884/12

Den 30. januar 2012 blev i sag nr. 80.080:

xxxx xxxx xxxxxx
xxxxxxxxxxxx xx
xxxx xxxxxxx

mod

Nordea Pension
Klausdalsbrovej 615
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har livsforsikring i Nordea Pension. Han klager over, at selskabet har stoppet udbetalingen af invalidepension og præmiefritagelse.

Selskabet henviser til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen eller mere.

Klageren er født i 1957, og er uddannet cand.mag. i dansk og historie og har taget IT- og merkonomkurser. Siden 80'erne har klageren arbejdet i forskellige IT firmaer.

Det fremgår af sagen, at klageren den 27/10 2008 faldt på sin cykel og slog hovedet. Klageren var kendt med epilepsi. I februar 2009 blev han, på grund af depression, sygemeldt fra sit arbejde i et IT firma, hvor han besad en stilling som chefkonsulent . Klageren blev opsagt i løbet af sommeren 2009. Han anmeldte forholdet til selskabet i august 2009, og selskabet udbetalte midlertidige ydelser fra karensperiodens udløb. Ydelserne blev efterfølgende forlænget til den 1/7 2010.

Til brug for vurderingen af klagerens erhvervsevne har selskabet modtaget diverse lægelige og kommunale oplysninger. Nogle af de modtagne oplysninger gengives/omtales nedenfor.

Med henblik på at undersøge, om klageren led af kognitive forstyrrelser, fik han den 19/3 2009 foretaget en neuropsykologisk undersøgelse. Heraf fremgår bl.a.:

"**Problemstilling:**

Patienten er henvist til neuropsykologisk undersøgelse med følgende begrundelse: 'Patienten har en kendt epilepsi. Har fortsat enkelte anfald i form af fjernhedstilfælde. Han havde et hovedtraume den 27.10.08, hvor han faldt på cykel. Der var ikke egentlige commotiotegn. Patienten blev CT-scannet, som viste en arachnoidalcyste i venstre temporalregion, men samtidig fik han konstateret en let til moderat depression, som han er sat i behandling for. Umiddelbart angav han bedring i tilstanden, men har nu fortsat klager over dårlig hukommelse, selv om depressionen skulle være relativ velbehandlet, og han i øvrigt ikke har tegn på postcommotionelt syndrom. Patienten bedes undersøgt med henblik på om der er tale om egentlige kognitive forstyrrelser.'

…

**Konklusion**

…

På baggrund af præstationer her kan det oplyses, at patienten lider af egentlige kognitive forstyrrelser.

Intelligensmæssigt burde han ligge over normalområdet, men præsterer kun en generel begavelse (GAI) på 106, hvilket giver en placering midt i øvre normalområde, og da hans psykomotoriske tempo findes beliggende under normalområdet, og da disse processer indgår i måling af intelligensen, betyder det, at hans aktuelle intelligens i dag ligger lavere end den målte generelle begavelse.

Der er så store variationer mellem præstationerne i de enkelte delprøver, at lignende kun findes hos 4,2% i aldersgruppen, hvilket også indikerer forstyrrede kognitive evner. Specielt skal det fremhæves, at patienten har betydelige vanskeligheder, når han skal løse opgaver der kræver visuel rumlig tænkning.

Den samlede auditive og visuelle indlærings- og korttidshukommelse (DMI) giver kun en indeksværdi på 90, hvilket svarer til bunden af normalområdet. Selv i forhold til den forringede GAI-værdi er disse hukommelsespræstationer så lave at lignende kun findes hos 16%.

Patientens visuelle indlæringsevne og korttidshukommelse er reelt ringere end hans auditive ditto, og yderligere er der den forskel, at patienten kan huske den auditive indkodning, hvorimod der er glemsel ved den visuelle hukommelse i forhold til den visuelle indkodning, selv om denne har ligget på et ret lavt niveau.

Der er således både en relativ dårlig visuospatial perception samt indlærings- og hukommelsesevne, og tilsammen kan dette give anledning til en forsigtig hypotese gående ud på, at der kunne være problemer med den kognitive processering i patientens højre hjernehalvdel.

Jeg har efterfølgende en samtale med patienten omkring hans erhvervsevne og hvornår og med evt. hvilke skånehensyn han skal vende tilbage til arbejdsmarkedet.

Som årsager til patientens kognitive forstyrrelser er der såvel epilepsi/behandling af samme; medicinsk depressionsbehandling samt følger efter hovedtraume grundet styrt med cykel.

Angående prognosen efter hovedtraume ved man efter at have fulgt patienter op til 7 år efter ulykken, at ca. 50% vedvarende har forstyrrelser, hvorimod 25% der havde forstyrrelser efter et år er blevet bedre samt at ligeledes 25% der havde forstyrrelser efter 1 år er blevet dårligere. Forklaringen på at nogle kunne blive dårligere over tid kunne især knyttes til psykologiske variable så som depression, angst og lav selvværd. Men dette betyder, at en psykologisk behandling kan påvirke prognosen i positiv grad og efter at have talt med patienten og hørt om hans forhistorie, vil jeg på det varmeste anbefale, at han tilbydes psykologisk behandling over sygesikringsordningen."

I en psykiatrisk speciallægeerklæring af 27/8 2009 hedder det bl.a.:

"**Klinisk vurdering:**
[Klageren] fremtrådte ved undersøgelsen klar og orienteret, men dog noget anspændt, ufokuseret og upræcis. Han fremtrådte ikke melankoliformt deprimeret, men vurderes dog at være præget af lettere, uspecifikke depressive restsymptomer, overvejende med astenisk belastningspræg. Han var ikke psykomotorisk hæmmet, ej heller præget af urimelige selvbebrejdelser/skyldfølelse. Personlighedsmæssigt fremtrådte han som havende primært normale ressourcer, men han vurderes på baggrund af de samlede informationer at have udviklet en vis sekundær reduktion. Han gennemførte Mini Mental State Examination test II med normal scoring, men han kunne være præget af et vist ordmobiliseringsbesvær. Han vurderes at rumme ængstelige og selvusikre personlighedstræk, sandsynligvis accentueret af hans aktuelle tilstand.
…
**Konklusion:**
[Klageren] er en 51 årig mand, der vedvarende har haft stabil beskæftigelse i krævende konsulentfunktioner. [Klageren] har siden 18 års alderen været belastet af epilepsi, hvor han i de senere år har udviklet tiltagende anfaldsfænomener, kompliceret med organisk betinget stemningsmæssig ustabilitet.
[Klagerens] antiepileptiske behandling må søges fortsat optimeret, idet [klageren] uændret har anfald, aktuelt gennemsnitligt 3 x pr. måned.
[Klageren] fremtrådte ikke psykotisk eller dybere deprimeret, og behandlingsindsatsen må som anført i helt overvejende grad rette sig mod at optimere [klagerens] epilepsibehandling. Behandlingen med Akarin bør opretholdes, men enhver neuroleptisk behandling bør undgås, såfremt dette overhovedet er muligt. Neuroleptika sænker krampetærsklen og øger risikoen for epileptiforme anfald.
[Klageren] bør fortsætte støttende samtaler ved psykolog, men i øvrigt kan jeg ikke pege på psykologiske/psykiatriske behandlingsforslag, der vil kunne bedre [klagerens] erhvervsevne.
Der foreligger sandsynlighed for, at [klageren] kan opleve en gradvis bedring i sit funktionsniveau, set over en tidshorisont af 1-2 år. [Klageren] bør søges funktionsafklaret i skånsomme rammer, primært med nedsat tid i et rummeligt arbejdsmiljø med klart definerede arbejdsopgaver. Man må herefter endelig vurdere [klagerens] funktionsevnetab.

**Diagnoser:**
DF 06.31 Organisk betinget bipolar affektiv sindslidelse, aktuelt lettere depressive symptomer
DF 07.2 Posttraumatisk hjernesyndrom
DG 40.9 Epilepsi."

I perioden fra den 14/1 til den 19/5 2010 var klageren i arbejdsprøvning på et bibliotek, hvor han varetog forskellige IT opgaver. Til at begynde med arbejdede han 15 timer om

ugen, hvilket blev optrappet til 25 timer og derefter nedsat til 22,5 timer om ugen. I en erhvervsafklaringsrapport af 28/5 2010 hedder det bl.a.:

"Arbejdstid:
Efter at have været i gang i ca. 14 dage udtaler [klageren], at han finder arbejdstiden lige i underkanten. Oplever Ikke at kunne være effektiv i sit arbejde, da der går for meget tid med at komme i gang og lukke ned. Vi diskuterer forskellige muligheder for øgning, dels morgen eller eftermiddag men også muligheden for at øge 4 dage om ugen med en ugentlig fridag.
[Klageren] ønsker at afprøve, hvordan han har det med at møde kl. 8. I starten går det godt, men langsomt bliver det sværere og sværere for [klageren] at fastholde at møde præcist, og han bliver ofte længere grundet senere mødetid. I starten af april øges arbejdstiden til 25 timer/uge, med mødetid kl. 9. Da det viser sig, at [klageren] udtrættes meget, med stort søvnbehov til følge samt efter flere anfald, nedsættes arbejdstiden den 29. april til 4½ time dagligt, 22½ time / uge.
[Klageren] beskriver, at han egentligt var lidt skeptisk overfor at reducere arbejdstiden fra 5 til 4½ time dagligt. Efter at han får en god snak med ægtefælle, viser det sig, at det måske ikke var så uproblematisk med 5 timer endda. Uddybende fortæller [klageren], at han med en 5 timers arbejdsdag stort set sov fra han kom hjem, og indtil aftensmaden stod på bordet.

Arbejdsopgavebeskrivelse
Der er 54 ansatte fordelt og i rotation mellem 7 biblioteker i … kommune.
[Klageren] arbejder med It opgaver med moduler omkring hjemmeside og bibliotekets system. Blandt andet omkring oprydning af post og data. En konkret opgave, som kræver gennemtænkning og refleksion for, at processen ikke besværliggør eller problematiserer metoden eller resultatet. Der er tale om opgaver uden tidspres.

Funktionsbeskrivelse
[Klageren] arbejder meget selvstændigt med opgaverne, men dog i en form for samarbejde / sparring med anden ansat. Fysisk er han placeret i kontor med 4 andre, hvilket han finder rigtigt godt og uproblematisk.
[Klageren] deltager i afdelingsmøder og personalemøder.

Ved øgning i arbejdstid til 25 timer/uge kan [klageren] mærke, at han bliver tiltagende træt og har et større og større søvnbehov efter arbejde. [Klageren] har dog svært ved at fornemme, om den markant øgede træthed har baggrund i den øgede arbejdstid eller det faktum, at han er opstartet i ny medicin, som er blevet yderligere øget efter endnu et anfald. Der kunne meget mulig også være tale om en kombination af begge årsager. [Klagerens] træthed bliver først markant efter arbejde, og både han og kolleger på biblioteket oplever ikke, at trætheden påvirker hans evner, som koncentration eller hukommelse, i den aktuelle arbejdstid på stedet. Han formår at anvende sine ressourcer til fulde i arbejdstiden, men er efterfølgende meget udtrættet i hjemmet.
…
Ved en arbejdstid til 22½ time om ugen, nedsættes søvnbehovet efter arbejde til et acceptabelt niveau, hvor [klageren] ikke længere sover indtil aftensmaden står på bordet.
…
Helbred i forhold til arbejdet
Under hele arbejdsprøvningen er [klageren] i tæt kontakt med neurolog ang. medicinering, og han bliver øget i dosis efter at have haft fjernhedsanfald.

I slutningen af januar er [klageren] til undersøgelse på kommunehospitalet. Han oplyser i denne forbindelse, at det er 1 år siden han har haft krampe anfald, og han i denne periode

har haft ca. 20 fjernhedsanfald. [Klageren] er generet af fjernhedsanfaldene, da han intet bemærker selv.

Han mener at ca. ½ af disse anfald bliver bemærket af omgivelserne. [Klageren] beskriver 3 forskellige typer af anfald. Absencer på få sekunder, fjernhedsanfald af få minutters varighed og krampeanfald. De hyppige er fjernhedsanfaldene. [Klageren] oplever ikke som tidligere, at han får forvarsler før anfald.

I marts måned snakker [klageren] med neurologen omkring den øgede træthed han oplever i forbindelse med timeøgning. Lægen kan ikke afvise, at det er grundet medicinering, men han ville da mene, at trætheden skulle være mere markant over hele dagen.

Det er meget svært for [klageren] at finde grænsen for, hvornår han presser sig selv for meget. Han oplever dog klart, at overbelaster han sig selv i forbindelse med for meget vågen tid og / eller mangel på søvn efter arbejde, så resulterer det i øgede fjernhedsanfald. Det aftales derfor, at [klageren] skal prøve at have mere fokus på træthedstegn og adfærdsændringer I forbindelse med timeøgning. Han får sin ægtefælle til at have mere fokus på, om han er mere træt, fjern, uoplagt eller andre tegn på hvor smertegrænsen går. (se yderligere under Fremmøde)

I forbindelse med øgning af arbejdstiden har [klageren] flere fjernhedsanfald. Fx oplever [klageren] en morgen, at sige farvel til ægtefælle og sætte sig ud i bilen. Her får han et fjernhedsanfald, hvor han sidder passiv i bilen i ca. 10 min.

[Klageren] oplyser ved afslutningen, at han har fået (et forhåbentlig kun) midlertidigt påbud fra Neurologisk afdeling om ikke at køre bil, så transport er ikke helt så let, som det var for et par uger siden.

Skånehensyn:

- Nedsat arbejdstid, i den aktuelle afklaring 22½ time pr. uge
- Mulighed for kollegial sparring således, at stress i forbindelse med forventninger / arbejdsgange forsøges minimeret
- Stabile arbejdsforhold, da ændringer i dagsmønster bevirker stress."

Af et kommunalt lægeskøn af 30/9 2009 og 2/6 2010 fremgår bl.a.:

"**Lægeskøn fra Kommunens Lægekonsulent d. 30.9.2009 og d. 2.6.2010;**
Denne klient har flere 'tunge' diagnoser. Klienten har temporallapsepilepsi og er i 2 stofsbehandling. Neuropsykolog påviser flere kognitive vanskeligheder, hvilket kan tilskrives epilepsien og beskrevne hovedtraume (posttraumatisk hjernesyndrom). Vedr. klientens psykiske sygdom beskrives organisk bipolar affektiv sindslidelse.
Behandlingen med bl.a. deprakine og supplerende antiepileptisk medicin giver specielt bivirkninger i form af øget trætbarhed, og de beskrevne kognitive vanskeligheder skønnes at være af varig karakter, selvom symptomer på posttraumatisk hjernesyndrom forventes formindsket efter nogle år. Behandlende psykolog støtter klienten i nedsat arbejdstid.
Den afsluttede arbejdsprøvning har efter mit skøn været vellykket, idet det beskrevne timeantal anses for det maksimale, der kunne forventes med de skrevne symptomer, og det er mit indtryk, at arbejdsprøvningen har været retvisende."

Af kommunens ressourceprofil fremgår bl.a.:

"**Samlet vurdering**
…
11/06/10
…
[Klageren] fik et hovedtraume ifm. styrt på cykel ultimo 2008. Efterfølgende blev [klageren] i marts 2009 undersøgt for kognitive forstyrrelser ved neuropsykolog, som bekræfter, at der forefindes indlærings- og hukommelsesvanskeligheder. Psykologen henfører vanskelighederne til både epilepsien og behandlingen heraf, hovedtraumet og depressionen samt behandlingen heraf. Han vurderede, at der kunne ske bedring i løbet af et års tid, hvilket tilsyneladende er sket, hvis man betragter de kognitive kompetencer i arbejdsindsatsen alene. Men [klageren] oplever en stor udtrætning, hvilket kunne tyde på, at han i dagligdagen kompenserer så meget for sine indlærings- og hukommelsesvanskeligheder, at han udtrætter sin hjerne hurtigere. Og at vanskelighederne og trætheden således først kommer rigtigt til skue i privatlivet.
…
Det vurderes, at omfanget af barrierer har så stor indflydelse på [klagerens] arbejdsevne, at der er brug for kompensation ift. den sociale lovgivning. Det vurderes, at ansættelse efter de sociale kapitler eller hjælp ift. de handicapkompenserende ordninger ikke i tilstrækkelig grad kan kompensere for arbejdsevnenedsættelsen. Det vurderes, at alle aktiverings- og revalideringsmuligheder er undersøgt og fundet utilstrækkelige ift. at kompensere for de fundne skånehensyn. Det vurderes, at ansættelse i fleksjob med 50 % refusion vil gøre det muligt for [klageren] at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet."

Ved brev af 17/6 2010 meddelte selskabet klageren, at udbetalingen for juni måned var den sidste, idet hans generelle erhvervsevne ikke var nedsat med halvdelen. Selskabet henviste i den forbindelse til, at arbejdsprøvningen havde vist, at han med de rette skånehensyn kunne arbejde mere end, hvad der svarede til halvdelen af en normal arbejdsuge.

Klageren har indbragt sagen for nævnet ved klageskema underskrevet den 24/2 2011. Heraf fremgår bl.a.:

"1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen.
…
Jobcenter … mener ikke. at jeg er 50% arbejdsdygtig og har visiteret mig til et fleksjob (i parentes: ret til arbejdsløshedsunderstøttelse fra arbejdsløshedskasse og ret til supplerende dagpenge fra privat forsikringsselskab er dermed tabt).
Min pensionsforsikring (Nordea) mener derimod. at jeg er mere end 50% arbejdsdygtig og ønsker derfor ikke at udbetale mig ydelse for uarbejdsdygtighed. Imidlertid finder jeg Nordeas synspunkt så slet argumenteret og tildels helt uargumenteret, at jeg hermed anker selskabets afgørelse.

Denne fremstilling er selvfølgelig kun et overblik. For en gennemgang af mit synspunkt: se bilagte supplerende Anke/redegørelse.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet? (skal udfyldes)

Genstart af udbetalinger samt præmiefritagelse. Begge dele med tilbagevirkende kraft. "

I en supplerende redegørelse har klageren bl.a. anført:

"Mit bærende argument for et erhvervsevnetab på 50% må nødvendigvis basere sig på Jobcenter …'s vurdering som grundlag for den 24. juni 2010 at visitere mig til et flexjob med 50% refusion. Som lægmand kan jeg jo ikke lægefagligt argumentere for, hvorvidt jeg har tabt 40, 49, 50, 51 eller 60% af min generelle erhvervsevne.

På trods af, at Nordea derimod må formodes at besidde den fornødne ekspertise, består selskabets argumentation reelt kun af:

1) en konstatering af, at der i løbet af arbejdsprøvningen på 5½ måneds varighed i en periode (og i øvrigt med skånehensyn) blev opnået en arbejdstid, der lå ud over ½ arbejdsuge

2) et juridisk betonet argument for, at man ikke behøver at følge kommunens afgørelse. Selv om dette er tilfældet, vil det dog være forventeligt, at der var en vis lighed i de lægefaglige skøn, med mindre disse er helt vilkårlige. Nordea forklarer kun i yderst ringe omfang, hvad der ligger til grund for deres skøn ift. jobcentrets.

…
Hvad angår vurderingen af min arbejdsevne bør det også inddrages, at der i arbejdstiden jo netop var indlagt skånehensyn med særligt tilrettelagte opgaver uden tidspres og deadlines. Arbejdsevnen kan netop derfor ikke måles med et stempelur alene.

Navnlig vurderedes det i evalueringen af arbejdsprøvningen, at de 22½ time, jeg i en periode nåede op på, var på smertegrænsen af min formåen, og at jeg ved hjemkomsten fra arbejdspladsen var massivt udtrættet. Dette timetal inkluderede ydermere pauser.

Det har været en langvarig og svær proces for mig at erkende, at jeg under de givne omstændigheder næppe vil kunne vende tilbage til det normale arbejdsmarked, som det også fremgår flere steder i det foreliggende materiale. I en arbejdsprøvning må man naturligvis forvente at folk gør sig umage også mht. at forsøge at bringe arbejdstiden op. Og jeg har virkelig presset mig selv. Generelt er som person yderst pligtopfyldende. Men det forekommer mig, at Nordea med sin noget simple aflæsning af det maksimale timetal fuldstændigt negligerer, at dette timetal også har haft en pris for mig og min hustru, og ikke ville kunne opretholdes over en længere periode, endsige varigt.

Den 24. juni 2010 foretog kommunen så visitering til fleksjob. Man vurderede her, at min arbejdsevne var væsentligt og varigt nedsat til under halvdelen i ethvert erhverv (hvilket simpelthen er en betingelse for tilkendelse af fleksjob) og altså ikke blot i mit hidtidige erhverv som IT-konsulent.

Jeg er bekendt med, at Nordea kan foretage sin egen vurdering af arbejdsevnen, og ikke nødvendigvis er bundet af kommunens vurdering, men finder det også påvist i rapporten om arbejdsprøvning, at min arbejdsevne er nedsat til under halvdelen, selv i et skånsomt arbejdsmiljø.
…
I telefonsamtaler med Nordeas personale forstår jeg nu, at arbejdsprøvningen og udfaldet heraf måske slet ikke var så vigtige endda, selvom timetallet på mere end ½ uge ellers har fremstået som bærende for Nordeas argumentation. Der er angiveligt truffet en afgørelse på

basis af de nøgne lægelige data (… og …), der er fremkommet relativt tidligt i forløbet, og en ændring vil alene kunne komme på tale, såfremt nye lægelige data kommer for dagen.

Hvis man ønskede yderligere lægeligt materiale, kan det undre, at man ikke har benyttet sig af materiale fra kommunens lægekonsulent og ... Ej heller har man tilsyneladende indhentet information om udviklingen i anfald og medicinering gennem 2010.

Efter min bedste læsning af …, …, kommunens lægekonsulent og … er disse dels ret samstemmende, dels ikke særligt positive mht. min prognose. Og hvad mere er, har der gennem 2010 ingen bedring været at spore jf. senere.

**Sammenhæng mellem offentlig vurdering kontra Nordeas**

Som nævnt refererer Nordea til en dom fra Østre Landsret af 7.10.2005 i sagen B-793-04-SK. Det kan undre, at der ikke i stedet henvises til Højesterets dom U2007.846H i samme sag, omend det muligvis ikke er afgørende i denne sammenhæng.

Hvad derimod har betydning, er, at Nordea drager, forekommer det mig, yderst vidtrækkende konklusioner af denne dom. Også konklusioner, der ligger ud over dommens egentlige omfang og område.

Nordea uddrager af denne dom, 'at det offentliges vurdering hverken beviser eller i sig selv skaber en formodning omkring størrelsen af forsikredes erhvervsevne'.

Sagen vedrører en ufaglært stilladsarbejder, der nu arbejder i et fleksjob med 2/3 lønrefusion som almindelig specialarbejder, og som nu med en fagrelevant/specifik (stilladsarbejder) afgørelse fra Arbejdsskadestyrelsen argumenterer for, at han har lidt et væsentligt indkomsttab som følge af, at han nu arbejder til en ganske anden timeløn. Dette afvises af såvel ØL som H med henvisning til, at forsikringsselskabet i sin vurdering kan henholde sig til tabet af generel arbejdsevne.
Dommens overskrift 'Stilladsmontør havde ikke ret til invalidepension, da erhvervsevnetabet skulle vurderes i forhold til hans generelle erhvervsevne som specialarbejder' beskriver indholdet ganske tydeligt.

M.a.o. er der tale om en afgørelse om et helt andet emne (generel/konkret vurdering af erhvervsevne) og en specifik offentlig institution (Arbejdsskadestyrelsen) og dennes specifikke vurdering, ikke 'det offentliges vurdering' i al almindelighed.

**Opdatering vedr. status for helbred**

**Aktuel status vedr. epilepsimedicinering og -anfald**

Gennem 2009-2010 er min medicinering til stadighed blevet lagt om. I 2010 har der i hovedsagen været tale om 1) en omlægning fra Zebinix til Tegretol og 2) en løbende opjustering af Tegretoldoseringen.

Fra den 17.6.2010, hvor Nordea traf sin afgørelse, øgedes min dosering med Tegretol således igennem sommer og efterår med 1000 mg Tegretol dagligt, så et foreløbigt maksimum blev nået ultimo oktober.

Min medicinering gennem november var således:

| | |
|---|---|
| Morgen: | 2 * 20 mg Cipramil (antidepressiv) |
| | 1* 200 mg Deprakine (antiepileptika) |
| | 1½ * 200 mg Keppra (antiepileptika) |
| | 4 * 200 mg Tegretol (antiepileptika) |
| Aften: | 2 * 200mg Deprakine (antiepileptika) |
| | 2 * 200 mg Keppra (antiepileptika) |
| | 4 * 200 mg Tegretol (antiepileptika) |

Ikke desto mindre havde jeg anfald såvel d. 1. som d. 2. december.

M.a.o.: På trods af en ret massiv epilepsimedicinering er mine anfald ikke under kontrol.

For gods ordens skyld skal det måske bemærkes, at jeg er i kyndige hænder hos dr.med. …, speciallæge i neuromedicin og ledende overlæge på Neurologisk Afdeling på ...

Nordea virker ikke særlig opmærksom på kompleksiteten af neuromedicinsk behandling og usikkerheden vedr. en prognose for resultatet heraf.

**Aktuel status vedr. kognitive problemer.**

Der er intet, der tyder på en egentlig forbedring af mit helbred.

Hverken jeg eller min familie oplever nogen forbedring min hukommelse, koncentration, overblik og sans for sammenhænge. Selv i forbindelse med hjemlige praktiske gøremål, der burde være yderst overskuelige, kan jeg miste overblikket og tabe tråden.

Jeg tvivler også på, at en ny neuropsykologisk test ville indikere en forbedring, men det er selvfølgelig kun en helt subjektiv formodning.

**Sammenfatning**

Min argumentation må være, at:

A) forsikringsselskabet ikke blot kan nøjes med at postulere en uafhængighed af det offentliges vurdering, hvilket heller ikke sker overbevisende,

B) og derefter uden argumentation foretage et lægefagligt skøn, der afviger fra andre - primære - lægefaglige skøn,

C) men at man nødvendigvis må inddrage den kommunale, helbredsmæssigt funderede vurdering og de lægefaglige skøn, der ligger til grund herfor. Den må dog og specielt i mangel af anden grundigere dokumentation skabe en formodning for størrelsen af tabet."

Selskabet fastholder i brev af 28/3 2011 til nævnet sin afgørelse og har til støtte herfor bl.a. anført:

"I august 2009 henvendte forsikrede sig og meddelte, at han den 27. oktober 2008 havde været ude for et cykelstyrt og pådraget sig et hovedtraume. Han fik efterfølgende hukommelses- og koncentrationsproblemer og blev sygemeldt. Vi startede præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension fra karensperiodens udløb. Efterfølgende blev præmiefritagelsen og udbetalingen forlænget til den 1. juli 2010.

…

**Nordea Liv & Pensions afgørelse**

Til klagen skal vi anføre, at vi fastholder vores afgørelse.

Forsikrede var i 2008 ude for et cykelstyrt og pådrog sig et hovedtraume, som medførte hukommelses- og koncentrationsproblemer.

Af speciallægeerklæringen fra psykiater fremgår det bl.a.: 'Efter faldtraumet i efteråret 08 oplevede han sig glemsom og ukoncentreret.' 'Han kan have svært ved at fastholde opmærksomhed og koncentration, og muligvis har han også udviklet en tiltagende irritabilitet/stemningsustabilitet.'

Ved den kliniske vurdering oplyser speciallægen: 'Han fremtrådte ikke melankoliformt deprimeret, men vurderes dog at være præget af lettere, uspecifikke depressive restsymptomer, overvejende med astenisk belastningspræg.' 'Personlighedsmæssigt fremtrådte han som havende primært normale ressourcer, men han vurderes på baggrund af de samlede informationer at have udviklet en vis sekundær reduktion.'

Neuropsykologen anfører i sin erklæring: 'IMI-værdien bliver på 94 (percentil 34%), og DMI giver en indeksværdi på 90 (percentil 25%), hvilket betyder at patientens generelle korttidshukommelse placerer sig i normalområdets nedre grænseområde.'

Af konklusionen fra neuropsykologen fremgår det: 'Som årsager til patientens kognitive forstyrrelse er der såvel epilepsi/behandling af samme; medicinsk depressionsbehandling samt følger efter hovedtraume grundet styrt med cykel.' '...en psykologisk behandling kan påvirke prognosen i positiv grad og efter at have talt med patienten og hørt om hans forhistorie, vil jeg på det varmeste anbefale, at han tilbydes psykologisk behandling over sygesikringsordningen.'

Forsikrede har via jobcentret været i virksomhedspraktik, hvor han langsomt øgede arbejdstiden. Forløbet viste, at han har en resterhvervsevne svarende til mere end halvdelen af den fulde erhvervsevne. Forsikrede oplyste til jobcentret, at hans hukommelse er blevet bedre, og at der ikke var behov for ekstra pauser. Blev godkendt til fleksjob med de nødvendige skånehensyn.

[Klageren] mener, at vi skal lægges vores vurdering op ad jobcentrets, idet de har vurderet, at erhvervsevnen er nedsat med mere end halvdelen.

Kriterierne for vurdering af nedsat erhvervsevne i kommunen og i forsikringsregi er forskellige og kan ikke sammenlignes. De kommunale akter indgår som en del af vores vurderingsgrundlag, men kommunens vurdering af erhvervsevnen har ingen indflydelse på vores afgørelse. Vores afgørelse er foretaget på grundlag af de helbredsmæssige oplysninger i henhold til forsikringsbetingelserne. At man arbejder i fleksjob giver ikke i sig selv ret til udbetaling fra forsikringen.

I forsikredes supplerende redegørelse er der ikke tegn til, at de kognitive funktioner er væsentligt reduceret.

Nordea Liv & Pension vurderer således, at der ikke er lægelig dokumentation for, at forsikredes generelle erhvervsevne er nedsat med halvdelen eller mere. Vi fastholder derfor, at [klageren] ikke har dokumenteret, at hans erhvervsevne er nedsat med halvdelen eller mere, og at vi ikke kan yde præmiefritagelse og udbetaling af invalidepension efter den 1. juli 2010."

Af forsikringsbetingelserne fremgår:

"**A. Invalidepension og præmiefritagelse**

**Generelt**

Er forsikringen oprettet med ret til invalidepension og/eller præmiefritagelse ved nedsat erhvervsevne, gælder følgende regler:

Forsikrede har ret til invalidepension og/eller præmiefritagelse, hvis forsikrede får nedsat sin erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykkestilfælde, uden at det skyldes forsæt, således at erhvervsevnen er nedsat til 1/3 eller derunder af den fulde erhvervsevne.

Nedsat erhvervsevne, der berettiger til udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse, foreligger, når den forsikrede ikke længere skønnes at være i stand til ved passende beskæftigelse - bedømt under hensyn til forsikredes nuværende helbredstilstand, uddannelse og tidligere virksomhed - at tjene mere end 1/3 af, hvad der i samme egn er sædvanligt for fuldt erhvervsdygtige personer med lignende uddannelse og alder.

Subjektive klager over smerter, gener o. lign., berettiger ikke til invalidepension og/eller præmiefritagelse, medmindre der ved lægelig eller anden helbredsmæssig undersøgelse kan påvises objektive tegn på, at erhvervsevnen er nedsat i tilstrækkelig grad.
…
Den omstændighed, at der tilkendes forsikrede en ydelse fra det offentlige, giver ikke i sig selv ret til invalidepension og/eller præmiefritagelse.

**Forløbet i forbindelse med vurderingen af den nedsatte erhvervsevne.**

**Første gang,** der tages stilling til, om forsikrede er berettiget til udbetaling af invalidepension og/eller præmiefritagelse, vurderes den nedsatte erhvervsevne i forsikredes **nuværende** erhverv. Er erhvervsevnen i det nuværende erhverv nedsat i tilstrækkelig grad, er forsikrede berettiget til invalidepension og/eller præmiefritagelse i en periode, som fastsættes af selskabet.

Hvis erhvervsevnen stadig er nedsat i tilstrækkelig grad efter periodens udløb, kan udbetalingen af invalidepension og/eller præmiefritagelsen fortsætte i en ny periode osv.

Som nævnt vurderes i første omgang den nedsatte erhvervsevne i forsikredes nuværende erhverv. Når erhvervsevnen er stationær eller senest 18 måneder efter, at udbetalingen og/eller præmiefritagelsen er begyndt, er det ikke længere erhvervsevnen i det nuværende erhverv, der er afgørende for, om udbetalingen og/eller præmiefritagelsen kan fortsætte. Det afgørende er herefter, om den **generelle** erhvervsevne er nedsat. Ved den generelle erhvervsevne forstås erhvervsevnen i både forsikredes nuværende erhverv og i andre erhverv."

12. 80.080

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen, herunder de lægelige oplysninger og resultatet af arbejdsprøvningen, finder nævnet, at klagerens erhvervsevne er nedsat, men ikke til halvdelen eller derunder. Nævnet kan derfor ikke kritisere, at selskabet har afvist at yde præmiefritagelse og udbetale invalidepension efter den 1/7 2010.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

---

Klageren får ikke medhold.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson