818/09

Den 4. maj 2009 blev i sag nr. 74.634:

xxxxxxxxx xxxxxxxx xxxxxx
xxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxxx

mod

Industriens Pensionsforsikring A/S
Nørre Farimagsgade 3
1364 København K

afsagt sålydende

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren, der har pensionsforsikring i Industriens Pensionsforsikring A/S, klager ved sin advokat over, at selskabet ikke anser hendes generelle erhvervsevne for nedsat i dækningsberettigende grad.

Selskabet henviser til, at det ikke lægeligt er dokumenteret, at klagerens erhvervsevne er tilstrækkeligt nedsat, ligesom klageren er i stand til at varetage et fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 21 timer.

Klageren, der er født i 1969, har siden 1998 haft en pensionsforsikring i Industriens Pensionsforsikring A/S, der i henhold til forsikringsbetingelserne giver ret til udbetaling af invalidesum, såfremt den generelle erhvervsevne bliver nedsat med mindst halvdelen. Såfremt den generelle erhvervsevne nedsættes til 1/3 eller mindre, er hun ligeledes berettiget til henholdsvis invalidepension og bidragsfritagelse.

Det fremgår af sagen, at klageren den 18/1 2005 væltede på ski og beskadigede sit knæ. Af kommunalt journalark af 3/10 2005 fremgår:

> "**Samtale med C. [klageren] ifb med opfølgning iht. Sygedagpengelovens §24**
> Hun har været sygemeldt siden jan 2005 pga korsbåndsskade i venstre knæ i fbm skiferie. Er til genoptræning 3 gange ugentligt, som består af fysioterapi og styrketræning.

C. arbejder på G. i sliberiet, hvor hun primært har stående arbejde. I øvrigt uddannet kontorassistent i 1989, men har ikke brugt uddannelsen siden.
G. lukker produktionen i H. med udgangen af Feb 2006. De ansatte vil herefter være berettiget til 80 ugers skolegang med fuld understøttelse Det forudsætter dog at C. er raskmeldt på det tidspunkt.
C. har genoptaget sit arbejde med to timer dagligt, hvilket hun synes går rimeligt, men hun gør samtidig opmærksom på at hendes arbejdsgiver er meget fleksible med afveksling i opg. Mellem gående og stående samt pauser.
C. oplyser i øvrigt at hun får invaliderente via sin forsikring så længe hun ikke arbejder mere end 15 timer ugentlig (evt forsøg på at øge timerne skal vi være opmærksomme herpå)
Opfølgningsplanen
Vi drøfter mulighederne for anskaffelse af stå - støttestol som C. evt ville kunne bruge ifb med de opgaver hvor hun står op. Måske vil den kunne aflaste knæet i et omfang der gør at hun vil kunne øge timerne.
Målet er at få afklaret om C. vil kunne genoptage sit arbejde på fuld tid snarest til udgangen februar 06, da hun så vil kunne få de 80 ugers skolegang Evt. til opdatering af kontor udd."

Klageren blev den 9/12 2005 undersøgt af speciallæge i ortopædkirurgi E.L. Af journalnotat som følge heraf fremgår:

"Undersøgelsesdato 09 12 05: Patienten faldt under skiferie i Norge i januar måned 2005, blev transporteret til Danmark og kom til H. Sygehus, hvor der den 20. januar 2005 blev foretaget operation, hvor man reinsererede en eminentia avulsion svarende til det forreste korsbånd, tydeligvis nogle problemer i forbindelse med operationen og fragmentet blev fikseret med en enkelt kanyleret skrue, selvom man gerne havde ønsket 2.
Der blev samtidig foretaget efterfølgende bandagering med en ROM-splint med bevægelse 0-20 gr., idet det var angiveligt denne stilling, hvor fragmentet holdt sig pænest på plads, idet det havde tendens til at kippe lidt op fortil.

Var så bandageret i 6 uger og efterfølgende gik patienten til optræning. Der var imidlertid udtalte problemer og ved undersøgelse den 6. april 2005 konstateres en bevægelighed på 5 - 40 gr. og det førte så frem til, at man den 21. april 2005 foretog fornyet arthroscopi med løsning af adhærence dannelse og samtidig medial og lateral release.
Dette efterforløb var ligeledes besværligt. Patienten var på Kinetec skinne i 3 dage og gik så til optræning hos fysioterapeut.
Er nu efterhånden kommet til at bevæge i det højre knæ noget der ligner 10 - 110 gr., men der er mange smerter i knæet og patienten har flere tilfælde af svigt.
Arbejder 4 timer dagligt hos G.
Det store problem p.t. er, at der ikke bare er smerter i det venstre knæ, men der er også efterhånden kommet smerter omkring begge fødder, ryg etc. Samtidig er der udtalte problemer med både at passe arbejdet og naturligvis også få dagligdagen til at hænge sammen.

Objektivt: Venstre knæ findes med en cirkulær bløddelshævelse. Der er en strækkemangel på 10 - 12 gr. sammenlignet med det højre knæ der kan rekurvere 6 - 7 gr.
Knæet flekterer til omkring 110 - 115 gr.
Der er ikke nogen patologisk løshed i knæet, der er tydelige stop svarende til begge cruciate ligamenter, men når man forsøger at strække i det venstre knæ, er der tydelig fornemmelse af et massivt stop, om det ligger retrocapsuluært eller intraarticulært har jeg lidt svært ved at vurdere.
Der er tydeligvis crepitation retropatellart, men også tibiofemoralt.
Hofter roteres frit.

Fødder OK og ingen rigiditet af tæer.

Der er i forbindelse med operationen beskrevet bruskskader på både femur og tibia plateau."

Af senere journalnotat af 30/1 2006 fremgår bl.a.:

"Knæet er egentlig pænt, men meget præget af arvævsforandringer. Den skrue som sad i knæet kan sagtens have givet en del problemer i det den var bevægelig. Der må forventes en del smerter i de første 4-5 dg. som gradvist vil aftage, men også at der kommer en del arvæv fortil i knæet.

PLAN
Så snart bedøvelsen har fortaget sig må C. støtte fuldt på benet. Der er ingen tvivl om at der kommer nogle smerter i den forbindelse."

Speciallæge, overlæge C.P. anførte i ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 10/11 2006:

"Skadelidte var den 18. januar 2005 på skiferie i Norge Under en vending væltede hun på ski og forvred det venstre knæ Hun blev indbragt til et lokalt sygehus, hvor man radiologisk fandt afrivning af forreste del af eminentia intercondyloidea tibiae, hvor det forreste korsbånd hæfter. Der blev anlagt en cirkulær gips, og skadelidte blev transporteret til Danmark og indlagt på Ortopædkirurgisk afdeling, H. Sygehus næste dag.
Der blev den 20. januar 2005 foretaget artroskopi af den venstre knæ, hvor man fandt samme fund som de radiologiske Der var endvidere bruskkontusion lateralt både på femur og tibia. Man fikserede det afrevne eminentiaparti med en kanyleret skrue, som kunne holde frakturen på plads, når knæet samtidig var ekstenderet.
Der blev anlagt en DonJoy skinne låst i strakt stilling, og hun blev udskrevet næste dag Røntgenkontrol viste tilfredsstillende forhold, dog prominerede skruen ¾ cm.
Ved kontrol efter 3 uger viste røntgenundersøgelse uændret stilling, og DonJoy skinnen blev låst op til 20° bevægelse Skinnen blev fjernet efter 6 uger, hvor hun blev henvist til fysioterapi til bevægetræning. Det gik imidlertid dårligt med bevægelsen, hvorfor der blev foretaget artroskopisk synovektomi den 21 april 2005, hvor knæet så kunne bevæges 0 - 110°.
Skadelidte fortsatte træning ved fysioterapeut, og den ambulante kontrol blev afsluttet den 31 august 2005, hvor bevægelsen var 5 - 110°
Skadelidte var efterfølgende generet af bevægeindskrænkningen i knæet, men også af smerter og knæsvigt
Hun henvendte sig derfor til G. Speciallægeklinik, hvor man ved undersøgelse den 9 december 2005 fandt 10° strækkemangel i knæet, bøjning til omkring 110° og en meget fikseret patella.
Der blev den 5 april 2006 foretaget operation, hvor man fjernede den indsatte skrue gennem en mindre artrotomi. Der blev samtidig foretaget artroskopisk fjernelse af massiv fibrose fortil og interkondylært i knæet Der var endvidere en 1½ cm i diameter læsion i brusken på den mediale femurkondyl ind mod emmentia, som blev rettet til.

Skadelidte fortsatte træning ved fysioterapeut 2 gange ugentligt, og har netop reduceret dette til 1 gang ugentligt, hvor man primært arbejder på at løsne knæskallen.
Kontrollen er afsluttet i slutningen af maj 2006
Skadelidte går desuden til kiropraktor pga gener fra ryggen pga skæv holdning efter ulykken.

KLAGER.

Skadelidte frembyder følgende klager

1. Styrken i det venstre ben er meget nedsat. Hun har svært ved at gå på trapper eller stiger ud over de første trin, og hun kan ikke stå på en stige fordi venstre ben kommer til at ryste
2. Hun kan ikke foretage fysisk prægede aktiviteter eller sport, og kan således ikke løbe eller stå på rulleskøjter. Hun kan kun cykle korte ture. Hun kan gå, men kommer til at halte ved hurtig gang og har svært ved at færdes i ujævnt terræn.
3. Der optræder knæsvigt ved træthed
4. Der er igangsætningsbesvær, når hun har siddet ned i længere tid.
5. Der er konstant lidt murren i det venstre knæ.
6. Hun kan ikke sidde på hug eller ligge på det venstre knæ.
7. Det venstre knæ er konstant hævet
8. Hun kan ikke bøje det venstre knæ så meget som tidligere, og hun kan ikke længere overstrække det

Tilstanden har været uændret længe Hun tager ingen medicin. Hun er bedst tilpas, hvis hun kan veksle mellem at skulle sidde, gå og stå.

…

KONKLUSION.

Der er god overensstemmelse mellem de anførte klager og objektive fund.
Skadelidte pådrog sig ved den aktuelle ulykke en afrivning af forreste del af eminentia intercondyloidea tibiae, hvor det forreste korsbånd hæfter. Afrivningen blev fikseret og der er udført 2 supplerende indgreb, primært for at bedre bevægelsen i knæet.
Der er nu følger, primært i form af veludtalt svind af muskulaturen i det venstre ben, som medfører kraftnedsættelse og manglende evne til at kunne udføre fysisk prægede aktiviteter herunder sport, let bevægeindskrænkning, manglende evne til at kunne ligge på knæ og en meget stramt bundet patella som følge af fibrose fortil i knæleddet.
Tilstanden skønnes at være stationær nu, om end der er mulighed for at styrke det venstre ben ved selektiv træning
Skadelidte er som følge af den aktuelle ulykke ikke i stand til at varetage et knæbelastende arbejde, dvs arbejde som er udpræget gående, stående og involverer tunge løft, knæliggende arbejde eller dybe knæbøjninger."

Klageren kom pr. 1/11 2006 i arbejdsprøvning som kontorassistent. Af opfølgningssamtale af 27/2 2007 fremgår:

"**D. 27.2.07 afholdt samtale med deltagelse af C., leder M.C. og undertegnede M.S. - C. har på nuværende tidspunkt været i praktikken side d. 1.11.06. Hun startede med 15 timer pr. uge og har arbejdet sig op på 21 1/4 time pr. uge. Hun har, bortset fra en enkelt sygedag i forbindelse med træning ved fys. haft et stabilt fremmøde.**
Arbejdsopgaver:
C. har hovedsageligt varetaget oprettelsen af tlf database i forbindelse med kommune sammenlægning og indtastningsopgaver. Der planlægges andre opgaver til C., og hun har tillid til at hun kan klare andre kontormæssige opgaver. Det drøftes endvidere at der måske bliver størst behov for C. i afdelingen for boligstøtte. C. er bestemt ikke afvisende overfor at flytte afdeling, men er som hun understreger meget glad for arbejdet i Borgerservice. M.C. udtrykker i den forbindelse sin tilfredshed med C.'s indsats. Adspurgt oplyses at C.'s effektivitet

er på fuld højde med andre ansatte i Borgerservice, måske er den en og bedre. C. er ifgl. M.C. meget lærenem.
M.C. udtrykker ønske om at ansætte C. i fleksjob, men hun har endnu ikke fuldt overblik over budgettet og afventer yderligere oplysninger om dette. M.C. forventer at hun i løbet af den næste måned får svar på, om hun får økonomi til at ansætte C. i fleksjob pr. 1.4.07.
I den forbindelse drøftes at der endnu ikke er truffet afgørelse om berettigelse til fleksjob.
Helbred:
Mulighed for yderligere optrapning af den daglige arbejdstid drøftes. C. giver udtryk for at såfremt hun skal træne mere end hun gør vil hun ikke kunne magte at arbejde helt så mange timer pr. uge som nu. C. fortæller hun har trænet i 2 år nu og ikke opnået de resultater hun havde håbet. Hun er fortsat tilknyttet fys. K.Ø., hvor hun træner 2 - 3 x pr. måned.
C. oplyser at hun har mulighed for at tilgodese sine skånehensyn. Hun kan i arbejdstiden stå, sidde og bevæge sig rundt efter behov. Det er endvidere aftalt med kollegaer at såfremt C. har brug for at gå en tur, kan hun dette. Ifølge C. har hun dog ikke behov for dette, i særligt omfang, da hun kan veksle mellem siddende, stående og gående beskæftigelse.
Aftaler / indstilling:
Det aftales at undertegnede indstiller til at forlænge aftale om virksomhedspraktik i yderligere en måned frem til d. 31.3.07. I perioden frem til 1.4.07 forventes at der er truffet afgørelse om fleksjobsberettigelse og at M.C. bliver sikker på hun har budget til at ansætte C.
Ifølge mundtlig aftale med beskæftigelsesmedarbejder L.S. er praktikken forlænget til d. 31.3.07. Forlængelsen sendt til arbejdsstedet."

H. Kommune anførte i skrivelse af 30/3 2007 til klageren:

"**Afgørelse:**
Der er truffet afgørelse om at du opfylder betingelser for et fleksjob i henhold til Lov om en Aktiv Beskæftigelsesindsats §§ 69 og 70 fra den 1.4.2007.

Afgørelsen er truffet på baggrund af ressourceprofilen, hvoraf det fremgår, at du har en varig nedsat arbejdsevne, som medfører, at du ikke kan opnå beskæftigelse på ordinære vilkår på arbejdsmarkedet.

I forbindelse med bevilling af fleksjob ophører udbetaling af sygedagpenge fra og med d. 1.4.2007."

Klageren blev herefter pr. 1/5 2007 ansat i fleksjob i kommunebutikken i H. Kommune med en ugentlig arbejdstid på 21,5 timer.

Klageren ansøgte ved skrivelse af 6/5 2007 selskabet om helbredsbetingede ydelser.

Speciallæge S.A. undersøgte klageren og anførte i ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 27/5 2007:

"Nu 38-årig uddannet kontorassistent med brancheskift til sølvsmedvirksomheden G., hvor hun arbejde med fremstilling af sølvbestik, pådrager sig under skiferie i Norge 18. januar 2005 en ganske betragtelig venstresidig knæskade med forreste korsbåndslæsion i form af

afrivning af eminentia intercondylaris tibiae sin. samt flere brusklæsioner i samme knæ. Udstyres med høj cirkulær gips og hjemtransporteres til Danmark, hvor der 20. januar 2005 på H. sygehus foretages påpladssætning af den afrevne eminentia ved hjælp af kanyleret skrue. Det fremgår, at operationen er temmelig besværlig. Postoperativ røntgenkontrol; viser eminentia sat på plads, men at skruen passerer ud gennem bagsiden af tibia og penetrerer 1 cm. ind i omgivende bløddele. På grund af besværliggjort genoptræning grundet nedsat bevægelighed efter den postoperative bandagering, foretages i april 2005 artroskopisk oprensning og debridement. Operationen giver initialt bedre bevægelighed, men gradvist reduceres bevægeligheden. Efter afsluttet fysioterapi på H. sygehus søger skadelidte privathospitalet G., hvor hun ses første gang december 2005. I april 2006 foretages fjernelse af skruen, der findes løstsiddende, samt igen oprensning i knæleddet. God effekt af denne operation.
Skadelidte har klaget til Patientklagenævnet og fået medhold i, at skruen burde have været fjernet i april 2005 i forbindelse med operationen på H. sygehus.
Efter fjernelse af skruen på G. privathospital ved E.L. fik skadelidte klar forbedring i knætilstanden specielt hvad angår bevægelighed.
På grund af de mange måneder med kompromitteret bevægelighed og specielt strækkedefekt i venstre knæ, har skadelidte fået tiltagende rygproblemer, der nu er blevet af kronisk karakter, således at hun regelmæssigt må gå til kiropraktor hver 2-3 måned.
Via sine fritidsulykkesforsikringer i TopDanmark og ALKA har skadelidte fået tildelt 8% i méngrad. Disse afgørelser er blevet anket og tilbagevist.

Skadelidte klager over, at hun trods en markant bedring i knætilstanden stadig har problemer hvad angår muskulaturen. Føler sig stadig svag i venstre ben og gennem de sidste par måneder er der begyndt at komme knæklyde fra knæet. Har belastningsrelaterede hævelser og smerter i knæet og dagligt startbesvær på ca. 1 minut. Har knæsvigt ved træthed, men ingen låsningstilfælde. Føler, at knætilstanden har været stationær siden oktober 2006.
Hvad angår ryggen, går tilstanden støt og roligt ned ad bakke. Hun har lavtsiddende lumbalsmerter, der efterhånden har fået tendens til at stråle op til skulder og nakke, hvilket medfører pandehovedpine. Ryggenerne ophobes i perioder, hvor hun føler ømhed og træthed overalt i ryggen og må være sengeliggende et døgns tid for at komme sig. Sådanne episoder har skadelidte haft fire gange inden for det sidste halve år. Har besvær med daglige gøremål samt mange tidligere fritidsaktiviteter, kan reelt ikke deltage i nogen form for fysisk udfoldelse.
Objektivt findes 10 graders strækkedefekt venstre knæ, nogen retropatellar ledskurren. Nedsat bevægelighed i columna lumbalis. Ret udtalt muskelatrofi i hele venstre underekstremitet. Pronationsstand og pronationsgang på venstre fod, der ligeledes devierer 35 grader lateralt ved gang. Reduceret venstresidig paravertebral muskulatur, specielt lumbalt. Nedsat bevægelighed lumbalt, venstre knæ samt venstre hofte.
Arbejdsforholdene er kompromitterede således, at skadelidte aldrig vil kunne vende tilbage til arbejdet i produktionsafdelingen hos G. Skadelidte er pr. 1. maj 2007 blevet tildelt 50% fleksjob via H. kommune og er blevet ansat som kontorassistent samme sted. Skadelidte angiver at have et brutto løntab på ca. 3.000 kr. pr. måned.

Konklusion:
Der er overensstemmelse mellem skadelidtes klager og de objektive fund.
Tilstanden er stationær hvad angår knæet, men dog på længere sigt med risiko for forværring grundet bruskskaderne.
UT og den ændrede gang samt det langvarige forløb har medført lumbale rygsmerter med udstråling til skuldre og nakke samt problemer med hovedpine.
Den arbejdsmæssige prognose skønnes god, så længe skadelidte kan varetage sit 50% fleksjob. Er enig i Patientskadenævnets vurdering, at den relativt sene fjernelse af skruen

har medført forværring i tilstanden, specielt hvad angår ryggen. Fjernelse af skruen har medført klar forbedring af knægenerne.
Der skønnes aktuelt, at være ret udtalte varige mén og et større erhvervsevnetab i forhold til tidligere formåen."

Selskabets lægekonsulent T.S. anførte i lægeskøn af 16/7 2007:

"Medlemmet kom til skade med sit venstre knæ den 18.01.2005 under skitur i Norge. Pådrog sig et mindre brud i knæet, hvor forreste korsbånd sidder fast på skinnebenet. Blev umiddelbart operativt behandlet, hvor man fikserede det afrevne knoglestykke med en skrue. Efterfølgende betydelige problemer med bevægelighed i knæet, og blev derfor opereret igen med kikkertoperation den 21.04.2005, og igen den 05.04.2006. Efterhånden er bevægeligheden blevet bedre.
Vi har 2 speciallægeundersøgelser, dels en fra november 2006 og dels en fra maj 2007. Ifølge den første speciallægeundersøgelse var der på daværende tidspunkt tydelig muskelatrofi svarende til venstre lår og læg. Knæet kunne strækkes helt ud og bøjes til 125 gr. Knæet var stabilt både til siderne og frem og bagud. Ingen skurren.
Ifølge speciallægeundersøgelsen fra maj 2007 var der nedsat bevægelighed i det der manglede 10 gr. i at knæet kunne strækkes ud, bøjet til 110 gr. Knæet var stabilt.
Ifølge den seneste speciallægeundersøgelse var der god effekt af den sidste operation, det vil sige 05.04.2006. Der var fortsat problemer med overvejende startbesvær og belastningssmerter i knæet. Ingen hvilesmerter. Der kunne optræde knæsvigt når medlemmet var træt. Der var nedsat kraft i venstre ben. Endvidere var der tilkommet en hel del problemer fra rygsøjlen med lavtsiddende lændesmerter som strålede op mod skulder og nakke og medførte hovedpine. Dette har krævet at medlemmet har været hos kiropraktor en 2-3 gange pr. måned.
Jeg vil opfatte medlemmets rygbesvær som sekundær til knæproblemerne, og vil bestemt gå ud fra at de efterhånden vil aftage. Der er således næppe tale om noget permanent her. Vedrørende knæet giver det selvfølgelig funktionsbegrænsning overfor knæbelastende arbejde, men i betragtning af den relativt gode bevægelighed og den fulde stabilitet vil der være mange arbejdsfunktioner som medlemmet uden problemer vil kunne varetage.
Ser vi således på ethvert erhverv er der ikke tale om et erhvervsevnetab som på nogen måde kan nærme sig 50%."

Selskabet anførte i skrivelse af 23/7 2007 til klageren:

"Vi har nu behandlet din ansøgning, og du har ikke ret til helbredsbetingede ydelser.

Vi har vurderet, at din erhvervsevne i alle erhverv ikke er varigt nedsat med mindst halvdelen af helbredsmæssige årsager, se § 8, stk. 1 og 2, i de almindelige forsikringsbetingelser.
Derfor har du ikke ret til udbetaling

Da vi vurderede din erhvervsevne, lagde vi vægt på, at du den 18. januar 2005 under en skiferie i Norge pådrog dig en vridlæsion af dit venstre knæ.

Vi har ved vores afgørelse lagt vægt på, at speciallæge i ortopædisk kirurgi S.A. ved undersøgelse den 27. maj 2007 fandt, at der mangler 10 grader i at knæet kan strækkes ud, bøjet til 110 grader. Knæet er stabilt. Der har været god effekt af den sidste operation. Der er fortsat problemer med overvejende startbesvær og belastningssmerter i knæet, men ingen hvilesmerter. Der kan optræde knæsvigt ved træthed og der er nedsat kraft i venstre ben.

Vi er opmærksomme på, at du har funktionsbegrænsninger i forhold til knæbelastende arbejde, men i betragtning af den relativt gode bevægelighed og den fulde stabilitet vil der være mange arbejdsfunktioner som du vil kunne varetage. Vi vurderer derfor ikke, at du har et varigt erhvervsevnetab på mindst halvdelen inden for alle erhverv af helbredsmæssige årsager.

Vi er endvidere opmærksomme på, at du den 1. april 2007 er blevet godkendt til fleksjob og at du fra den 1. maj 2007 er blevet ansat i fleksjob med en ugentlig arbejdstid på 21¼ time. Det fremgår at dit skånebehov ligger i den nedsatte arbejdstid.

Vi mener ikke, at ansættelse i fleksjob i sig selv dokumenterer, at erhvervsevnen er varigt nedsat med mindst halvdelen i alle erhverv af helbredsmæssige årsager. Vi mener ikke, at det er ensbetydende med, at betingelserne for helbredsbetingede ydelser er opfyldt, da bevillingen af fleksjob er baseret på, hvad den enkelte person kan magte i det konkrete fleksjob og altså ikke i alle erhverv.

Hvis din helbredstilstand bliver værre, er du velkommen til at kontakte os."

Klagerens advokat anførte i skrivelse af 26/11 2007 til selskabet:

"Min klient har stadig store problemer med venstre knæ efter den vridlæsion hun fik ved en skiulykke 18. januar 2005.

Hun skal nu helst have mulighed for at kunne gå, stå og sidde efter behov, når hun er på arbejde. Dette tilgodeses hun til dels på hendes nuværende flexjob hos kommunen, og hun er derfor i stand til at opfylde sin kontrakt nogenlunde.

Faktum er, at hendes dagligdag passer hende bedst fysisk og psykisk, hvis hun maksimalt har en arbejdsdag på 3 ½ time dagligt. Da bliver hun ikke helt udbrændt eller lign., som hun ellers oftest er, når hun eksempelvis har været på arbejde i 4 ½ time.

Min klient har 2 børn på 11 og 7 år, som også gerne skulle have lidt gavn af hende i hverdagene. Dette kniber det med, når og hvis hun arbejder ifølge sin ansættelseskontrakt som er på 21 timer ugentlig.

Jeg er uenig i Industriens Pensions vurdering af at skånebehovet udelukkende tilgodeses ved nedsat arbejdstid. Det tilgodeses også ved at min klient på jobbet har mulighed for at kunne gå en lille tur eller tage et hvil hvis knæet kræver det.
Yderligere er jeg uenig i bedømmelsen mht. karakteristikken af at være i et flexjob. At være nødsaget til at være i et flexjob *er* da en dokumentation for, at ens erhvervsevne er varigt nedsat betydeligt, og omkring halvdelen som er Deres skæringslinje.

Min klient kæmper sig som nævnt igennem de ca. 21 timer hver uge, men har fundet ud af, at 3 ½ times dagligt arbejde er det maksimale hun kan holde til, hvis hun ligeledes skal kunne være noget for familien når hun kommer hjem.

Af det lægelige materiale som jeg har fået tilsendt fra Dem, fremgår det tydeligt at skaden har gjort, at der er en varig nedsættelse af erhvervsevnen.
Det fremgår ligeledes tydeligt, at en normal arbejdsmæssig tilknytning ikke skal kunne påregnes og at der vil være betydelige skånehensyn fra hendes arbejdsgivers side.

Dette har været opfyldt fra kommunens side indtil nu, men timeantallet *er* som nævnt i overkanten til at min klient kan få en tålelig hverdag til at fungere.

Hvis der officielt ændres timemæssigt til de optimale 3 ½ time dagligt, da ender vi på en ugentlig arbejdstid på 17 ½ time, hvilket er under halvdelen af en normal arbejdstid på 37 timer.

Jeg mener derfor min klient er berettiget og 'kvalificeret' til at få de helbredsbetingede ydelser."

Speciallæge, overlæge A.B. undersøgte klageren og anførte som følge heraf i ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 14/12 2007:

"Det drejer sig om en 38-årig kvinde, der i januar 2005 pådrager sig en eminentiafraktur i venstre knæled under skiferie i Norge. Primær gipsbandageret.
Kommer hjem til Danmark dagen efter traumet, og bliver opereret på V. Sygehus i H. med artroskopisk vejledt osteosyntese med en kanyleret skrue. Pga. manglende tiltro til fiksationstyrken immobiliseres benet låst i 3 uger, og derefter i 3 uger med bevægelighed 0-20 grader.
Efterfølgende udvikler patienten betydelig stivhed med stærk nedsat bevægelighed, smerter og hævelse. Der laves artroskopisk oprensning af arvæv og release af knæskallen april 2005, og det giver nogen bedring af knæleddets bevægelighed. Efterfølgende uændret mange smerter, og på eget initiativ undersøges og behandles patienten på G. Speciallægeklinik i B.
Mere end 1 år efter skadetidspunktet fjernes skruen, og forløbet herefter er præget,af yderligere bedring i bevægelighed og en reduktion af smerterne.
De sidste 18 måneder har tilstanden i knæet ikke ændret sig.
Hun får forsat behandlinger i form af elektrodemuskelstimulering hos en speciallæge i ortopædkirurgi i A., og derudover går hun til kiropraktorbehandling hver 3. måned pga.kroniske ryg- og nakkesmerter. Rygsmerterne har patienten udviklet for godt et år siden, og i løbet af det seneste halve år, har smerterne forplantet sig til kroniske smerter i nakken, hyppig hovedpine og skulderledssmerter.
Ved undertegnedes objektive undersøgelse er der fundet en nedsat bevægelighed, en fastlåst knæskal, kronisk hævelse af knæleddet samt løshed i forreste retning.
Hendes klager er helt i overensstemmelse med de objektive fund. Patientens klager er dog meget domineret af patellofemorale smerter og stivhed af leddet. Hun har sjældent subjektiv fornemmelse af løshed selvom man objektivt kan konstatere at leddet er løst. Patienten har en øget mobilitet i nakken og begge skulderled, og derudover har hun en let thoracolumbal skoliose. Disse forhold kan forklare hvorfor hun har udviklet kroniske ryg- og nakkesmerter. Hendes rygproblemer kan udmærket være udløst af langvarig funktionsnedsættelse af benet, idet hun i mange måneder har aflastet knæleddet. Jeg kan dog ikke dokumentere, at de 2 lidelser med sikkerhed er relateret til hinanden, idet hun som nævnt har flere disponerende faktorer for udvikling af belastningsrelaterede ryg- skuldre- og nakkesmerter.
I anledning af Patientforsikringssagen kan jeg udtale følgende:
Den primære osteosyntese er efter min vurdering ikke udført tilfredsstillende. Skruen er indsat i en mere end 60 graders fejlvinkling. Skrueretningen bør have samme retning som det anatomiske forløb af forreste korsbånd. Fiksation af en eminentia fraktur med en skrue indført fra anterior siden af knæledet er derfor teknisk meget vanskelig at udføre korrekt.
Derfor vælger langt de fleste i dag at anvende alternativ form for fiksation med f.eks. cerclage fiksation, som lettere giver en korrekt stramning og fiksation af en eminentiafraktur. Det

bør være et krav til fiksationen, at den styrkemæssig er så tilfredsstillende, at man kan starte bevægetræning umiddelbart efter operationen.
Den valgte postoperative immobilisation hos patienten har været meget uheldig, og den er den væsentligste årsag til, at patientens knæskal voksede fast med arvæv.
Den efterfølgende behandling har dog været konsekvent ud fra de givne dårlige forhold. Man udførte meget hurtigt en kikkertoperation hvor man fjernede arvæv samt foretog en løsning af kapsel.
Jeg vurderer at patientens klager burde have ført til en mere aktiv kontrol inklusiv nye røntgenundersøgelser på H. Sygehus. Det er kritisabelt at stabiliteten i knæleddet ikke er fundet patologisk. Endelig finder jeg, at den isatte skrue burde have været fjernet på et tidligere tidspunkt. Jeg vurderer dog ikke, at tidspunktet for fjernelse af skruen er den væsentligste årsag til den aktuelle status, men en tidligere fjernelse ville have afkortet behandlingsforløbet.
Et normalt forløb efter en kirurgisk behandling af en eminentiafraktur er ca. 6 ugers aflastning med en bandage der tillader bevægefunktion - efterfulgt af ca. 3 måneders stigende belastning og genoptræning. Det forventes at sygemeldingen for et gående og stående arbejde vil være 4-5 måneder efter skadetidspunktet. I den aktuelle situation er sygemeldingsperioden således forlænget med næsten 18 måneder i forhold til det forventede.
Patientens nuværende status er rimelig tilfredsstillende. Hendes tilstand er kun nogle få méngradsprocent dårligere end gennemsnitsresultatet efter behandling af en eminentiafraktur hos en patient i den pågældende alder.
Jeg skønner ikke, at der er behov for ny kirurgisk behandling af knælidelsen. En korsbåndsrekonstruktion tror jeg ikke kan forbedre forholdene.
Jeg finder det relevant, at patienten fortsætter med en form for muskelgenoptræning af både benet samt af ryg- og nakkemuskulaturen.
Jeg har ved den objektive undersøgelse konstateret begyndende slidgigt mellem knæskal og lårben, men på længere sigt vil patienten udvikle mere udbredt slidgigt i knæleddet.
Hendes nuværende arbejdssituation skønnes idag så stabil, at hun må kunne beholde et arbejde som kontorassistent ved H. Kommune en del år frem i tiden."

Selskabets lægekonsulent P.G. anførte i lægeskøn af 7/2 2008:

"Umiddelbart mener jeg ikke at der er noget der siger at EET er kommet på mere end 50 %, men jeg kan ikke helt gennemskue om der er nye oplysninger vi evt. også skal lægge vægt på. Vil derfor også gerne have 'forslag' til argumentation.
Der er en almen helbredsattest, som beskriver at hun var rask frem til ulykken hvor hun fik vridtraume af venstre knæ. Afrevet bruskstykke. Efter en operation på G., noget bedre bevægelighed og hun har nu et skånehensyn overfor knæbelastende erhverv.
Der er speciallægeerklæring fra A.B. fra december 2007, som anfører at han syntes tilstanden er uændret siden sommeren 2006 med belastningssmerter i den forreste del af leddet og det kan være når hun har bøjninger i forbindelse med aktivitet eller når hun sidder bøjet med benene for længe. Kan kun gå 500 m, i hvile har hun ingen smerter og ingen smerter om natten. Objektivt er hun hypermobil og ellers virker hun sund og rask. Svarende til venstre knæ er der ømhed i den forreste del af knæleddet, der er lidt skurren og knæklyde. Der er let nedsat bevægelighed både af hensyn til stræk og bøjning. Der er let smerte ved rotation af knæet og der lidt nedsat styrke.

Det findes at hendes tilstand er rimelig tilfredsstillende. Er rimelig god i forhold til det brud hun har haft i knæet. Der er som beskrevet her tale om nedsat erhvervsevne i knæbelastende erhverv, men i ikke knæbelastende erhverv er der ingen erhvervsevnenedsættelse i det hun ikke har nogle smerter når hun sidder ned.
Erhvervsevnen er samlet således langt under 50% i alle erhverv."

Selskabet anførte i skrivelse af 13/2 2008 til klagerens advokat bl.a.:

> "Vi har vurderet, at der ikke er lægelige oplysninger, der dokumenterer, at C.'s erhvervsevne i alle erhverv er varigt nedsat med mindst halvdelen.
>
> For at få ret til helbredsbetingede ydelser fra Industriens Pension er det en betingelse, at erhvervsevnen skønnes varigt nedsat med mindst halvdelen eller 2/3 af den fulde erhvervsevne, jf. forsikringsbetingelserne § 8, stk. 1, og § 7, stk. 1. Forringelsen af erhvervsevnen bedømmes af os i samarbejde med vores lægekonsulenter ud fra en ren lægelig vurdering, jf. forsikringsbetingelserne § 8, stk. 2 og § 7, stk. 2.
>
> Vi har lagt vægt på, at der i ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 14. december 2007 fremgår C. har naturlig bevægelse i nakken, der er let nedsat bevægelighed ved foroverbøjning men god sidebevægefunktion i ryggen og ens og normal hofteledsbevægelighed.
>
> Vi har også lagt vægt på at der omkring venstre knæled, angives let ømhed ved berøring i af forreste halvdel af knæleddet, men ingen ømhed andre steder omkring knæet.
>
> Sluttelig har vi lagt vægt på, at den objektive undersøgelse viser at der er let nedsat bevægelighed, ved både aktiv og passiv bevægelse af knæet, hvor venstre knæ ved aktiv bevægelse kan bevæges fra 0 - 130 grader, mod højre der kan bevæges fra 0 - 145 grader. Ved passiv bevægelse mangler der 5 grader i normal udstrækning og 10 grader ved fuld bøjning af knæet.
>
> Vi vurderer derfor ikke, at C.'s gener medfører et varigt erhvervsevnetab på mindst halvdelen i alle erhverv."

Klagerens advokat har ved skrivelse af 10/9 2008 over for nævnet nedlagt påstand om, at selskabet skal anerkende, at klagerens erhvervsevne er nedsat i dækningsberettigende grad.

Selskabet har ved skrivelse af 21/10 2008 fastholdt sin afgørelse over for nævnet. Selskabet har til støtte herfor anført:

> "**Til støtte for vores afgørelse gøres gældende:**
> Vi gør gældende, at C. ikke har ret til invalidesum, idet vi ikke vurderer, at der er lægelig dokumentation for, at hendes erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde varigt er nedsat med halvdelen i alle erhverv, jf. forsikringsbetingelserne § 6, stk. 1, (tidligere § 8, stk.1), som er en betingelse for udbetaling af invalidesum i Industriens Pension.
>
> Vi gør også gældende, at C. ikke har ret til invalidepension og bidragsfritagelse, fordi der ikke er lægelig dokumentation for, at hendes erhvervsevne er nedsat med 2/3 i alle erhverv af helbredsmæssige årsager jf. forsikringsbetingelserne § 7, stk. 1. Selv hvis hendes erhvervsevne skulle være nedsat med 2/3, har hun ikke ret til invalidepension og bidragsfritagelse, så længe hun er ansat i fleksjob, jf. forsikringsbetingelserne § 7, stk. 3.

Erhvervsevnen bedømmes af Industriens Pension under hensyn til forsikredes helbredsmæssige forhold ud fra en ren lægelig vurdering, jf. forsikringsbetingelserne § 6, stk. 2 (tidligere § 8, stk. 2) og § 7, stk. 2.

Det fremgår af speciallægeerklæring af 10. november 2006 ved C.P., overlæge, speciallæge i ortopædkirurgi, Ortopædkirurgisk afdeling, A. Sygehus (Bilag …), at C. ikke er i stand til at varetage knæbelastende arbejde, dvs. arbejde som er udpræget gående, stående og involverer tunge løft, knæliggende arbejde eller dybe knæbøjninger.

Derudover fremgår det af speciallægeerklæring af 27. maj 2007 ved speciallæge i ortopædisk kirurgi, S.A., Sportsklinik Nord, A. (Bilag …), at C.'s arbejdsmæssige prognose skønnes god, at der er udtalte varige mén og et større erhvervsevnetab i forhold til tidligere formåen.

Det fremgår tillige af speciallægeerklæring af 14. december 2007 fra overlæge A.B., speciallæge i ortopædisk kirurgi, H. (Bilag …), at C.'s status er rimelig tilfredsstillende. A.B. vurderer, at C.'s tilstand kun er nogle få méngradsprocent dårligere end gennemsnitsresultatet efter behandling af en eminentiafraktur (fremspringende) hos en patient i den pågældende alder. A.B. vurderer samlet, at C.'s arbejdssituation skønnes stabil, og at hun må kunne beholde et arbejde som kontorassistent ved H. Kommune en del år frem i tiden.

Endvidere fremgår det af almen helbredsattest af 30. januar 2008 fra praktiserende læge H.D., H. (Bilag …), at C.'s tilstand vurderes som stationær og uden yderligere behandlingsmuligheder.

Endelig fremgår det af lægeskøn af 16. juli 2007 fra Industriens Pensions lægekonsulent, T.S., overlæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, F. Hospital, (Bilag …) og lægeskøn af 7. februar 2008 fra Industriens Pensions Lægekonsulent, ledende overlæge P.G., Ortopædkirurgisk Afdeling, H. Hospital (Bilag …), at der ikke er lægelig dokumentation for, at C. har et varigt erhvervsevnetab på mindst halvdelen, når der ses på ethvert erhverv.

Vi anerkender, at C.'s erhvervsevne er varigt nedsat i fysisk knæbelastende erhverv, men vi anerkender ikke, at den generelle erhvervsevne i alle erhverv er nedsat i en sådan grad, at det udgør halvdelen eller mere af C.'s generelle erhvervsevne.

C. har siden 1. maj 2007 været ansat i et fleksjob som assistent i Kommunebutikken, H. Kommune, med 50 % løntilskud. Arbejdet består i forefaldende arbejde, ad hoc opgaver kontor og IT i kommunebutikken. Det ugentlige timetal udgør 21 ¼ timer. De særlige vilkår er skiftende arbejdsstillinger og ingen tunge løft. (Bilag …).

C. er i stand til at klare dette fleksjob med 21 ¼ timer pr. uge, hvilket er over halvdelen af en normal fuld arbejdsuge. Det mener vi understøtter, at C. har over halvdelen af sin generelle erhvervsevne i behold.

Vi mener ikke, at ansættelse i fleksjob i sig selv dokumenterer, at erhvervsevnen er varigt nedsat med mindst halvdelen i alle erhverv af helbredsmæssige årsager. Derfor sidestiller vi ikke det med, at C. er ansat i et fleksjob, at hun opfylder betingelserne for ret til helbredsbetingede ydelser. Bevillingen af fleksjob er baseret på, hvad C. kan magte i det konkrete fleksjob, og ikke i alle erhverv. Vi henviser desuden til Ankenævnets kendelse nr. 61.973. (Bilag …).

Hvis C.'s helbredstilstand forværres, er vi parate til at se på sagen igen, forudsat at hendes forsikringsdækninger og dermed ret til helbredsbetingede ydelser opretholdes i Industriens Pension."

Selskabet anførte i senere skrivelse af 28/10 2008 til nævnet:

"Vi er efterfølgende blevet opmærksomme på, at det fremgår af lægeskøn af 7. februar 2008 fra Industriens Pensions lægekonsulent P.G., og som vi har henvist til i vores svar til Ankenævnet, at C.'s erhvervsevne er langt under 50 % (Bilag …). Dette er naturligvis en fejl. Der skal stå, C.'s 'erhvervsevnetab' er langt under 50 % i alle erhverv."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 7 Invalidepension og bidragsfritagelse**
Den i pensionsbeviset fastsatte ret til invalidepension og/eller bidragsfritagelse indtræder, når den forsikredes erhvervsevne efter forsikringens ikrafttræden før det fyldte 60. år på grund af sygdom eller ulykkestilfælde skønnes varigt nedsat med 2/3 eller mere af den fulde erhvervsevne. Det tidspunkt, hvor erhvervsevnen anses for varigt nedsat, er, når det er lægeligt dokumenteret, at erhvervsevnenedsættelsen er varig og helbredstilstanden ikke kan forventes at blive bedre (skadestidspunktet).

Stk. 2
Forringelsen af erhvervsevnen bedømmes af Industriens Pension under hensyn til den pågældendes helbredsmæssige forhold ud fra en ren lægelig vurdering.
…
§ 8 Invalidesum
Den i pensionsbeviset fastsatte ret til invalidesum indtræder, når den forsikredes erhvervsevne efter forsikringens ikrafttræden før det fyldte 60. år på grund af sygdom eller ulykkestilfælde skønnes varigt nedsat med halvdelen eller mere af den fulde erhvervsevne. Det tidspunkt, hvor erhvervsevnen anses for varigt nedsat, er, når det er lægeligt dokumenteret, at erhvervsevnenedsættelsen er varig og helbredstilstanden ikke kan forventes at blive bedre (skadestidspunktet).

Stk. 2
Forringelsen af erhvervsevnen bedømmes af Industriens Pension under hensyn til den pågældendes helbredsmæssige forhold ud fra en ren lægelig vurdering."

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har sandsynliggjort, at hendes erhvervsevne, ud fra en ren lægelig vurdering, er nedsat i dækningsberettigende grad.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klagen kan ikke tages til følge.

Poul Sørensen
formand