nuværende gener. Selskabet har anført, at der er forskel på vurderingen efter erstatningsansvarsloven og den private ulykkesforsikring, idet man på ulykkesforsikringen ikke skal tage skadelidte, som denne er, men i stedet tage udgangspunkt i en sund og rask krop.

Det fremgår af journal af 7/7 2017, at klageren har "Kraftige lændesmerter, der sidder ud i vens-tresidige glutealer og også lidt på den nordlige side af crista iliaca, henvises til fysioterapeut."

Det fremgår af journal af 14/7 2017 fra fysioterapeut, at klageren kommer "med lændesmerter - venstre side. Har ikke haft smerter eller problematikker med ryggen efter fald, men har føleforstyrrelser i hele højre side af kroppen."

Det fremgår af journal af 24/10 2020, at klagerens "Høj. fod er beskrevet med en fejlstilling på ulykkesstedet. Dette genfindes ikke på traumestuen, undertegnede kan bevæge anklen uden af pt. giver sig i smerter ... Der foreligger nu svar på traume CT-skanning, som er blank ... Bevæger arme og ben uproblematisk."

Det fremgår af journal af 28/10 2020, at klageren "kommer med 2 problematikker; Det ene er ømhed i høj. fod og det andet er udstråling fra lænden ned i ve. ben ... Pt. beskriver, at han siden traumet har haft udtalt ondt i høj. fod og at denne hævede op ... Ligeledes efter traumet den 24.10.20. beskrives at han er øm sv.t. nederste del af ryggen og at det stråler ned i høj. balde og ned i benet til et niveau over knæet. Der er en brændende varmekøbsfølelse samt en sovende følelse. Pt. kommer haltende ind på stuen og har svært ved at forklare om det skyldes smerter i høj. fod eller lændesmerterne. Formentlig er det tale om en kombination. ... Kan både dorsalt såvel som plantar flektorer i foden, dette dog indskrænket af hævelsen ... Som tidligere nævnt ingen følesans. Columna lumbalis: ... God kraft over fodled såvel som knæ og hofteled. Normal sensibilitet ... På baggrund af ovenstående objektive undersøgelser er der mistanke om påvirkning af nerverødder, obs. diskusprolaps i lumbale columna."

Det fremgår af MR-skanning af 10/11 2020, at klageren har "svære degenerative forandringer af columna lumbalis og medskannede nedre torakale segmenter i form af spondylose, osteokondrose og facetledsartrose. Anterolistese af grad 1 på L4/L5. På niveau L 1/L2 ses discusprotrusion uden nervepåvirkning. På niveau L2/L3 ses bredbaset discusprotrusion med moderat spinalstenose. På niveau L3/L4 ses bredbaset discusprotrusion med moderat spinalstenose. På niveau L4/L5 ses discusprotrusion med foraminal stenose på begge sider mest på højre side og mistanke om affektion af L4 nerverødder bilateralt mest dx. På niveau L5/S1 ses ingen protrusion eller stenose."

Det fremgår af journal af 25/11 2020, at klageren "undersøges og der findes nedsat kraft over høj.hofte, høj.knæ samt høj.fod sammenlignet med ve.side. Derudover pos. Lasegue på høj.side. Der ses nedsat patellar refleks på høj.side, der er muskel kontraktion men markant nedsat sammenlignet med raske side. Herudover ses også nedsat achillessene refleks. Pt. har sovende følelse i høj.ben sv.t.lår, læg og fod."

Det fremgår af operationsbeskrivelse af 18/1 2021, at der "foretages decompressio columna lum-balis L4/L5 ... I gennemlysning kan man tydeligt se, at han har en listese med en anterior glidning på omkring 8 mm af L4 ift. L5. Han er således instabil."

Det fremgår af neurokirurgisk erklæring af 18/2 2022 til Forsikringsselskab1 (Ansvar Person), at "skadelidtes rygproblem er den direkte konsekvens af ulykken. Ved gennemgang af skadelidtes gamle journal, er der kun en enkelt gang nævnt kontakt til egen læge med rygsmerter ... Derfor er jeg af den opfattelse, at skadelidte ikke tidligere havde haft lidelser i ryggen, der kunne influere aktuelle. Det er også min opfattelse, at skadelidtes kraftnedsættelse og dropfod er en konsekvens af nerverods inkarcuration, som opstod umiddelbart efter ulykken. Det var denne nerverodspå-virkning og senere inkarcuration, der var årsag til hans smerter i benet. Rygoperationen hjalp på smerterne men desværre ikke på rodinkarcurationen og lammelse som følge heraf. Hvad angår skadelidtes blæretømningsproblem, er jeg af den opfattelse, at det er en konsekvens af operatio-nen og ikke af ulykken."

Det fremgår af neurokirurgisk erklæring af 6/4 2022 til selskabet, at klagerens "Aktuelle rygsmer-tetilstand er et resultat af den foreliggende slidgigtstilstand i lænderyggen. Afklemning af nerven til højre ben kan ikke alene tilskrives ulykken, men tilskrives den forudbestående svære slidgigt-stilstand herunder degenerativ forskydning mellem 4.-5. lænderyghvirvel, hvor den efterfølgende afklemning af nerveroden tilkommer i ikke tæt tidsmæssig relation til ulykken, dvs. ikke inden for 1-3 dage. Såvel ulykken med muligt slag mod lænderyggen kombineret med den foreliggende slidgigt forklarer udvikling af en symptomgivende lænderygsmertetilstand. Afklemning af nervero-den, som skyldes et vedvarende tryk på nerveroden, med risiko for irreversibel skade på nervero-den kan opstå uden forudgående traume. Hos [klageren] tilkommer denne påvirkning gradvist i efterforløbet med konstatering efter undersøgelse den 25.11.2020. MR-scanning kan ikke forklare en mulig påvirkning af de sakrale nerverødder til blærefunktionen og det er derfor ikke usandsyn-ligt, at manipulation af nerverødderne under rygoperationen har fremkaldt det aktuelle billede af vandladningsfunktionen."

Det fremgår af forsikringsbetingelserne, at forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde. Ved et ulykkestilfælde forstås en pludselig hændelse, der forårsager personskaade. For at opnå dækning skal der være årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og skaden. Forsikringen dækker ikke følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller sygdomsanlæg, eller for-værring af et ulykkestilfældes følger, der skyldes en tilstedeværende eller tilfældigt tilstødende sygdom. Forsikringen dækker heller ikke følger efter lægebehandlinger, som ikke er nødvendig-gjort af et dækningsberettiget ulykkestilfælde.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets af-gørelse, idet hovedårsagen til klagerens gener ikke er ulykken den 24/10 2020, men derimod for-udbestående ryglidelse samt følger efter patientskaade, som opstod i forbindelse med lægebe-handling nødvendiggjort af forudbestående ryglidelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren umiddelbart efter ulykken kunne bevæge arme og ben uproblematisk, og at afklemning af nerven til højre ben ikke tilkom i tæt tidsmæssig relati-on til ulykken.

Nævnet har også lagt vægt på, at MR-skanning den 10/11 2020 viste svære degenerationer, anterolistese på L4/L5 med modic type 2 forandringer, discusprotrusioner på lumbale segmenter fra L1 til L5 mest på L4/L5 med mistanke om affektion af L4 nerverødder. Ved operation den 18/1 2021 blev der konstateret en anterior glidning på omkring 8 mm af L4 ift. L5.

Nævnet har videre lagt vægt på, at speciallægen i erklæring af 6/4 2022 har udtalt, at klagerens "aktuelle rygsmerterstilstand er et resultat af den foreliggende slidgigtstilstand i lænderyggen", og at "afklemning af nerven til højre ben kan ikke alene tilskrives ulykken, men tilskrives den forudbestående svære slidgigtstilstand herunder degenerativ forskydning mellem 4.-5. lænderyghvirvel".

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ikke føre til et andet resultat."

Det fremgår af vilkår for retshjælpsforsikring fra juni 2024:

"3. Hvad dækker retshjælpsforsikringen

Forsikringen dækker tvister, som er opstået i privatlivet.

3.1 Tvist

Ved tvist forstås en konkret, aktuel konflikt, som parterne ikke selv har kunnet løse, og som kan behandles af en domstol eller ved voldgift. Forsikringen dækker ikke udgifter til almindelig advokatrådgivning.

3.2 Rimelig grund

Det er en betingelse for dækning, at der er rimelig grund til at indbringe tvisten for domstolene eller voldgift. Hvis der efter selskabets opfattelse ikke er rimelig grund, skal selskabet begrunde det.

...

7. Hvilke omkostninger er ikke dækket

Følgende omkostninger er ikke omfattet af retshjælpsdækningen:

- a) Omkostninger, som ikke er afholdt med rimelig grund, f.eks. hvis sikrede ikke skønnes at have rimelig grund til at føre sagen, eller fordi omkostningerne ikke står i rimeligt forhold til sagens genstand"

Nævnet udtaler:

Klageren har anmodet om retshjælpsdækning til en retssag mod ulykkesforsikringen i samme selskab, idet ulykkesforsikringen har afvist at betale méngodtgørelse. Sagen mod ulykkesforsikringen blev afgjort af nævnet i sag 100.596, hvor nævnet udtalte, at hovedårsagen til klagerens gener ikke var ulykken den 24/10 2020, men derimod forudbestående ryglidelse samt følger efter patientskade, som opstod i forbindelse med lægebehandling nødvendiggjort af forudbestående ryglidelse.

Klageren ønsker retshjælpsdækning, idet der foreligger et væsentligt grundlag for at tilsidesætte nævnets afgørelse i sag 100.596. Selskabet har afvist retshjælpsdækning med henvisning til, at der ikke er rimelig grund til at føre sagen, og at der på nuværende tidspunkt ikke består en konkret og aktuel tvist, idet klageren ikke har indhentet en vejledende udtalelse fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Klageren har anført, at sagen hovedsageligt vedrører en lægefaglig bedømmelse af den indtrufne skade, at sagen er medicinsk kompleks, og at nævnet ikke besidder den nødvendige lægefaglige sagkundskab, hvorfor sagen bør forelægges for retslægerådet. Klageren har anført, at selskabets egen lægekonsulent har vurderet, at der er tale om en medicinsk særdeles vanskelig sag, og at modpartens ansvarsforsikringsselskab samt klagerens andet ulykkesforsikringsselskab hver har betalt erstatning svarende til en méngrad på 40 %. Klageren har anført, at det fremgår af Patienterstatningens afgørelse af 16/4 2024, at "rygsmerterne skyldes mere sandsynligt forandringerne i ryg (degenerative forandringer), der blev akut og kraftigt påvirket i forbindelse med trafikulykken 24. oktober 2020", og at der således er tale om et tilfælde, hvor hovedårsagslæren bringes i spil og skal vurderes. Der foreligger 2 speciallægeerklæringer, der understøtter en direkte årsagssammenhæng. Klageren har anført, at der foreligger juridiske og lægefaglige vurderingsforskelle, som understøtter rimeligheden og nødvendigheden af at få sagen forelagt Retslægerådet. Klageren har anført, at selskabet først har oplyst om muligheden for at forelægge sagen for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring under nærværende sag. Klageren har anført, at det forhold, at selskabet på intet tidspunkt under sagsbehandlingen af ulykkesforsikringssagen har opfordret hertil, gør, at selskabet selv finder dette argument irrelevant. Klageren har anført, at sagens medicinske kompleksitet udelukker en forelæggelse for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring på nuværende tidspunkt.

Klageren har anført, at en særligt graverende omstændighed er, at den samme advokat hos selskabet, som tidligere gav afslag på dækning på ulykkesforsikringen, nu også repræsenterer selskabet i nærværende sag ved nævnet. Dette skaber en interessekonflikt, hvor advokaten skal forsvare sin tidligere afgørelse og argumentere for, at klageren ikke skal have retshjælp til at

anfægte denne samme afgørelse ved domstolene. Klageren har anført, at reglerne om god skik og elementære habilitetsregler kræver, at retshjælpsvurderingen foretages af en anden juridisk person, der ikke har medvirket ved den oprindelige afgørelse, og at konsekvensen er, at klageren ikke har fået en objektiv vurdering af sine udsigter for domstolene.

Selskabet har anført, at den materielle sag blev afgjort af et enigt nævn, og at klageren ikke har rimelig grund til at indbringe sagen for domstolene. Klageren har ikke fremlagt dokumentation for, at en domstol vil komme til et andet resultat end nævnet. Selskabet har anført, at vurderingen af det varige mén i en ansvarssag ikke uden videre kan overføres til vurderingen i en privat ulykkessag. Selskabet har anført, at der ikke er noget i afgørelsen fra Patienterstatningen, der taler for, at klagerens operationer var en direkte følge af trafikuheldet. Selskabet har anført, at klagerens andet ulykkesforsikringsselskab har lagt vægt på afgørelsen fra modpartens ansvarsforsikringsselskab, og at der således ikke ses at være truffet en selvstændig afgørelse om det varige mén baseret på reglerne for en privat ulykkessag. Selskabet har anført, at der ikke foreligger en konkret og aktuel tvist i retshjælpsforsikringens forstand, idet klageren har mulighed for at indhente en vejledende udtalelse om méngraden fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring. Selskabet har oplyst, at klageren vil få refunderet sit gebyr til Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, hvis Arbejdsmarkedets Erhvervssikring giver klageren medhold.

Selskabet har anført, at dets sagsbehandler ikke har nogen personlig økonomisk interesse i, at der gives afslag på retshjælp i denne sag, men selskabet forstår, at der foreligger en sådan bekymring hos klageren, og at selskabet derfor – for at imødekomme klageren på dette punkt – har valgt at videregive nærværende nævnssag til en medarbejder, der ikke har været involveret i ulykkessagen.

Det fremgår af punkt 3.1 i vilkår for retshjælpsforsikring, at "ved tvist forstås en konkret, aktuel konflikt, som parterne ikke selv har kunnet løse, og som kan behandles af en domstol eller ved voldgift. Forsikringen dækker ikke udgifter til almindelig advokatrådgivning". Det fremgår af punkt 3.2, at "det er en betingelse for dækning, at der er rimelig grund til at indbringe tvisten

Ankenævnet for Forsikring

18.

103816

for domstolene eller voldgift. Hvis der efter selskabets opfattelse ikke er rimelig grund, skal selskabet begrunde det". Det fremgår af punkt 7 a) i vilkår for retshjælpsforsikring, at retshjælpsforsikringen ikke omfatter omkostninger, som ikke er afholdt med rimelig grund, f.eks. hvis sikrede ikke skønnes at have rimelig grund til at føre sagen, eller fordi omkostningerne ikke står i rimeligt forhold til sagens genstand".

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at der ikke er grundlag for at kritisere selskabets afgørelse.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at der ikke er rimelig grund til at føre sagen. Nævnet har henset til udfaldet af ankenævns sagen 100.596 og til, at der ikke er fremkommet nye oplysninger, som giver anledning til at antage, at en retssag vil medføre et for klageren mere gunstigt resultat.

Nævnet bemærker, at det er kritisabelt, at selskabet i strid med bekendtgørelse nr. 1605 af 5/12 2024 om retshjælpsforsikring for gruppe 1-forsikringsselskaber, § 4, stk. 1, nr. 1, har ladet retshjælpsforsikringskravet behandle af en medarbejder, som den 9/5 2023 har afvist dækning i henhold til ulykkesforsikringen. Dette kan dog ikke føre til andet resultat.

Det, som klageren i øvrigt har anført, kan ej heller føre til andet resultat.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Ankenævnet *for* Forsikring

19.

103816



Jørgen Steen Sørensen

formand