807/08

Den 17. november 2008 blev i sag nr. 67.984:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxx

mod

SOVAG Versicherungs-AG

v/advokat Stefan Reinel
Store Kongensgade 49
Boks 9005
1022 København K

afgivet sålydende

u d t a l e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har ulykkesforsikring i SOVAG Versicherungs-AG, klager ved sin advokat over størrelsen af den af selskabet tilbudte ménerstatning. Endvidere klager forsikringstagerens advokat over selskabets fortolkning af forsikringsbetingelser samt over selskabets sagsbehandling.

Selskabet er ikke tilsluttet Ankenævnet for Forsikring, hvilket selskabet dog har anført i sine forsikringsbetingelser. Selskabet har i skrivelse af 8/3 2006 tiltrådt, at nævnet kan behandle sagen, jf. vedtægterne for Ankenævnet for Forsikring § 2 in fine, hvoraf fremgår at nævnets behandling medfører de retsvirkninger, der er fastsat i nævnets vedtægter.

Forsikringstageren har ved begæring dateret den 28/8 2002 tegnet ulykkesforsikring i selskabet. Af begæringen fremgår, at der er tale om en konzept U4 - baltic Edition-forsikring.

Det fremgår af sagen, at forsikringstageren den 21/1 2003 var udsat for et færdselsuheld, da han i et solouheld forulykkede i sin kassevogn. Han pådrog sig ved ulykken betydelige personskade. Selskabet har anerkendt ulykken som dækningsberettigende og udbetalt klageren en godtgørelse på varigt mén svarende til en invaliditetsgrad på 32 %.

Af oversættelsen af speciallægeerklæring udfærdiget af overlæge i kirurgi/traumekirurgi, dr. med. H, dateret Flensborg, den 24/5 2004 fremgår bl.a.:

"**1.2 Nuværende lidelser**
Mest forstyrrende er smerterne i den venstre hofte, som strækker sig fra hoften til låret, og som trækker sig indad, også under hvile, således at han aldrig er smertefri. Det er næsten kun muligt for ham at ligge på ryggen. Føleevnen i venstre ben er forstyrret, således at han ofte mærker en brændende følelse, og så også en nedsat følsomhed, men dog ingen komplet følelsesløshed.

Det er slet ikke muligt for ham at gå op ad bakke. Med hjælp af krykken kan han på en god dag højest klare 200 m ad gangen eller mindre. Uden krykke kan han kun tage få skridt i lejligheden, for det meste må han så holde sig fast ved møbler. Han kan ikke bære fastsiddende sko på grund af følelsesforstyrrelser i foden, og han går således overvejende i sandaler eller såkaldte hjemmesko.

Bevægelse er vanskeliggjort af den næsten fuldstændig stive hofte og det dårligt bevægelige venstre knæ. Det er en forstyrrende enhed. Det er slet ikke muligt for ham at cykle, og svømning er ikke muligt, da han ikke kan bevæge benet hjælpende i vandet. Det er naturligvis meget anstrengende at gå op eller ned ad trappen, og han kan altid kun føre benene frem trinvist.

Han har angiveligt ikke haft nogen kvæstelse af blæren, men han har i en tid båret et blærekateter, og siden da mærker han en pludselig vandladningstrang, uden at blæren er fyldt og der således er en anledning til at tømme blæren, og han så i al hast har måttet opsøge et toilet. Han går til samtaleterapi hos en psykolog på grund af impotens siden ulykken, og det fortsætter han også med. Den regelmæssige gymnastiske genoptræning (3 gange om ugen) er i øjeblikket ikke nogen videre succes, idet han på grund af stivheden i hoften og knæet ikke kan bevæge benet til styrkelse af muskulaturen, eftersom også smerterne er meget forstyrrende. Han laver overvejende styrkeøvelser for arme og torso.

1.3 Sidste objektive undersøgelsesresultat (herunder røntgenundersøgelsesresultat)
Den 35-årige undersøgte er 184 cm høj, vejer 94 kg og er i en god fysisk almentilstand. Ved normal gang på det plane klinikgulv bruges der en gangstøtte i højre side og venstre ben føres frem i næsten strækstilling i hoften og med knæet i let bue. Hurtig gang er ikke mulig.

Ved aflægningen af benklæderne søges der en siddemulighed, da han ikke kan stå på et ben på venstre ben. Med lidt snilde kan strømpen trækkes af venstre ben ved hjælp af højre fods tæer.

Gang på bare fødder er usikker, og han kan kun tage nogle få skridt. Ved standprøve er torso let forskubbet mod højre, idet det primært er det sunde højre ben, der belastes. Det venstre ben udviser ingen fejlstilling, det udviser ingen kipning i bækkenet. Svind i lårmuskulaturen og området omkring lægmuskulaturen i venstre ben. Tåstand, hælstand og stand på et ben er ikke mulig på venstre ben. På højre ben er stand på et ben og hop muligt. Ved forsøg på at indtage hugsiddende stilling (kun 1/3 muligt) benyttes udelukkende det højre ben. Ved stand med strakte ben er det kun antydningsvist muligt at bøje torso fremad på grund af stærke smerter i området omkring venstre hofte. Afstanden fra fingerspidserne til gulvet kan ikke måles.

Ved undersøgelse i liggende stilling på flad ryg kan det udstrakte højre ben løftes kraftfuldt. Ved den passive hoftebøjning i højre side ved knæstræk er der ingen smerte i området omkring sædemusklerne eller ryggen, Leségue-tegn negativ.

Det venstre ben kan kun antydningsvist løftes fra underlaget i udstrakt stilling. Den aktive hoftebøjning er muligt med ca. 30°, ved samtidig bøjning af knæet kan hoften bøjes 40°, ingen overstrækning. Indaddrejning af hoften er umuligt, udaddrejning muligt med ca. 10°, meget smertefuldt.

Knæbøjning er muligt med 110°. Der kan ikke dokumenteres en påfaldende løshed med hensyn til led-/korsbåndsstabilitet. Hele knæleddet er berørings- eller trykdolent - ligesom næsten hele benet. Slagdolent knæskal. Det er muligt at forskubbe knæskallen med få smerter. Udpræget berørings- og trykdolens tæt på venstre hofte samt venstre sæde. Her viser der sig et 22 cm langt bueformet ar (efter hofteskålsfraktur-operationen). Arret er uinteressant. Sædemusklens omfang er reduceret.

Der er også uinteressante ar på den venstre patella efter præpatellar kontusion samt efter operation parapatellar lateral.

Reduceret behåring og hudfolder på venstre ben. Regulær puls på fodryggen og bag knoglen på indersiden af foden. Bøjning af fod og knæ på venstre ben er svækket i forhold til højre ben. Der kunne ikke dokumenteres områder med følelsesløshed på venstre ben.

Ved den passive hoftebøjning med strakt ben angives der at være stærke smerter i lyskeområdet samt i hofteområdet i bag.

Ved undersøgelsen af reflekserne viste patellarefleks og achillesrefleks prompte reaktion, som var ens i begge sider.

Ingen væskeansamling i venstre knæ, ingen hævelse af kapslen."

Speciallæge i neurokirurgi, overlæge P.D., har ved speciallægeerklæring dateret den 3/1 2005 konkluderet således:

"Skadelidte har ved ulykken dels pådraget sig en hjernerystelse med svære gener til følge, som beskrevet, dels mistet lugte- og smagssans pga. beskadigelse af kranienerverne, dels ændret følelse i ansigtet og dels svære kognitive forstyrrelser samt en angsttilstand. Skadelidte har fortsat behov for samtaler med psykolog for bedre at kunne bearbejde sin situation. Derudover har han svære følger efter brud svarende til venstre bækken- og hofteparti samt venstre knæ (vedrørende følgerne henvises venligst til speciallæge i ortopædi K.A.'s speciallægeerklæring).
Tilstanden må opfattes som værende stationær og både pga. følgerne efter hjernerystelsen, kranienerveskaderne samt følgerne efter bækken-, hofte- og benbrud, mener jeg ikke at skadelidte har nogen mulighed for at genoptage nogen former for erhverv. Der er ikke nogen mening i, at han forsøger yderligere revalidering. Må være pensionsberettiget nu. Bør derudover forsøges behandlet via smerteklinik på Å. Sygehus og jeg har bedt egen læge om at foranledige henvisning dertil."

Endvidere har speciallæge i ortopædisk kirurgi, overlæge K.A. i erklæring af 3/1 2005 konkluderet:

"Undersøgte er en nu 37-årig tidligere og iøvrigt rask mand, som kom til skade ved trafikuheld den 21. januar 2003, da han i solouheld med kassevogn mistede herredømmet over bilen i et sving og kolliderede med en vold. Ved uheldet pådrog han sig kranietraume med hjernerystelse og påvirkning af kranienerver, ledskred bagud i venstre hofte med stor knogleafsprængning fra bagkanten af hofteskålen og kontusion af nervus ischiadicus samt kvæstningslæsion mod højre knæ med brud og bruskpåvirkning helt lateralt på knæskallen samt overliggende sårskade.

Den store afsprængning fra bagkanten af venstre hofteskål blev operativt sat på plads og fikseret med 2 skruer og er ophelet i anatomisk stilling. Brusskade og lateral knogleafsprængning fra venstre knæskal blev først udredt nogle måneder henne i forløbet, da der vedblev at være smerter og ansamling i knæet. Maj 2003 blev der foretaget knæartroskopi med afretning af bruskskader og fjernelse af irritationsvæv ved lateralkanten af knæskallen og september 2003 operation med fjernelse af utilhelet knogleafsprængning samme sted.

Under hele forløbet har han haft mange smerter i venstre hofte og ansamling og smerter i knæet. Udredning af hoften med MR-scanning efteråret 2004 har ikke afsløret behandlingstilgængelige årsager hertil, og behandlingsforløbet er afsluttet november 2004.

Han har konstant smerter i venstre hofte dybt i sæderegionen. Smerterne forværres ved belastning og ved bevægelser i venstre hofte. Der er også smerter i venstre knæ dybt for knæskallen, som forværres ved mindste belastning og ved bøjning af knæet. Knæet bæver efter belastning. Der er nedsat følesans i hele venstre ben fra hoften og ud men dog mindre på indsiden af lår, knæ og øvre del af underbenet. Der er brændende smerter på indsiden af højre lår, underben og fod. Han har nedsat kraft i hele venstre ben, kan ikke føre vægten over på det og oplever jævnlig knæsvigt, når han ikke får knæet låst inden belastning. Han kan gå 2-300 meter i eet stræk med stok og omkring 50 meter uden. Han kan ikke stå på eet ben og slet ikke gå ned i hugsiddende eller knæliggende stilling. Han kan ikke sidde på venstre balle og må siddende have venstre ben strakt i hofte og knæ. Søvnen er dårlig og afbrudt af smerter.

Han har vandladningsgener i form hyppig vandladning med mangelfuld blæretømning og potensproblemer. I neurokirurgisk speciallægeerklæring anføres desuden, at han har svære følger efter hjernerystelse med hovedpine og svimmelhed samt koncentrations- og hukommelsesbesvær, kranienerveskader med mistet lugte- og smagssans, tinnitus i venstre øre samt ændret følelse i ansigtet og en angsttilstand.

Objektivt er han psykisk fortvivlet og påvirket af sin situation. Har problemer med at huske. Gangen bredsporet, haltende med smertebetinget aflastning af venstre ben, som føres stift. Bruger krykkestok i venstre hånd. Sætter og rejser sig med fuldstændig aflastning af venstre ben. Sidder kun på højre balle og med venstre ben meget strakt i hofte og knæ. Rejser sig jævnlig smertepræget op og må gå omkring. Går uden stok med små korte stive skridt i udpræget bredsporet gang. Kan ikke stå på eet ben på venstre ben eller blot føre vægten over på benet. Bevægeligheden i venstre hofte og knæ er væsentligt, nok væsentligst smertebetinget, nedsat. Der er udtalt muskelatrofi på venstre lår. Let ansamling i knæet. Udtalt ømhed bagpå venstre hofte og af venstre knæskal. Diffust nedsat kraft i venstre ben, skønnes for en stor del smerterelateret. Der er nedsat følesans på hele venstre ben men mindre på indsiden af lår, knæ og øvre del af underben.

Han har ikke kunnet genoptage sit erhverv som tømrer. Revalidering har måttet opgives, og han afventer nu pensionssag.

Han har måttet opgive mange og alsidige sportsaktiviteter som vægttræning, kajakroning, badminton og dykning men kan stadig svømme lidt.

Tilstanden er stationær."

Forsikringstagerens advokat har ved skrivelse af 19/10 2005 indbragt sagen for nævnet og nedlagt følgende påstande:

"1. Ankenævnet for Forsikring anmodes om at træffe afgørelse om, hvilke forsikringsbetingelser, der finder anvendelse på retsforholdet parterne imellem.
2. Ankenævnet anmodes om at træffe afgørelse om, hvorvidt selskabet har været berettiget til at tilbageholde lægelige oplysninger for undertegnede, idet det bemærkes, at selskabet har modtaget en af klager underskrevet fuldmagtserklæring.
3. Ankenævnet anmodes om at træffe afgørelse om, hvorvidt sagsbehandlingen hos indklagede selskab, herunder navnlig sagsbehandlingstiden, bør kritiseres.
4. Ankenævnet anmodes om at tage stilling til, hvorledes forsikringsbetingelserne skal fortolkes.
5. Ankenævnet for Forsikring anmodes om at træffe afgørelse om ménets størrelse i.h.t. forsikringsbetingelserne."

Selskabet advokat har på vegne af selskabet ved skrivelse af 24/11 2005 fastholdt afgørelsen og til støtte herfor anført:

"Den 28.02.2005 indgik K.C. vedlagte forsikringsaftale med min klient, jf. bilag … Det gøres i den forbindelse gældende, at det ansvarlige forsikringsselskab på nuværende tidspunkt er Sovag Versicherungs AG, Schwanenwik 37, 22087 Hamburg, Tyskland.

Som det fremgår af forsikringspolicen, er policen betegnet med U 4 baltic finance. Det gøres på denne baggrund gældende, at vedlagte forsikringsbetingelser U 4 baltic finance, jf. bilag … finder anvendelse på nærværende retsforhold.

Endvidere fremlægges Dr. H.'s lægeerklæring af 24.05.2005, jf. bilag ... Som det fremgår af lægeerklæringen, havde Dr. H. ikke konstateret, at hr. C. led af tab af smags- og lugtesansen, kognitive forstyrrelser som følge af en hjernerystelse, angsttilstande, tinnitus, ændret følelse i ansigtet, kroniske smertesyndromer, nedsat følesans i hele venstre ben, sovende fornemmelse i begge arme eller stærk daglig hovedpine.

Dr. H. vurderede hr. C.'s méngrad med ca. 1/2 af benværdien i maj 2005, men det fremgår også af Dr. H.'s lægeerklæring (s. 8), at en forbedring af tilstanden kan forventes.

Endvidere kan jeg meddele, at min klients rådgivende lægekonsulenter har vurderet, at de af K.A. og P.D. konstaterede skader (delvis led af tab af smags- og lugtesansen, kognitive forstyrrelser som følge af en hjernerystelse, angsttilstand, tinnitus, ændret følelse i ansigtet, kroniske smertesyndromer, nedsat følesans i hele venstre ben, sovende fornemmelse i begge arme eller stærk daglig hovedpine) ikke skal tages i betragtning idet der ikke blev foretaget nærmere medicinske undersøgelse vedrørende disse skader. Hr. D. og Hr. A. anførte kun de af Hr. C. anførte skader uden at foretage en nærmere undersøgelse heraf. Idet Dr. H. ej heller har konstateret disse skader, bestrides det derfor, at Hr. C. skulle lide af andre skader end dem, som min klient allerede har taget højde for i erstatningsopgørelsen.

Endvidere bemærkes det, at ulykken havde, i henhold til Dr. H.'s lægeerklæring, ikke medført en læsion af hr. C.'s blære. Endvidere har hr. C.'s impotens ikke nogen fysisk årsag.

På denne baggrund vurderede min klients rådgivende lægekonsulenter hr. C.'s méngrad til 4/10 af 80 %, som i henhold til forsikringsbetingelserne § 19 pkt. 6 er den maksimale méngrad for skader som vedrører et ben. I henhold til forsikringsbetingelsernes § 19 pkt. II blev méngraden herefter udvidet til 60% af forsikringssummen.

Det gøres endvidere gældende, at forsikringsbetingelsernes § 19 pkt. 6 **ikke** er en generel henvisning til Arbejdsskadestyrelsens méngradstabel, men skal fortolkes således, at méngraden for de i skalaen nævnte skadestyper kun er udvidet i sammenligning med Arbejdsskadestyrelsens méngradstabel. Det fremgår af forsikringsbetingelsernes § 19 pkt. 8, at méngraden for skader, som ikke er beskrevet under pkt. 6, skal fastsættes efter i hvilket omfang den normale legemlige eller åndelige ydeevne er blevet beskadiget.

Det gøres på denne baggrund gældende, at der i ovennævnte méngradstabellen allerede er taget højde for smerter, der er med til at nedsætte funktionsdygtigheden (f.e. hovedpine). Også psykiske problemer - som angst og nedtrykket sindstilstand - er med i invaliditetsberegning og skal således ikke bedømmes særskilt."

Forsikringstagerens advokat og selskabets advokat har herefter ført en omfattende korrespondance for nævnet.

Nævnet har anmodet Arbejdsskadestyrelsen om en udtalelse i sagen. Til brug for udtalelsen har Arbejdsskadestyrelsen indhentet nye lægelige oplysninger, herunder psykiatrisk speciallægeerklæring af 28/1 2008 udarbejdet af E.K. Af erklæringen fremgår bl.a.:

"De fysiske følger efter trafikulykken har medført udtalte psykiske problemer, som efterhånden fylder og handicapper ham mindst lige så meget, som det fysiske. Hukommelses- og koncentrationsevnen er væsentligt nedsat. KC er ikke i stand til at følge med i en almindelig spillefilm. Mister hurtigt overblikket og må se filmen flere gange for at kunne få en indholdsmæssig sammenhæng i filmen. Korttidshukommelsen er væsentligt reduceret. Han glemmer ting han lige har sagt. Glemmer at lukke for vandhanen og glemmer, hvad almindelige madvarer hedder. Er ikke i stand til at hjælpe børnene med helt simpelt skolearbejde. Reagerer med irritabilitet eller opgiveenhed. Trækker sig fra sine børn for, at irritabiliteten ikke skal gå ud over dem. Er ikke længere i stand til at have social omgang med andre mennesker, så som at gå på besøg.

I perioder overvældes KC af depressionslignende symptomer. I disse perioder er han ikke i stand til at komme ud af sengen om morgenen. Livet bliver meningsløst og han mister livslysten. Appetitten er svingende. Nattesøvnen ustabil. Vågner flere gange om natten. Plages af mareridt eller han vågner med hovedpine.

Er ikke længere i stand til at handle i en almindelig forretning. Ved forsøg på at handle i et supermarked aktiveres panikangst, som viser sig ved kraftige svedeture, hjertebanken og åndenød, hvorefter han i al hast forlader forretningen. De fleste praktiske gøremål tager konen sig af.

KC er nærmest 100% arbejdsudygtig indenfor ethvert arbejdsområde. Dette delvis pga. hans fysiske symptomer, hvor han tit og en stor del af dagen er tvunget til at ligge og hvile sig. I endnu større grad er arbejdsevnen reduceret pga. KC's mentale tilstand, hvor han ikke evner at samle tankerne, koncentrere sig eller fastholde opmærksomheden omkring det han er i gang med.

KC forsøger hver dag at komme hen i kajakklubben og træne en ½ time med hjælp fra en kammerat. Træner hovedsagelig overkroppen. Oplever en umiddelbar glæde og et lyspunkt i dagligdagen ved dette.

Behandlingsmæssigt foreslås at den aktuelle smertebehandling suppleres med medikamentel behandling med kaps. Cymbalta 60-90 mg dgl. Cymbalta har over for nogle patienter god virkning imod depressiv forstemning og angst og kan også have smertelindrende effekt overfor neurogene smerter. Alternativt kan forsøges behandling med kaps. Seroquel 50-200 mg til natten med henblik på behandling af angst, søvnproblemer og stemningsstabiliserende behandling."

Arbejdsskadestyrelsen har herefter i vurdering af 27/5 2008 anført:

"Vi har lagt vægt på sagens lægelige oplysninger, herunder især:

- speciallægeerklæring af 27. februar 2005 fra ortopædkirurg K.A.
- speciallægeerklæring af 3. januar 2005 fra neurokirurg P.D.
- speciallægeerklæring af 28. januar 2008 fra psykiater E.K.

Vi har fastsat det varige men efter et skøn med udgangspunkt i vores vejledende méntabel.

VENSTRE BEN (HOFTE OG KNÆ):
Vi har lagt vægt på, at K.C. har pådraget sig et brud i hofteledskålen med ledskred, beskadigelse af hoftenerven samt brud på venstre knæskal.

Han har konstante smerter i venstre hofte. Smerterne er af vekslende styrke. Smerterne forværres ved bevægelse i hoften. Ligesom der er smerter i venstre knæ, der tilsvarende forværres ved belastning. Der er nedsat følesans og kraft i hele venstre ben.

Objektivt er der fundet svært nedsat bevægelighed i venstre hofte og nedsat bevægelighed i venstre knæ samt nedsat kraft. Gangen er haltende og bredsporet, og K.C. anvender krykkestok i venstre hånd ved gang.

Der er endvidere betydelig muskelsvind på venstre ben sammenlignet med højre.

Efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel punkt D.2.9.2 vurderes brud på lårbenshals, helet med smerter og middelsvært nedsat bevægelighed, til 8 procent.

Vi finder, at K.C.s gener er mere omfattende end dette punkt, og finder at hoftegenerne skønsmæssigt kan fastsættes til 12 procent.
Efter tabellens punkt D.2.10.1.2 vurderes nervus ischiadicus, ved moderat eller partiel lammelse, til 30 procent.

Vi finder, at K.C.s gener svarer til dette punkt.

Ligesom vi finder, at generne fra venstre knæ kan vurderes til et skønsmæssigt men på 15 procent.

Vi har ovenfor vurderet hofte-, nerve- og knæskade selvstændigt. Imidlertid indeholder de selvstændigt vurderede méngrader sammenfald af symptomer, eksempelvis smerter og nedsat kraft.

Når en ulykke medfører skader på flere af de områder, der findes i méntabellen, sker der ikke automatisk en sammenlægning af de forskellige méngrader. Den samlede mengrad vurderes i stedet efter et skøn, hvor vi vurderer det samlede funktionsniveau.

Vi har vurderet, at det samlede mén for skaderne vedrørende venstre ben og hofte skønsmæssigt er på i alt 45 procent.

HJERNERYSTELSE, LUGTE-SMAGSSANS SAMT POTENS:
Vi har endvidere lagt vægt på, at K.C. har pådraget sig en hjernerystelse med gener i form af hovedpine, hukommelses- og koncentrationsbesvær og svimmelhed. Endvidere beskrives en konstant hyletone i venstre øre, støjfølsomhed, ændret følesans i ansigtet samt problemer med smags- og lugtesansen.

Der er derudover anført blæretømningsbesvær, afføringsbesvær samt potensforstyrrelser.

Efter Arbejdsskadestyrelsens méntabel punkt A.4.1.1 vurderes postkommotionelt syndrom, det vil sige kognitive og affektive symptomer opstået efter hjernerystelse, med lette symptomer, til 5-8 procent.

Vi har vurderet, at K.C. har lettere gener efter hjernerystelsen, og at det varige mén kan vurderes til skønsmæssigt 5 procent.

Efter tabellens punkt A.7.1 vurderes tab af lugtesansen på begge næsebor (med eller uden ændret smagssans) til 10 procent.

Vi finder, at K.C.s lugte- og smagsgener kan sammenlignes med dette punkt, men har lagt vægt på, at der ikke er beskrevet tab, men forstyrrelser af disse sanser. Vi finder, at ménet for disse gener derfor kan fastsættes til skønsmæssigt 10 procent.

Vi finder endvidere, at der bør gives et tillæg på skønsmæssigt 10 procent for potens- og afføringsforstyrrelser.

PSYKISKE GENER:
Vi har lagt vægt på, at K.C. har varige psykiske gener efter ulykken i form af tristhed, støjfølsomhed, angst, mareridt, irritabilitet og koncentrationsbesvær.

Efter tabellens punkt J.2 vurderes moderat posttraumatisk belastningsreaktion til 15 procent.

Vi finder, at K.C.s gener svarer til dette punkt i mentabellen. Dog er en del af generne allerede kompenceret i forbindelse med ménet for let postkommotionelt syndrom (hjernerystelse). Der skal derfor ske et mindre fradrag i ménet.

DET SAMLEDE MEN:

Når en ulykke medfører skader på flere af de områder, der findes i méntabellen, sker der ikke automatisk en sammenlægning af de forskellige méngrader. Den samlede mengrad vurderes i stedet efter et skøn, hvor vi vurderer det samlede funktionsniveau.

Vi har således fortaget en samlet vurdering af samtlige gener og finder, at K.C.s samlede mén som følge af ulykken den 21. januar 2003 kan fastsættes til skønsmæssigt 80 procent."

Arbejdsskadestyrelsens vurdering har givet selskabet anledning til i skrivelse af 28/7 2008 til klagerens advokat at anføre:

"På baggrund af ASK-vurderingen af 27. maj 2008 har forsikringsselskabet truffet følgende nye afgørelse i sagen:

Forsikringssum	800.000,00 kr.
Venstre ben max. 80%	
Ulykkesbetinget varigt mén jf. lægekonsulent 4/10 ben =¯32 %	
Forhøjelse jf. progression (500%) til 60%	480.000,00 kr.
Allerede udbetalt (08.05.03, 06.04.04, 28.01.05)	60.000,00 kr.
At betale	**420.000,00 kr.**

Begrundelse:
ASK-vurderingen fastsætter en mengrad, som bygger på Arbejdsskadestyrelsens méntabel, hvorefter der foreligger en mengrad på 80 %. Denne méntabel bygger imidlertid på erhvervsevnetab og ikke på tab af funktionsevne, som dog alene er afgørende jf. forsikringsbetingelserne.

Beregningen af den konkrete invaliditetsgrad fremgår af forsikringsbetingelsernes § 19 stk. 1 nr. 6 og 7, som det eneste, der er bindende for selskabet.

Selskabet anerkender et tab af funktionsevnen på venstre ben på i alt 40%. 40 % af den maksimale invaliditetsgrad på 80% er således den konkrete invaliditetsgrad, der fastsættes til 32%. Den således fremkomne invaliditetsgrad på 32% forhøjes ifølge progressionen til 60%. 60% af forsikringssummen på kr. 800.000 udgør kr. 480.000. Tidligere udbetalte ydelser på i alt kr. 60.000 skal fratrækkes dette beløb, således at det nye beløb til udbetaling er kr. 420.000.

En invaliditetsgrad på 80% kan imidlertid ikke anerkendes af følgende årsager:

Der foreligger ingen dokumentation eller bevis for, at samtlige ved speciallægeundersøgelsen konstaterede gener kausalt kan føres tilbage til uheldet. Efter medicinsk erfaring kan smerter og indskrænkelser ikke tilbageføres til uheldet, men er udtryk for en selvstændig sygdom med betydelig somatiseringstendens.

Enkelte anførte skader er ikke i overensstemmelse med det faktiske forhold. Der har på intet tidspunkt foreligget brud på lårbenshalsen. Ulykken har alene medført en afskalning ved hofteledskapslen og en kontusion af knæet.

Ligeledes er der ved ulykken ikke sket direkte skade på hjernen, således at nedsat lugte- og smagssans ikke kan anerkendes som følgeskade til uheldet.

Posttraumatisk belastningsreaktion er jf. forsikringsbetingelserne ikke omfattet af forsikringen, når der ikke er sket organskade på hjernen."

Klagerens advokat har i skrivelse af13/8 2008 over for nævnet anført, at selskabets tilbud ikke kan accepteres, da advokaten forsat er uenig i både begrundelsen og udregningen.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Gældende ret:**
Forsikringsforholdet er underlagt dansk ret. Bestemmelserne i den danske forsikringsaftalelov er gældende.
…
Klageinstans:
Deres forsikringsselskab er tilsluttet 'Ankenævnet for Forsikring'. I tilfælde af at De som forbruger ønsker at klage, kan De henvende Dem her. Klagen skal udfærdiges på en særskilt blanket, som De bl.a. kan rekvirere hos K&M og ankenævnets sekretariat.
…
19 Hvilke tillægsdækninger er der under forsikringen?
Invaliditetserstatning
1. en forudsætning for dækning er at
   a) den forsikrede person som følge af ulykken får varig beskadigelse af den legemlige eller åndelig ydeevne (invaliditet).
   b) invaliditeten er opstået inden for et år efter ulykken og at den inden for 21 måneder efter ulykken er dokumenteret ved lægeerklæring og anmeldt over for K&M.
2. Hvis ulykken fører til døden inden for 1 år efter ulykken bortfalder kravet om invaliditetserstatning.
3. Dør den forsikrede inden for 1 år efter ulykkestilfældet af årsager, der ikke skyldes ulykken eller dør forsikrede senere end 1 år efter ulykken - uanset af hvilken årsag - og var der indtrådt krav om invaliditetserstatning, betales invaliditetserstatning svarende til den méngrad, som antageligt ville være blevet fastsat efter sidste lægelige bedømmelse.
4. Invaliditetserstatningen betales ud fra den aftalte forsikringssum for invaliditet, og udbetales altid i form af en engangsydelse.
5. Forsikringssummen og méngraden danner grundlag for beregning af invaliditetserstatningen.

Arbejdsskadestyrelsens méntabel er udvidet på følgende måde

6. Ved tab af ingen funktionsdygtighed i de legemsdele og sanseorganer, der er nævnt nedenfor er det kun denne méngradtabel, der gælder.

En arm	80 %
En hånd	75 %
En tommelfinger	30 %
En pegefinger	20 %
En anden finger	10 %
Alle fingre på en hånd	70 %
Et ben	80 %
En fod	70 %
En storetå	15 %
En anden tå	5 %

Et øje	60 %
Hørelse på det ene øre	40 %
Lugtesans	15 %
Smagssans	15 %
Stemmen	100 %

7. Ved delvist tab eller funktionspåvirkning fastsættes den dertil svarende procentsats ifølge pkt. 6.
8. Rammer ulykken legemsdele eller sanseorganer, der ikke er beskrevet under pkt. 6, fastsættes méngraden efter i hvilket omfang den normale legemlige eller åndelige ydeevne er blevet beskadiget. I den forbindelse er det kun medicinske vurderinger, der tages i betragtning.
9. Rammer ulykken flere legemlige eller åndelige funktioner, lægges méngraderne for hver enkelt funktion sammen. En méngrad højere end 100 % kommer dog ikke i betragtning.
10. Hvis ulykken rammer en legemlig eller åndelig funktion, som allerede var varigt beskadiget inden ulykken, fratrækkes den tidligere méngrad i henhold til § 19 1,6.

…

II. Progressiv invaliditetstabel

1. Hvis en ulykke i henhold til § 19, stk. 1 fører til invaliditetserstatning, udvides den samlede méngrad progressiv i henhold til følgende tabel:

2. Invaliditetstabel 500 %

Fra	til	fra	til	fra	til	fra	til
26	30	45	125	64	248	83	381
27	35	46	130	65	255	84	388
28	40	47	135	66	262	85	395
29	45	48	140	67	269	86	402
30	50	49	145	68	276	87	409
31	55	50	150	69	283	88	416
32	60	51	157	70	290	89	423
33	65	52	164	71	297	90	430
34	70	53	171	72	304	91	437
35	75	54	178	73	311	92	444
36	80	55	185	74	318	93	451
37	85	56	192	75	325	94	458
38	90	57	199	76	332	95	465
39	95	58	206	77	339	96	472
40	100	59	213	78	346	97	479
41	105	60	220	79	353	98	486
42	110	61	227	80	360	99	493
43	115	62	234	81	367	100	500
44	120	63	241	82	374		

"

Nævnet udtaler:

Erstatning for mén er en erstatning for ikke økonomisk skade, der skal kompensere for skadelidtes ulemper i dennes personlige livsførelse. I ménerstatning indgår således ikke erstatning for tab af erhvervsevne, jf. også Bo von Eyben; Kompensation for Personskade, side 212 ff.

I den af Arbejdsskadestyrelsen fastsatte ménprocent indgår således ikke tab af erhvervsevne, og nævnet lægger derfor som udgangspunkt en méngrad på 80 % til grund, idet nævnet anser det for godtgjort, at der er årsagssammenhæng mellem ulykkestilfældet og de følger, Arbejdsskadestyrelsen har ladet indgå i vurderingen.

Nævnet skal endvidere tilføje, at en speciel sammenlægning af méngraderne, sådan som forsikringsbetingelserne forudsætter, resulterer i en højere méngrad end 80, men da symptomerne ifølge Arbejdsskadestyrelsen kompenseres "dobbelt" ved flere af lidelserne, har nævnet fundet, at den samlede méngrad udgør 80 %.

Herefter finder nævnet, at forsikringsbetingelsernes bestemmelser om progressiv invaliditet, jf. punkt 19. II, indebærer, at mengraden på 80 skal forhøjes til 360. Da nævnet som ubestridt lægger til grund, at forsikringssummen udgør 800.000 kr., udgør erstatningen herefter 2.880.000 kr. Da nævnet ligeledes lægger til grund, at der allerede er udbetalt 60.000 kr., skal selskabet yderligere udbetales 2.820.000 kr. til klageren.

Nævnet finder, at selskabet senest pr. 1/2 2005 var i stand til at udbetale erstatning.

Derfor

b e s t e m m e s :

Selskabet, SOVANG Versicherungs-AG, skal udbetale klageren yderligere 2.820.000 kr. med tillæg af renter i henhold til forsikringsaftalelovens § 24 med virkning fra den 15/2 2005.

Marianne Højgaard Pedersen