Ankenævnet for Forsikring

909/13

Den 18. februar 2013 blev i sag nr. 82.679:

xxxxxx xxxx xxxxxxxxxx
xxxxxx xx
xxxx xxxxxxxxxxxx

mod

Nordea Pension
Klausdalsbrovej 615
2750 Ballerup

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikrede har en livsforsikring og invaliderenteforsikring i Nordea Pension. Han klager over, at selskabet har standset præmiefritagelsen og udbetaling af invaliderente fra 1/4 2012.

Selskabet henviser til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat med mindst 2/3.

Klagerens forsikring giver ret til præmiefritagelse og udbetaling af løbende invaliderente, hvis erhvervsevnen på grund af sygdom eller ulykke nedsættes med mindst 2/3. Karenstiden er 3 måneder.

Klageren er født i 1963 og er ufaglært. Den 1/10 2008 blev han sygemeldt på grund af epilepsi, depression og følger efter flerårigt alkoholoverforbrug. Han var på dette tidspunkt ansat som skraldemand.

Selskabet bevilgede løbende ydelser fra udløb af karens pr. 1/1 2009. Ydelserne blev løbende forlænget under klagerens sygeforløb frem til den 1/4 2012.

I en statusattest af 15/10 2009 fra klagerens speciallæge hedder det bl.a.:

2. 82.679

"Ovennævnte pt. er bekendt fra en primær konsl. den 18/12/08, hvor egen læge har sendt pt. hertil pga. pludselig dobbeltsyn, styringsbesvær af øjnene ved en bekendt alkoholafhængighed. Primært fuldstændig upåfaldende neurologisk us. uden tegn til et problem med bulbomotorik. Anamnestisk et epileptisk anfald og derfor opstart med Lamotrigin mod epilepsi og stemningsstabiliserende. Efterfølgende EEG med en alfa-betablandings-EEG med en central betaandel, som tegn af en kronisk alkoholindtagelse. MR-skanning med en atrofi af cerebri 1.gr. med en lettere kortikal og cerebellær atrofi, uden tegn til en cerebral iskæm Spontan BT med en art. hypertonus 170/100 mmHg. Anfaldsfrihed under Lamotrigin behandling. Genhenvisning hertil i september '09 pga. et nyt epileptisk anfald, som abstinensanfald i august '09. Medikamentiel behandling med Lamotrigin 200 mg dgl., Antabus, B-vit., Kaleorid ved igen en fuldstændig normal neurologisk us. Pt. er meddelt et kørselsforbud over de næste 12 mdr. til lille kørekort AB, B+E. Til fortsat kørsel til kørekort C og D, som pt. ligeledes er indehaver af behøves en anfaldsfrihed på 10 år. Jeg har bedt pt. om at aflevere kørekortet på motorkontoret. Pt. er medgivet kopi af lægebrev.
Desuden er der aftalt en kontrol af de neurokognitive funktioner, som viser udbredt vanskeligheder i AC: med 80, MMSE som er reduceret til et lavt normalt resultat på 27 point ud af 30 mulige. Hamilton depressionstest sv.t. en middelsvær depression. Ved en fortsat hyperton spontan blodtryk på 180/110 mmHg har pt. fået en engangsmedikation med Adalat. Er anbefalet at blive kontrolleret via egen læge.

Diagnose:
ICD F10.0 alkoholafhængig syndrom, p.t. afholdende.
ICD G40.5 epilepsia alcoholica.

Sekundært til ovennævnte diagnose er der neurokognitive funktionsforstyrrelser, der er en art. hyp.
Der er behov for fortsat behandling af alkoholafhængighedssyndrom og epilepsi."

Af en neurologisk speciallægeerklæring af 15/12 2010 fremgår bl.a.:

"Sociale forhold:
[Klageren] er skilt, får støtte af tidligere ægtefælle (sygeplejerske) til at strukturere hverdagen.
2 børn i alderen 13 og 19 år.
Folkeskolen inkl. 8. Klasse, ingen uddannelse.
Forløb med smedearbejde, arbejdet 6 år på gummifabrik og 6 år som chauffør.
12 år arbejdet som skraldemand, måtte ophøre pga. manglende evne til at tilpasse sig omstruktureringer indenfor faget, manglende evne til at tilpasse sig omstrukturering i skrald ordningen, kunne ikke tilegne sig nye rutiner/ruter.
Sygemeldt i 2 år.
Der er ikke etableret aktivering eller arbejdsprøvning via kommunen.

Nuværende Medicin:

Lamotrigin 100 mg x 2 dgl. mod epilepsi
Flutin 20mg. 1 dgl. mod depression
Amlodipin 10 mg x 1 dgl. mod arteriel hypertonus
Enalapril 10 mg x 2 dgl. mod arteriel hypertonus
Kaleorid 750mg x 2 dgl.
Antabus 400mg x 2 ugtl.
Zink x 1 dgl.
...

3. 82.679

Resumé og Konklusion:

Det drejer sig om en snart 47-årig mand med kronisk alkoholisme fra 20-års alderen frem til august 2009. Første epileptiske anfald i 2003 som abstinens anfald sidst den 2.8.2009. Der er positiv effekt af antiepileptika behandling som bør fortsættes i 3 år efter sidste anfald. [Klageren] havde urotilstand inden start af alkohol misbrug og anamnestisk med manisk depression hos mor og pt. selv reagerer depressivt, påvist paraklinisk med Hamilton depressionsskala.
Patient er via egen læge sat i behandling med antidepressiva i kombination med lamotrigin som ligeledes er stemnings stabiliserende uden at stemningen er bedret.
Neurokognitiv undersøgelse viste tegn til MCI (mild kognitive impairment) med sidst målt MMSE på 24/30 og ACE på 80 % som alderssvarende er meget lavt.
De daglige funktioner er påvirket af reduktion i neurokognitiv funktion samt patients passivitet og fornemmelse af træthed. Patient er i stand til at gennemføre daglige funktioner i hjemmet med støtte. Funktionsniveau både mht. arbejde og fritid er påvirket og der er reduktion i indlæringsevnen. Forandringerne ses som kroniske og varige. Prognostisk uden mulighed for restitutio ad integrum. Det er muligt at differentiere de neurokognitive forstyrrelser nærmere psykologisk/neuropsykologisk som kommunen har initialiseret. Jeg anbefaler at neuropsykologisk undersøgelse inddrages i endelig vurdering. Erhvervsevne er middelsvær påvirket af diagnoserne.

Diagnoser:

ICD10 F10.2 Alkohol afhængigheds syndrom, p. t. afholdende
ICD10 G40.5 Epilepsia alkoholica
ICD10 F10.7 Residualtilstand efter langvarigt alkohol misbrug med indskrænket neurokognitive funktioner (MCI)
ICD10 F32.9 Kronisk depression
ICD10 .10.8 Art. hypertension"

En neuropsykologisk undersøgelse af 7/3 2011 konkluderer:

"**Sammenfattende kan det konkluderes:**

- Psykologisk testning viser en primær begavelse lidt under middel. Testprofilen viser desuden en række kognitive dysfunktioner - hurtig mental udtrætning, nedsat tempo, en ustabil hukommelsesfunktion, et svingende koncentrationsniveau og svækkelse af mentale styringsfunktioner (eksekutive dysfunktioner).
- Psykisk fremtræder klienten moderat deprimeret, samt præget af et generelt forhøjet angstniveau. Besvarelsen af et affektivt spørgeskema peger på en mulig let til moderat depression. Der er indtryk af en grundlæggende evasiv (ængstelig) personlighedsstruktur.
- De kognitive dysfunktioner er formentlig delvis følgevirkninger efter det længerevarende overforbrug af alkohol. Samtidig forventes den aktuelle psykiske belastning pga, angst og depression også, at medføre kognitive begrænsninger. De sidstnævnte kognitive begrænsninger er potentielt reversible.
- Behandlingsmæssigt bemærkes det, at klienten er sat i antidepressiv behandling. Det anbefales imidlertid klienten at opsøge egen læge, med henblik på en vurdering af, om den igangværende behandling er sufficient i forhold til den beskrevne angst/depression. Jeg mener desuden henvisning til en regulær psykiatrisk vurdering bør overvejes. Klienten er stærkt belastet af den psykiske tilstand og der er betydende disposition til psykiatrisk lidelse. Herudover har jeg ikke behandlingsmæssige forslag.

- Med de foreslåede behandlingsforslag er der potentielt mulighed for en vis forbedring af det kognitive funktionsniveau.
- I relation til erhverv er der flere ressourcer - bl.a. et ønske om at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet, samt en samvittighedsfuld og pligtopfyldende natur. Af barriere ses bl.a, aktuel psykisk lidelse (angst og depression), en sårbar og skrøbelig personlighedsstruktur, lav stresstærskel, nedsat evne til at skrive/stave, samt i et vist omfang varige kognitive dysfunktioner pga. et langvarigt alkoholmisbrug, Samlet set skønnes de nævnte begrænsninger aktuelt så omfattende, at klienten ikke under nogen form skønnes i stand til at klare et arbejde. På lidt længere sigt kan der meget vel vise sig, at være ressourcer, som gør en hel eller delvis tilknytning til det ordinære arbejdsmarked mulig. Hvis det bliver aktuelt at afprøve klienten på arbejdsmarkedet, kan det anbefales, at være opmærksom på behovet for særlige hensyn - fx behov for pauser/nedsat arbejdstid pga. udtrætning, faste og strukturerede rammer pga. kognitive dysfunktioner, samt psykosocial støtte med henblik på at undgå nederlag."

Det fremgår, at udbetalingen af sygedagpenge blev bragt til ophør ved varighedsbegrænsningen pr. 4/10 2011. Da klageren ikke kunne stå til rådighed for arbejdsmarkedet, overgik han til udbetaling af kontanthjælp pr. 20/12 2011.

I en psykiatrisk udtalelse af 20/8 2012 hedder det bl.a.:

"**Nuværende:**
[Klageren] har haft et massivt alkoholmisbrug i over 30 år.
I tilslutning til behandlingsforløb i Center for Afhængighed har han været uden alkoholindtag antagelig i 6-12 mdr.

Der har tidligere været kontakt til Distriktspsykiatrien ..., men [klageren] oplevede ikke at profitere af dette.

[Klageren] har over flere år haft et svingende/sænket humør. Der er ikke beskrevet, perioder med maniske symptomer.
Kognitivt er der udtalte problemer omkring koncentration samt hukommelse. Der er udtalt træthed, der til dels kan skyldes den medikamentelle behandling.

Ved undersøgelse er der ikke beskrevet psykotiske symptomer, OCD-fænomener. Der er et humør, der er svingende og i perioder sænket. Der er ikke suicidale symptomer. Nattesøvnen fungerer dårligt.

Diagnostisk vurderer jeg, at det drejer sig om: Depression.
Tidligere alkoholmisbrug.

Behandlingen er omlagt til:
Venlafaxin 150mg. x 2 daglig.
Lamotrigin 100mg. x 2 daglig.
Derudover får han Amlodipin 10mg. daglig.
Antabus 400mg. x 2 ugentligt.
Enalapril 10mg. 1 tbl. x 2 daglig.
Kaleorid 2 tbl. daglig.
Zinklet 22mg. daglig."

5. 82.679

Klageren har i klageskema af 7/5 2012 til nævnet bl.a. anført:

"Ifm. oplysninger indhentede fra - via ... kommune - Har Nordea Liv & Pension truffet en afgørelse om at stoppe min udbetaling af 2/3 invaliditetsforsikring - dette på trods af fremsendt dokumentationsmateriale - hvor det fremgår at jeg stadigvæk er i behandling - og at jeg i øvrigt ikke er i bedring - men er pt. sygemeldt på ubestemt tid."

I et tillægsbrev til klageskemaet har klageren derudover anført:

"Som en parts kommentar til udtalelse fra distriktspsykiatrien ... vil jeg gøre følgende gældende:

At forløbet i sin helhed ikke på noget tidspunkt har ændret min almene tilstand.

Da jeg i mit forløb, kun i meget begrænset omfang var i direkte 'terapi' samtale med sygeplejerske psykolog hvor jeg af de 7 sessioner var den samlede samtaletid begrænset til 70 min sammenlagt - altså samtale af 10 min. varighed med tre forskellige personer - jeg kan efter min bedste hukommelse - ikke se at der på dette meget spinkle grundlag kan dannes et regulært og objektivt vurdering af min personlighed eller fremtidsmuligheder.

Som tilføjelse kan jeg oplyse at jeg fortsat er i behandling - at jeg er medicineret, er sygemeldt, og at jeg ikke inden for en tidshorisont kan vende tilbage til et regulært arbejdsmarked."

Selskabet har i brev af 11/9 2012 til nævnet redegjort for sin stillingtagen således:

"I første omgang vurderer vi erhvervsevnen i forhold til hidtidige erhverv. Når helbredssituationen er stationær og senest 18 måneder efter at præmiefritagelse og udbetaling invalideren te er begyndt, vurderer vi den generelle erhvervsevne i forhold til alle erhverv. Da forsikrede på dette tidspunkt stadig var i behandling og tilstanden og erhvervsevnen fortsat var uafklaret, valgte vi at forlænge den midlertidige periode.

Af speciallægeerklæringen fra neurolog (bilag ...) fremgår det, at forsikrede i 2009 havde tiltagende klager over hukommelses- og koncentrationsproblemer og dårlig balance, der blev foretaget en neurologisk undersøgelse, som var normal. Blev sat i antidepressiv behandling uden særlig effekt og i antiepileptisk behandling, som hjalp, så han blev anfaldsfri. Forsikrede oplyste selv, at hans tilstand havde været stabil i et år, og at der ikke var forværring af dagli ge funktioner med bl.a. hukommelse og koncentration. Efter mange år måtte forsikrede ophøre i sit job på grund af manglende evne til at tilpasse sig omstruktureringer. Har været sygemeldt i 2 år, og der er ikke etableret aktivering eller arbejdsprøvning via kommunen.

I den neuropsykologiske undersøgelse (bilag ...) er det oplyst, at forsikredes funktionsniveau er begrænset af, at han føler sig meget træt i løbet af dagen og må sove dagligt. Oplever også begrænsninger på grund af hukommelses- og koncentrationsproblemer samt nedsat orienteringsevne, har det psykisk dårligt. Fremtræder moderat deprimeret og præget af et generelt forhøjet angstniveau. Der er en potentiel mulighed for en vis forbedring af det kognitive funktionsniveau, og henvisning til en regulær psykiatrisk vurdering bør overvejes.

Forsikrede var tilknyttet Distriktspsykiatrien fra 17. maj 2011 til 1. september 2011 (bilag ...). Det fremgår af journalen, at forsikrede havde sit indtil videre sidste store grand mal anfald for

2 år siden, ligesom han i 2 år også har været alkoholafholdende under behandling med antabus. Forsikrede havde søvnproblemer og tankemylder, som blev behandlet med medicin. Ved kontrol i august 2011 oplyser forsikrede, at den medicinske behandling har haft god effekt. 'Pt. virker ensom og tendens til at være doven. Pt. mener ikke at kunne passe et fuldtidsjob, da han er vant til at sove til middag. Ut. tænker at det er en social sag.' 'Stemningslejet neutralt, psykomotorikken naturlig, energiniveauet vurderes i det væsentlige normalt.' 'Lystfølelsen formentlig moderat nedsat, der er nogen indre uro og et vist koncentrationsbesvær. Selvværdsfølelsen formentlig ustabil, ingen suicidaltanker eller impulser, ingen produktivt psykotiske sympt.'

Senere i forløbet bliver nattesøvnen forbedret, så han ikke længere behøver sin middagssøvn. Ved den afsluttende samtale fortæller forsikrede, at han har været glad for forløbet, som har givet ham rigtig meget. Skal starte et forløb i Misbrugscenteret og kan genhenvises via egen læge ved forværring i tilstanden.

Oplysningerne har været forelagt vores lægekonsulent, som er speciallæge i psykiatri. Lægekonsulenten udtaler, at forsikrede har epilepsi, tidligere alkoholmisbrug, depression og personlighedsforstyrrelse. Ved neuropsykologisk vurdering i marts 2011 ses nedsatte kognitive funktioner, søvnproblemer og en række psykiatriske symptomer. Forsikrede blev tilknyttet Distriktspsykiatrien, og der blev iværksat behandling som medførte bedring i søvnen og i de psykiatriske symptomer. Der er ingen objektiv beskrivelse af de subjektive klager om nedsat koncentration. Nu sover han godt, han har droppet middagsluren og vurderes med bedre og mere stabilt humør, men bør være tilknyttet en psykiatrisk klinik. Forsikrede er nu rimelig velbehandlet, og erhvervsevnen vurderes ikke nedsat til 1/3 eller derunder.

Da der ifølge de lægelige oplysninger var sket en bedring i tilstanden vurderede vi, at erhvervsevnen ikke længere var nedsat i dækningsberettiget grad.

Vi meddelte forsikrede, at fordi der var sket en bedring i helbredstilstanden ville præmiefritagelse og invaliderente ophøre, men da forsikrede havde modtaget ydelser gennem flere år, forlængede vi udbetalingen i en omstillingsperiode frem til den 1. april 2012.

[Klageren] klagede over afgørelsen, og vi modtog en ny psykiatrisk udtalelse, hvor det er oplyst, at der har været samtale den 20. marts 2012 og den 24. maj 2012. Det fremgår, at der over flere år har været svingende/sænket humør, der er ikke beskrevet perioder med maniske eller psykotiske symptomer eller OCD-fænomener. Kognitivt er der udtalte problemer omkring koncentration og hukommelse. Lider af træthed som kan skyldes den medikamentelle behandling. Nattesøvnen fungerer dårligt.

Vores psykiatriske lægekonsulent udtaler, at speciallægen nævner kognitive problemer og træthed, men de beskrives ikke, og funktionen beskrives heller ikke. Der er 2 måneders mellemrum mellem de to samtaler, hvilket tyder på, at tilstanden ved første samtale ikke blev vurderet som noget, der krævede intensiv indsats, altså ikke noget alvorligt, ligesom der ikke er nævnt noget om forværring af tilstanden.

Efter behandlingsforløbet ved Distriktspsykiatrien skete der en bedring af helbredstilstanden, og forsikrede var rimelig velbehandlet. De epileptiske anfald og alkoholmisbruget var ophørt. Få måneder senere blev forsikrede igen henvist til psykiater, uden at der er oplysning om årsagen hertil, og der er ingen oplysning om forværring i tilstanden, som kan ændre vores afgørelse.

7. 82.679

Der er ingen lægelig dokumentation for, at forsikredes erhvervsevne er nedsat til 1/3 eller derunder af den fulde erhvervsevne af helbredsmæssige årsager."

Klageren har i brev af 12/10 2012 til nævnet bl.a. bemærket:

"... Psykiatrien v/ ... har udtalelser som jeg absolut ikke er enig i.

Bl.a udtales det, at jeg er doven, og påtænker en social sag, ligesom at jeg havde stort set ikke har behov for middagssøvn, og at jeg sov 7,5 time hver nat.
Ovennævnte er desværre ikke tilfældet. Jeg har stadig behov for en middagslur, da jeg på ingen måde kan sove igennem om natten.

Med hensyn til udtalelsen om dovenskab finder jeg dette meget sårende. Jeg har en opvækst på landet, og har i 28 år haft fast arbejde, hvorfor jeg naturligvis finder udtalelser som dovenskab mærkelige. Jeg har indtil min sygdomsforløb startede haft fuld beskæftigelse, hvorfor sådanne udtalelser naturligvis gør ondt.

Min opfattelse af ... Psykiatrien er, at det har været dejligt at møde andre mennesker, men at dagen startede med en times morgenmad, så en times gåtur og herefter 15 minutters samtale med en sygeplejerske. Jeg var der i alt 7 dage, og kan desværre ikke selv mærke de bedringer, som jeg skulle have opnået."

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**§ 7 Invalideydelser**
...
Invaliditet
Forsikringstageren har ret til udbetaling af invalideydelse og/eller præmiefritagelse, hvis den 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.

Nedsættelse af erhvervsevnen, der berettiger til udbetaling af invalideydelse og/eller præmiefritagelse foreligger, når den forsikrede ikke længere skønnes at være i stand til ved passende beskæftigelse - bedømt under hensyn til forsikredes nuværende tilstand, 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."

Forsikringsbetingelserne for invaliderenteforsikringen har en tilsvarende formulering.

Nævnet udtaler:

Efter sin gennemgang af sagen finder nævnet det på det foreliggende grundlag ikke bevist, at klagerens generelle erhvervsevne som følge af sygdom eller ulykkestilfælde har

været nedsat med mindst 2/3 efter den 1/4 2012. Nævnet kan således ikke kritisere, at selskabet har afvist at forlænge ydelserne efter denne dato.

Nævnet bemærker, at denne afgørelse ikke udelukker, at resultatet kan blive et andet efter en fornyet vurdering efter en arbejdsprøvning og forudsat at forsikringen stadig er i kraft

Som følge af det anførte

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Poul Sørensen

Udskriftens rigtighed bekræftes

Henning Jønsson