Ankenævnet for Forsikring

Den 20. oktober 2014 blev i sag nr. 85.619:

xxxxxx xxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxx xxx
xxxx xxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har pensionsordning hos Danica Pension. Han klager over at selskabet afviser, at hans erhvervsevne er nedsat i dækningsberettiget omfang.

Selskabet har ydet præmiefritagelse og udbetalt midlertidige ydelser fra karensperiodens ophør den 18/4 2012 til den 1/3 2013. Selskabet har afvist yderligere udbetaling under henvisning til, at klagerens generelle erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettiget omfang.

Pensionsordningen giver ret til invalideydelser og præmiefritagelse, hvis forsikredes på grund af sygdom eller ulykke mister mindst halvdelen af erhvervsevnen. Der gælder en karenstid på 3 måneder.

Klageren, der er født i 1952, er uddannet smed og zoneterapeut. Frem til år 2000 har han arbejdet som smed og efterfølgende som antennemontør. Han har siden 2003 været selvstændig med drift af et bogantikvariat. Grundet tiltagende smerter blev han sygemeldt den 18/1 2012. I april 2012 overgik han til halv efterløn.

Ved skadeanmeldelse modtaget den 27/5 2010 anmeldte klageren, at hans erhvervsevne var nedsat som følge af synotitis og skade på bruskskiven i sit ene knæ. Det frem-

går af anmeldelsen, at klagerens første sygedag var den 5/2 2009. Klagerens læge udfyldte en lægeattest ved nedsat erhvervsevne den 26/1 2010. Af denne fremgår bl.a.:

> ”2 Hvad oplyser patienten om erhverv og arbejdsopgaver?
> Erhverv: Selvstændig
> Arbejdsopgaver: Bl.a. flytninger og megen ståen
>
> 3 a) Hvilke sygdomme/symptomer har patienten eller hvilken skade er sket? …
> Dansk: Sm i hø knæ + hø ankel
> Latin: Menisklidelse i knæ
> …
> 4 a) Oplyser patienten, at behandling er påbegyndt?
> Ja
> Hvornår: 22/2-09
> Hvilken behandling: OP i knæ”

Af lægeerklæringsskemaet udfyldt af klagerens læge den 26/1 2010 fremgår bl.a.:

> ”1 Diagnose …
> Skade i bruskskive i knæ
>
> 2 Oplyser den tilskadekomne, at der aktuelt er klage/symptomer?
> Ja … Forsat lidt ømhed medialt
>
> 3 Er der objektive forandringer som følge af skaden?
> Ja … lidt ansamling i knæ
> …
> 5 Forventes der varige følger efter skaden/sygdommen?
> Ja … der er fjernet en del af menisken.”

Vedlagt skadeanmeldelsen var desuden oplysninger om, at klageren den 4/12 2008 var blevet opereret for nyresten.

Selskabet afviste dækning ved brev af 18/6 2010 og igen ved brev af 27/7 2010.

Ved skadeanmeldelse modtaget den 25/1 2012 anmeldte klageren, at hans erhvervsevne var nedsat som følge af væsentlig nedsat følelse i højre fod og ben, dårligt knæ, dårligt ankelled og nedsat balance i benet. Klageren oplyste i skemaet, at hans ugentlige arbejdstid indtil uarbejdsdygtigheden var 40 timer om ugen med en bruttoindtægt på 15.000 kr. om måneden, og at han den 18/1 2012 genoptog sit arbejde 10 timer om ugen. Klageren har endvidere oplyst, at hans arbejdsopgaver bestod af kontorarbejde, ledelse, salgsarbejde og kørsel. Det fremgår i øvrigt af sagen, at klageren også tømte dødsboer, og at han grundet smerter har måtte ophøre med dette.

Parterne har fremlagt en række lægelige akter, som nævnet har gennemgået:

Af ortopædkirurgisk speciallægenotat fremgår bl.a., at klageren den 2/2 2009 opsøgte en speciallæge i ortopædisk kirurgi på grund af smerter i højre lægben. En MR-scanning viste tegn på tidlig slidgigt mellem rulleben og lægben. Han modtog blokade-behandling med god effekt og blev afsluttet 1/5 2009.

Af ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 20/3 2012 fremgår bl.a.:

> "Tidligere/forudbestående lidelser:
> For 25 år siden artroskoperet i højre knæ på …. Med partiel resektion af mindre lateral menisk læsion. Ingen sequelae. Har efterfølgende spillet håndbold uden problemer. Ultimo 80erne: Occipitalt traume, dengang ikke nærmere undersøgt. Siden da tendens til sovende fornemmelse sv.t. højre hæl, bredende sig til hele højre ben.
>
> 1999: Universelt krampetilfælde. Ved CTC påvises stort meningeom højt parietalt i venstre hemisfære. Sættes primært i antiepileptisk behandling. Opereres 10.08.99 med fjernelse af meningomet. Efterfølgende styringsbesvær og føleforstyrrelser sv.t. højre underekstremitet. Bedring i forbindelse med intensiv genoptræning. Fortsat sequelae i form af styringsbesvær sv.t. højre ankel. Har svært ved at flektere over højre fodled som har tendens til at falde udad. Giver problemer ved almindelig gangafvikling. Kan ikke løbe og beskriver hurtig udtrætning. I samme forbindelse opgivet sportslige aktiviteter såsom håndbold.
> …
> Sygemelding:
> Har været sygemeldt i en uge i forbindelse med aktuelle skade 13.11.09, grundet tiltagende smerteproblematik sv.t. højre knæ sygemeldt fra 18.01.12.
> Der har ikke været tale om revalidering eller søgt helbredsbetinget førtidspension.
>
> **Aktuelle ulykkestilfælde:**
> 13.11.09: Under flytning spontant opståede smerter på indvendige side af højre knæ, idet patienten er på vej ned af trappe.
> 14.12.09: Kontakt til Privatklinikken ... i ... Klinisk mistanke om medial menisk baghornslæsion bekræftes ved MR-scanning.
> 22.12.09: Højresidig knæledsartroskopi på Privatklinikken ... i ... med resektion af medial menisk baghornslæsion, samt resektion af forkalkning omkring tilhæftning af forreste korsbånd.
> 23.02.10: Fornyet kontrol på Privatklinikken ... med udtømning af væske fra højre knæ og intraartikulær steroid blokade.
> 05.05.10: Kontakt til Privatklinikken ... grundet vedvarende gener i højre knæ. Intraartikulær blokade gentages.
> 18.06.10: Fornyet blokade i højre knæ på Privatklinikken ... i ...
> Ingen yderligere lægelig opfølgning. Træner i form af cykling.
>
> **Klager:**
> **Højre knæ:** Smerter ved belastning og stand gennem længere tid. Kan vågne om natten med smerter i knæet. Ingen tendens til hævelse. Intet aflåsningstilfælde. Let tendens til knæsvigt. Passer på ved trappegang. Har svært ved at sidde på hug. Går maks. 2-3 km,

hvilket udløser smerter. Klarer havearbejde og rengøring. Har allerede forud for aktuelle ulykkestilfælde opgivet håndbold og løb.

Objektiv undersøgelse:
Klager og sygdomshistorie fremsættes roligt, relevant og uden overdrivelse. Højde 193 cm. Vægt 104 kg. Angiver højre ben som skudben.
Gang: Trækker lidt på højre ben ved almindelig gang. Gangen afvikles ikke normalt over højre fod, som har tendens til supination. Herudover bevirker indskrænket dorsal fleksion over højre fodled at patienten løfter benet unaturligt for at tåen ikke skal støde imod underlaget.
Bækken: Lige bækkenstand. Ingen benlængde forskel vurderet i liggende stilling. Intet bækkenfald ved ensidigt benløft. Kan kun stå kortvarigt på højre ben.
Ryg: Fikseret rygbevægelighed specielt i lænden. Moderat thoracal kyfose. Flekterer til fingergulv- afstand 5 cm.
Hofteled: Bilateralt er fleksionen indskrænket til 130 grader, indadrotation til 10 grader og udadrotation til 50 grader mod normalt 140/20/75. Bilateralt ingen direkte eller indirekte ossøs ømhed. Ingen rotationssmerter.
Knæled: Højre knæ findes med normale konturer. Ingen ansamling. Ingen retropatellar skurren eller ubehag ved patella wash. Ingen ekstensionsdefekt, flekterer 130 grader mod 135 grader på venstre side. Palpationsømhed langs mediale ledlinie med smerteaccentuering ved meniskprovokation. Ingen gener fra lateralsiden. Knæet ligamentært stabilt. Venstre knæ undersøges på identisk vis og findes med helt normale forhold.
Fodled: Bilateralt ankelødem, værst på venstre side. Bilateralt staseeksem, værst på højre side. Ingen specifik palpationsømhed omkring anklerne. Bilateralt er dorsal fleksionen nedsat til 5 grader mod normalt 20 grader. Normal plantar fleksion bilateralt på 50 grader. Højre ankel står i let supination.
Omfangsmål: Lårmuskel målt 10 cm over basis af patella: Højre 52,0 cm. Venstre 53,0 cm. Lægmuskel målt på tykkeste sted: 40,0 cm bilateralt. Ankel: Højre 29,0 cm. Venstre 30,0 cm.

Resume:
Det drejer sig om en nu 60-årig mand, som den 13.11.09 fornemmer smæld i højre knæ på vej ned af trappe. 14.12.09 foretages MR-scanning på Privatklinikken ... i ... som viser medial menisk baghornslæsion som reseceres artroskopisk 22.12.09. Samtidig fjernes mindre forkalkning omkring tilhæftningen af det forreste korsbånd. Grundet vedvarende gener postoperativt får patienten efter 2 måneder udtømt væske fra højre knæ og frem til 18.06.10 får han i alt anlagt 3 intraartikulære steroidblokader. Træner ved cykling.
Klager fra højre knæ omfatter smerter ved belastning og stand, kan vågne om natten med smerter. Let tendens til knæsvigt. Skal passe på ved trappegang. Har svært ved at sidde i hugsiddende stilling. Går maks. 2-3 km.
Objektivt trækker patienten på højre ben ved gang, med unaturlig afvikling af gangen på højre side for at undgå at foden støder mod underlaget. Kan kun stå kortvarigt på højre ben. Fikseret rygbevægelighed med affladet lænd, samt thoracal kyfose. Flekterer til finger-gulv-afstand 5 cm. Generel indskrænket bevægelighed i begge hofter. Højre knæ findes med indskrænket fleksion på 5 grader. Ømhed langs indvendige ledlinie med smerteaccentuering ved meniskprovokation. Begge ankler findes med hævelse og staseeksem. Højre ankel står lettere supineret. Dorsal fleksion over begge fodled indskrænket til 5 grader. Omfangsmål højre underekstremitet 1 cm mindre omkring låret og omkring anklen sammenlignet med venstre side.

Diagnoser:
Laesio meniscus medialis articuli gen dxt (skade på indvendige menisk i højre knæ).
Meningeom (tumor på hjernehinde).

Konklusion:
Der vurderes at være klar årsagssammenhæng mellem debut af højresidige knægener og aktuelle ulykkestilfælde med smæld i knæet ved trappegang 13.11.09. Samtidig er der tale om præmorbiditet i form af meningeom som postoperativt har efterladt patienten med styringsbesvær af venstre ankel, hvilket øger risikoen for skader på knæet. Partiel fjernelse af indvendige menisk øger risikoen af udvikling af slidgigt i knæet. Styringsbesvær af foden og forkert afvikling af gangen vil også sætte større stress på knæ og hofte, specielt på højre side. Der er ikke yderligere kirurgiske behandlingstilbud, men patienten tilrådes fortsat træning bl.a. ved cykling."

Efter anmodning fra selskabet blev der den 10/7 2012 udarbejdet en neurologisk speciallægeerklæring. Af denne fremgår bl.a.:

"Aktuelle:
Aktuelle indtræder i 1997, hvor patienten i forbindelse med en håndboldkamp får et slag fra en hånd på vertex. Patienten går ned i knæ men er ikke bevidstløs. Udvikler derefter sovende fornemmelse i hæl, anfaldsvise sensoriske udfald i højre underekstremitet, der ascenderer højre og højre op og når efterhånden lyskeniveau i anfald, og efterhånden får han problemer med blærefyldning og tømning. Udvikler herefter regulært fokalt motorisk epileptisk anfaldsfænomen og indlægges på sygehuset. Den videre udredning viser, at patienten har en venstresidig parietal tumor. Han opereres i august 1999, histologisk diagnose: Meningiom (dvs. godartet knude udgået fra hjernes hinder = meninges), efterfølgende epileptiske anfald og sættes i antiepileptisk behandling i form af Trileptal, der seponeres efter 1 år.
Patienten følges neurokirurgisk til en enkeltstående kontrol, hvor det beskrives, at patienten har snurrende fornemmelse i højre ben, ingen parese.

Patienten oplyser selv, at han var lammet over ankelleddet både ved fleksion og ekstension. Patienten går kortvarigt til fysioterapeutisk behandling på ... Sygehus og får derefter at vide, at man ikke kan gøre mere for hans ben.
Patienten genvinder en del af funktionen og kan således træne selv og spille håndbold. Efterfølgende får patienten i februar 2009 pludselig opståede smerter lokaliseret i højre læg ben, smerterne lokaliseret på lateral siden af højre fod helt distalt, smerterne er kontinuerlige, og der er hævelse på lateral siden af ankelleddet.
Patienten bliver undersøgt på privathospitalet ... Klinikken af speciallæge i ortopædkirurgi ..., som stiller diagnosen synovitis sv.t. peroneus brevis senen, og der er indikation for MR-scanning. Denne foretages, der er ingen tegn på læsion af senen, men der er tegn på tidlig slidgigt mellem rulleben og læg ben. Patienten sættes i Ipren behandling, og efterfølgende får patienten blokade behandling med Depomedrol sv.t peroneus senen, og dette har god effekt.
Patienten pådrager sig senere samme år et vridtraume sv.t. højre knæ. Han beskriver, at hans stabilitet over foden er dårlig, og han vender indad på foden, og pga. dette udvikler han let vrid. MR-scanning af højre knæ viser medial menisk baghornslæsion, og patienten bliver opereret i privat regi hos ..., privat klinikken ... den 14.december 2009.
Her er noteret, at patienten 25 år tidligere var artroskoperet i højre laterale menisk pga. gener. I årene efter har patienten ikke haft gener.
Patienten er endvidere i december 2008 opereret for nyresten i universel anæsteci på ... Klinikken, dette medførte ifølge patienten ikke forværring i hans ben.

Aktuelt:
Patienten beskriver, at hans tilstand aktuelt er præget af:

1. Daglige i primært højre ben sv.t. ankelleddet og distalt i mindre grad sv.t. venstre ben.
2. Højre ankel hæver ved inaktivitet, han må have benet opad sidst på dagen.

3. Nedsættelse bevægelse ved både dorsal- og plantarfleksion over fodleddet.
4. Instabilitet over fodleddet, patienten går indad drejet og føler ikke, at hans stabilitet er speciel god.
5. Når patienten går over længere afstande, får han tiltagende smerter i ankelleddet og øget instabilitet, dette accentueres, hvis han går med belastning f.eks. ved løft.

Der er ikke planlagt yderligere udredning/behandling.
…
Konklusivt kan udtales som svar på de af Danica Pension stillede spørgsmål:

1. Ved den kliniske undersøgelse findes kraftnedsættelse over højre fodled. Instabilitet over fodleddet og føleforstyrrelser ligeledes sv.t. højre ben på lateral side og bagsiden samt ud på foden. Endvidere set let hævelse af fodleddet.
   Diagnoser: Lammelse af højre ben helt distaltlparesis inferiores dxt.
   Tumores cerebri seqv./følger efter operation for hjernesvulst.
   Epilepsia ant./tidligere epilepsi.
2. Skånebehov. Patienten har en instabilitet og dårlig gang pga. nedsat kraft over højre ankelled. Patienten kan således ikke gå langt og ikke belaste i form af løft, når han går. Udover dette finder jeg ingen egentlige skånebehov.
3. Forsikredes opfattelse af skånebehovet er lig dette. Han har således måttet holde op med at tømme dødsboer og spille håndbold pga. det aktuelle. Han ophørte med håndboldspil for ca. 3 år siden. Der er formentlig samlet tale om, at patienten har siden hans operation haft en kraftnedsættelse over højre ankelled, og nu får han pga. instabilitet og dårlig gang/usikker gang følger i form af menisk skader samt muligvis også de følgeskader, der blev behandlet med blokadebehandlinger på ... Klinikken i februar 2009. En egentlig kausal sammenhæng med dette, kan jeg dog ikke udtale mig om, da det ligger udenfor det neurologiske specialområde.
4. Jeg mener ikke, at der er udsigt til forbedring, da patientens symptomer har været stort set uændrede siden operationen i 1999."

Endvidere blev der på foranledning af selskabet udarbejdet en ortopædkirurgisk speciallægeerklæring den 21/5 2013. Heraf fremgår bl.a.:

"Objektivt
…
Venstre knæ: Belastet er knæet indstillet i neutral stilling. Knæet bevæges fra fuld ekstension til bløddelsmodstand. Knæet er sidestabilt. Lachmann negativ. Intet skuffesymptom. Ingen ømhed ved skub med patella. Ingen retropatellar skurren. Ledlinierne er uømme og der kan ikke fremprovokeres meniskklik.

Højre knæ: Punktformet cikatrice efter tidligere artroskopi. Synlig og palpabel let intraartikulær ansamling. Nogen ømhed ved skub med patella med tydelig retropatellar skurren. Højre knæ bevæges fra fuld ekstension til 130° fleksion, hvor der er mekanisk smertende stop. Knæet er med fuld sidestabilitet. Lachmann negativ. Intet skuffesymptom. Der er let ømhed fortil på mediale ledlinie, men intet meniskklik. Belastet står knæet i neutral stilling.

Underekstremiteter i øvrigt: Bilateralt tydeligt cruralt ødem strækkende sig ud på beggesidige fødder. Bilateralt, men mest udtalt på højre side kronisk staseeksem på distale 1/3 af crus.

Højre bagfodskompleks er med synlig omfangsforøgelse. Der er punktuel ømhed fortil over ankelleddet. Bagfodskomplekset bevæges i dorsifleksion 0°, plantar fleksion 50°, supination

40° og pronation 0°. Ingen ømhed ved undersøgelsen. Klotåes dannelse af 1. tå samt accentueret længdebue.

Venstre bagfodskompleks: Bevæges i dorsifleksion 10°, plantar fleksion 50°, supination 40° og pronation 10°. Ingen ømhed ved undersøgelsen. Ligeledes her accentueret længdebue medialt i fodranden, men ingen klotåes dannelse.

Gang- og standfunktion: Uden fodtøj er gangen med let trækken på højre ben. Ikke klassisk hanefjersgang, men under gang supinerer højre fod en anelse. Venstre fod afvikles normalt. Hæl- og tåstand på venstre side normal. På højre side kun muligt ved støtte. Kan ikke stå alene på højre fod.

Neurologi på underekstremiteter: Nedsat kraft over højre ankelled samt højre 1. tå såvel i plantar samt dorsifleksion. Her udover er der normal kraft og tonus overalt. Der angives dysæstesi på dorsolateralsiden af højre crus og højre fod, men her udover normal sensibilitet overalt på begge underekstremiteter. Højresidig patellar- og achillesrefleks er hyperaktiv. Venstresidige normale. Plantarreflekserne egale og atypiske.

Omfangsmål på underekstremiteter:
Femur 10 cm over øvre patellapol: Højre 49 cm, venstre 51 cm.
Knæomfang: Højre 42 cm, venstre 41 cm.
Crus på bredeste sted: Højre 42 cm, venstre 42 cm.
Malleolniveau: Højre 31 cm, venstre 30 cm.

KONKLUSION

61-årig herre med følger i højre underekstremitet efter fjernelse af venstresidig parietal meningiom i 1999. Den manglende stabilitet i højre underben, som er konstateret allerede umiddelbart efter operation i 1999, kan således direkte henføres til følger efter tumor og den nødvendige operation. Patienten har trænet intensivt med højre fod lige siden, men oplever hyppige vridskader imod højre bagfodskompleks. Skal anvende solidt fodtøj og der er mange daglige gøremål, som er besværliggjort. Han har nu fået konstateret begyndende slidgigt i talokruralleddet, formentlig betinget af de hyppige vridskader. Der er aktuelt ikke yderligere man kan tilråde patienten behandlingsmæssigt vedrørende højre bagfodskompleks, men tager slidforandringerne til i ankelleddet kan det på sigt komme på tale, at tilbyde ham operation med stivgøringsindgreb.

Vedrørende højre knæ er meniskskaden en direkte følge af hans manglende stabilitet i højre underben. Patienten oplever nogle gener fra knæet i det daglige. Prognosen er for nuværende usikker, men det er velkendt, at man efter vridskade med deraf følgende menisklæsion på sigt kan udvikle slidgigt i knæet. Hans nuværende gener er begrænsede og skønnes umiddelbart, at være relateret til senfølger efter meniskskaden.

Der er god overensstemmelse imellem patients klager og de ved dagens undersøgelse konstaterede forandringer. Patienten er nu på deltid efterløn og er sygemeldt fra den resterende del af hans arbejdsfunktion. Lægefagligt bør han med baggrund i ovenstående skånes for tunge løft, længere tids ståen og gåen og gang i ujævnt terræn. Ovenstående er i god overensstemmelse med patientens egen opfattelse af skånebehov.

Der er såvel, hvad angår højre hofte som højre knæ ikke aktuelt yderligere tiltag man kan tilråde patienten for bedring af tilstanden. Prognosen er med overvejende sandsynlighed for

såvel højre ankel som højre knæ tiltagende gener med deraf følgende risiko for udvikling af slidforandringer, som må påkræve yderligere kirurgiske tiltag.

Diagnoser:
Laesio traumatica menisci medialis genum dxt., sequelae
(følger efter læsion imod højre knæs mediale menisk)

Operatio pro meningioma regio parietalis sin., sequelae
(følger efter operation for godartet hjernetumor i venstre side af hjernebarken)

Instabilitas regio ped. dxt. facta
(konstateret instabilitet omkring højre bagfodskompleks)

Artrosis articulatio talocruralis dxt. incipiens obs pro
(mistanke om begyndende slidgigt i højre ankelled)"

Af journal fra neurologisk forundersøgelse dateret den 27/11 2013 fremgår bl.a.:

"20-11-2013 notat…
Patienten telefonisk orienteret om, at MR-scanningen af hjernen er med operationsfølger, men ingen nytilkomne forandringer, specielt ikke vækst af tumor.
…
19-11-2013 Forundersøgelse
…
61-årig mand, opereret for godartet meningeom i venstre hemisfære for 14 år siden tilbage (oktober 1999), kommer til neurologisk vurdering af omfanget af skaderne.

Dengang var de første symptomer føleforstyrrelser svarende til højre ben, men diagnosen blev stillet efter 2 generaliserede krampeanfald. MR-skanningen påviste knude i venstre hjernehalvdel, og mikroskopien viste meningeom.
Følgerne efter operationen var nedsat kraft i højre ben, specielt med dropfod. Havde nogen genoptræning på ... Sygehus, men situationen er ikke blevet bedre, tværtimod oplever han, at han de senere år slet ikke kan spille fodbold, hvilket han kunne tidligere. Har dårlig styring af den venstre fod under gang.
Arbejdede som selvstændig i en kombineret antikforretning og tømning af dødsboer. Kan nu ikke længere gå på trappe, løfte tunge ting etc., så er af praktisk gået på halv tid, således han står i sin antikbutik, har måttet opgive dødsboprojekterne.
…
SAMLET
Fremstår med følger efter meningeomoperation i det højre ben, hvor der er nedsat kraft, hyperrefleksi og nedsat sensibilitet.
Har dropfodsgang med relativt overstrækning af det højre knæ.
Da patienten oplever en forværring i symptomer, gennemføres der MR-skanning af cerebrum med kontrast for at udelukke recidiv af meningeomet.
…
Der er ingen tidligere undersøgelser til sammenligning. Der er følger efter resektion af det tidligere meningeom i toppen af venstre parietallap, hvor der også erkendes et lille korticalt infarkt (udbredning ca 2 cm). Ellers normalt hjerneparenchym supra- og infratentorielt uden tegn på tumor. Ingen abnorm opladning af MR-kontrast. Normalt ventrikelsystem.

KONKLUSION
Følger efter operation for meningeom parietalt på venstre side

Følger efter mindre kortikalt infarkt i operationsområdet."

Klageren har i klageskemaet modtaget den 14/1 2014 anført:

"1. Sagsfremstilling …
Hermed ønskes udbetaling af tab af erhvervsevne & fritagelse for indbetaling. Jeg har fået midlertidig udbetaling af min TAE og fritagelse for betalingen fra den 18. april 2012 – 01. marts 2013.

Da jeg rykkede for min sumudbetaling i FG, som ville komme til udbetaling efter 12 mdr. ved varig nedsat med mindst halvdelen som følge af sygdom eller ulykke, blev jeg fra den ene dag til den næste dag erklæret rask. Jeg har det sidste år blevet vurderet til at min erhvervsevne ikke er nedsat til halvdelen eller derunder, trods bekræftelser fra egen læge og flere specialisterklæringer.

2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet?
Hermed fastholder jeg, at jeg har ret til udbetaling af tab af erhvervsevne & fritagelse for indbetaling. Jeg er selvstændig og har ikke længere mulighed for at udføre mit arbejde 100%. Jeg tegnede min forsikring i 2002 igennem Pension for selvstændige for netop at forsikre mig som selvstændig."

Heroverfor har selskabet i brev til nævnet af 17/2 2014 anført:

"**Danica Pensions afgørelse**
Danica Pension fastholder, at [klageren] ikke er berettiget til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling, idet hans generelle erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettiget omfang, jf. forsikringsbetingelserne, bilag A.

Sagsforløb
Danica Pension modtog den 27. maj 2010 en skadeanmeldelse fra [klageren], bilag B. Af skadeanmeldelsen fremgår det, at [klageren] den 13. november 2009 i forbindelse med et tungt løft på en trappe fik et kraftigt vrid i knæet, idet foden skred ud, hvilket medførte, at [klageren] blev sygemeldt den 5. februar 2009 pga. synovitis og skade på bruskskive i knæet.

Ved brev fra den 18. juni 2010, bilag C, oplyste Danica Pension, at [klageren] desværre ikke opfyldte betingelserne for udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling, idet [klagerens] erhvervsevne ikke havde været nedsat til halvdelen eller mindre uafbrudt i 3 måneder (svarende til karensperioden).

Den 25. januar 2012 modtog Danica Pension en ny skadeanmeldelse fra [klageren], bilag D.

Ved brev fra den 1. juni 2012 oplyste Danica Pension, at [klageren] havde ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling fra karensperiodens ophør den 18. april 2012 til den 1. juli 2012, bilag E.

Af brevet fremgår:
Vi har vurderet din erhvervsevne ud fra dit erhverv som butiksindehaver og zoneterapeut. Hvis du fortsætter med at være sygemeldt, vil vi på et tidspunkt vurdere din generelle erhvervsevne. Det vil sige, at vi vurderer din erhvervsevne i ethvert erhverv og ikke kun i forhold til dit erhverv som butiksindehaver og zoneterapeut.

I forbindelse med Danica Pensions løbende opfølgning på [klagerens] sygemelding modtager Danica Pension speciallægeerklæring fra speciallæge i neurologi ... fra den 10. juli 2012, bilag F og speciallægeerklæring fra speciallæge i ortopædkirurgisk kirurgi ... fra den 20. marts 2012, bilag G.

På baggrund af de indhentede speciallægeerklæringer, var det Danica Pensions lægekonsulents vurdering, at [klagerens] generelle erhvervsevne ikke var nedsat til halvdelen eller derunder, hvorfor [klageren] ikke længere havde ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og ret til fritagelse for indbetaling.

Danica Pension oplyste derfor [klageren] ved brev fra den 4. februar 2013, bilag H, at hans udbetalinger for tab af erhvervsevne samt fritagelse for indbetaling ville stoppe den 1. marts 2013.

På baggrund af efterfølgende anmodninger fra [klageren] indhentede Danica Pension endnu en speciallægeerklæring i sagen fra speciallæge i ortopædkirurgisk kirurgi ... fra den 21. maj 2013, bilag I.

På baggrund af speciallægeerklæringen fra ... og Danica Pensions lægekonsulenters vurdering fastholdt Danica Pension afgørelsen over for [klageren] ved brev fra den 6. juni 2013, bilag J.

Efterfølgende sendte [klageren] yderligere anmodninger om genvurdering af sagen, idet han den 27. september 2013 var faldet og efterfølgende blevet behandlet på skadestuen i ...

Danica Pension fastholdt afgørelsen, idet de lægelige oplysninger som [klageren] sendte til Danica Pension ikke ændrede på vurderingen af [klagerens] erhvervsevnetab, bilag K.

Danica Pensions vurdering
Danica Pension fastholder, at [klagerens] generelle erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettigende omfang, hvorfor Danica Pension retmæssigt stoppede [klagerens] udbetalinger ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling den 1. marts 2013.

Det gøres gældende, at [klageren] i henhold til forsikringsbetingelserne skal have nedsat sin generelle erhvervsevne med halvdelen eller mere for fortsat at have ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling.

Når Danica Pension modtager en anmeldelse, vurderes det i første omgang, om den forsikrede er ude af stand til at arbejde i sit nuværende erhverv - i dette tilfælde som butiksindehaver/antikvar og zoneterapeut. I denne midlertidige periode på maksimalt 18 måneder fra den første sygedag (vi kan dog vælge at udskyde vurderingen i et begrænset tidsrum), vurderer Danica Pension altså forsikredes erhvervsevne i forhold til det specifikke erhverv.

Når tilstanden har stabiliseret sig i et sådant omfang, at Danica Pension kan vurdere, om tabet af erhvervsevnen er længerevarende, laves en generel vurdering af den forsikredes erhvervsevne. I modsætning til vurderingen i forbindelse med midlertidig tab af erhvervsevne er vurderingen ikke længere begrænset til, om [klageren] kan arbejde i sit eget erhverv som antikvar eller ej. Kort sagt ser vi på, hvad en arbejdsdygtig person med tilsvarende alder, uddannelse m.m. kan tjene. Hvis sygdommen betyder, at [klageren] har mistet mere end halvdelen af denne indtægt, er der ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling.

Danica Pension har derfor i overensstemmelse med forsikringsbetingelserne foretaget en generel vurdering af [klagerens] erhvervsevne.

Det gøres gældende, at [klagerens] generelle erhvervsevne ikke er nedsat med halvdelen eller mere, hvorfor [klagerens] erhvervsevne ikke er nedsat i dækningsberettiget omfang.

Grundlaget for Danica Pensions vurdering er speciallægeerklæring fra speciallæge i ortopædisk kirurgi ... fra den 20. marts 2012, speciallægeerklæring fra speciallæge i neurologi ... fra den 10. juli 2012 og speciallægeerklæring fra overlæge for ortopædkirurgisk afdeling ... fra den 21. maj 2013.

Som det fremgår af vores breve til [klageren], har vi ved vurderingen lagt vægt på følgende:

Af brev fra den 4. februar 2013, bilag H:

'... at der er tale om beskedne fund.
Det fremgår af oplysningerne, at du har følger efter operation af en godartet tumor i 1999 og skade på højre menisk i knæet. Du har styringsbesvær af venstre ankel og dette øger risikoen for skader på knæet. Da menisken er fjernet, øges risikoen for udvikling af slidgigt i dit knæ.
I et arbejde der ikke kræver gang over længere tid og hvis du undgår tunge løft vurderer vores lægekonsulenter, at du bør kunne varetage et arbejde på mere end halvdelen af normal arbejdstid.'

Af brev fra den 6. juni 2013, bilag J:

' ...På baggrund af speciallægeerklæringen fra har lægekonsulenten lagt vægt på, at du fortsat har lette menisksmerter samt instabilitetsfølelse i højre ankel. Du har lettere bevægenedsættelse i bagfoden. Dette øger ikke risikoen for skader ved normal færden og kan ikke have væsentlig indflydelse på din generelle erhvervsevne.'

Af brev fra den 9. september 2013, bilag L:

' ...Vi har endnu en gang forelagt din sag for Danica Pensions lægekonsulenter, men jeg må desværre oplyse, at vi fastholder vores tidligere afgørelse. Lægekonsulenterne udtaler, at der er normal bevægelighed i led og kun 1 cm lårsvind. - intet lægsvind. Muligvis kan en instabilitet i højre bagfod afhjælpes med en stivgørelse, men din generelle erhvervsevne er ikke reduceret til 1/2 delen.'

Danica Pensions brev fra den 3. oktober 2013, bilag M:

' ...Ud fra speciallægeerklæringen fra overlæge ..., så skal du skånes for tunge løft, længere tids ståen og gåen og gang i ujævnt terræn. Vi er enige i, at arbejdet med at tømme dødsboer ikke er foreneligt med disse skånebehov, men det er vores vurdering, at i erhverv, hvor der tages hensyn til dine skånebehov, så er erhvervsevnen ikke nedsat til halvdelen eller derunder.'

Danica Pension finder således ikke, at [klagerens] erhvervsevne er nedsat med halvdelen eller mere, idet [klageren] i et job med skånehensyn vil kunne varetage et arbejde på mere end halvdelen af normal arbejdstid. Da [klagerens] generelle erhvervsevne således ikke er ned-

sat i dækningsberettigende omfang, fastholder Danica Pension, at vi var berettiget til at stoppe udbetalingerne ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling pr. 1. marts 2013."

I brev til nævnet af 24/2 2013 fastholder klageren, at hans erhvervsevne er nedsat med mere end halvdelen, og henviser til lægeerklæring af 30/6 2010.

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

"**Dækning ved tab af erhvervsevne**

…

Før vi udbetaler dækning ved tab af erhvervsevne

Vi udbetaler dækningen ved tab af erhvervsevne, hvis følgende betingelser er opfyldt:

- Den forsikrede har enten midlertidigt eller længerevarende mistet sin erhvervsevne på grund af sygdom eller en ulykke. Du kan se, hvad forskellen er på et 'midlertidigt' og et 'længerevarende' tab af erhvervsevne i afsnittene 'Når den forsikrede har et midlertidigt tab af erhvervsevne' og 'Når den forsikrede har et længerevarende tab af erhvervsevne'

…

Når den forsikrede har et midlertidigt tab af erhvervsevne

Et midlertidigt tab af erhvervsevnen vil sige, at den forsikrede ikke er i stand til at passe sit arbejde som hidtil i en periode. Før vi udbetaler en dækning, vurderer vi derfor erhvervsevnen ud fra det omfang, forsikrede kan passe sit arbejde.

Erhvervsevnen afgøres blandt andet på grundlag af en erklæring fra en læge, som vi vælger.

…

Vurdering af om tabet af erhvervsevne er længerevarende

Når vi skønner, at den forsikredes tilstand er blevet tilstrækkelig stabil, vurderer vi, om tabet af erhvervsevnen fremover skal betragtes som længerevarende. Det er en forudsætning, at den forsikrede fortsat er sygemeldt. På baggrund af helbredsoplysninger, herunder eventuelt en erklæring fra en læge, som vi vælger, vurderer vi, om erhvervsevnen længerevarende er sat så meget ned, at der ifølge dækningsoversigten er ret til udbetaling.

Imidlertid vurderer vi altid den forsikredes fremtidige erhvervsevne, når hans/hendes midlertidige tab af erhvervsevne har varet halvandet år. Vi kan dog vælge at udskyde vurderingen i et begrænset tidsrum en eller flere gange. I så fald fortsætter udbetalingen efter reglerne om midlertidigt tab af erhvervsevne.

Selvom den forsikrede har fået tilkendt offentlig førtidspension eller har ret til et tilbud om fleksjob, kan han/hun ikke nødvendigvis få udbetalt dækningen ved tab af erhvervsevne. Det skyldes, at reglerne for at få førtidspension og fleksjob ikke er de samme som reglerne for, hvornår man har ret til udbetaling af dækningen.

Når den forsikrede har et længerevarende tab af erhvervsevne

Når vi vurderer, om tabet af erhvervsevnen fremover er længerevarende, laver vi en generel vurdering af den forsikredes erhvervsevne.

Først skønner vi, hvor meget den forsikrede kan tjene. Vi tager hensyn til den forsikredes tilstand, tidligere beskæftigelse og uddannelse - og om den forsikrede er egnet til en ny uddannelse, for eksempel ved omskoling, som kan påvirke den forsikredes indtjeningsmulighed.

Derefter sammenligner vi den skønnede indtægt med det, fuldt arbejdsdygtige personer med en tilsvarende uddannelse og alder tjener i samme del af landet. Viser sammenligningen, at den forsikrede efter vores skøn højst kan tjene 1/3 fremover af en almindelig indtægt for personer på samme alder og med en tilsvarende uddannelse i den del af landet, er den forsikredes erhvervsevne sat ned med 2/3.

Når vi laver vores skøn over indtægten

- vurderer vi ikke situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil blive i stand til at få et job med sin uddannelse
- medregner vi løn og offentlige ydelser samt tilskud, den forsikrede får som led i en beskæftigelsesordning, som for eksempel fleksjob. Det gælder både direkte og indirekte offentlige ydelser og tilskud, den forsikrede får for eksempel via sin arbejdsgiver.

Vi kan når som helst kræve, at den forsikrede dokumenterer, at betingelserne for udbetaling af dækningen er opfyldt. Retten til at få udbetalt efter reglerne om længerevarende tab af erhvervsevne falder væk, hvis vi vurderer, at de nævnte forudsætninger ikke længere er til stede, eller når dækningen ophører.

…

Når den forsikrede er egnet til omskoling

Når vi vurderer den forsikredes tab af erhvervsevne, inddrager vi et skøn af, om den forsikrede er egnet til omskoling, og om en omskoling forventes at betyde, at den forsikrede kan tjene så meget, at han/hun ikke har et længerevarende tab af erhvervsevne - ligesom det er beskrevet i forrige afsnit. Når vi vurderer den forsikredes tab af erhvervsevne, tager vi ikke hensyn til situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil være i stand til at få et job efter omskolingen, der svarer til hans/hendes uddannelse.

Hvis vi anser, at den forsikrede er egnet til omskoling, er der ikke ret til dækningen, da erhvervsevnen i så fald ikke er sat tilstrækkeligt ned. Undtagelsesvis kan vi efter et konkret skøn dog indgå en skriftlig aftale med den forsikrede om, at han/hun får udbetalt en nedsat dækning under omskolingen. Den nedsatte udbetaling er betinget af, at den forsikrede opfylder vilkårene i aftalen.

...

Præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

Præmien skal ikke længere betales, hvis den forsikrede mister sin erhvervsevne på grund af sygdom eller ulykke. Det er en forudsætning, at erhvervsevnen mistes i perioden, fra at dækningen træder i kraft, til den ophører uanset årsagen. I dækningsoversigten kan du se, hvor stort tabet af erhvervsevnen skal være, før der er ret til præmiefritagelse.

Når vi vurderer, om tabet af erhvervsevnen skal give ret til præmiefritagelse, laver vi en generel vurdering af den forsikredes erhvervsevne.

Først skønner vi, hvor meget den forsikrede kan tjene. Vi tager hensyn til den forsikredes tilstand, tidligere beskæftigelse og uddannelse - og om den forsikrede er egnet til en ny uddannelse, for eksempel ved omskoling, som kan påvirke den forsikredes indtjeningsmulighed.

Derefter sammenligner vi den skønnede indtægt med det, fuldt arbejdsdygtige personer med en tilsvarende uddannelse og alder tjener i samme del af landet. Viser sammenligningen, at den forsikrede efter vores skøn højst kan tjene 1/3 fremover af en almindelig indtægt for personer på samme alder og med en tilsvarende uddannelse i den del af landet, er den forsikredes erhvervsevne sat ned med 2/3.

14. 85.619

Når vi laver vores skøn over indtægten

- vurderer vi ikke situationen på arbejdsmarkedet, og om den forsikrede vil blive i stand til at få et job med sin uddannelse
- medregner vi løn og offentlige ydelser samt tilskud, den forsikrede får som led i en beskæftigelsesordning, som for eksempel fleksjob. Det gælder både direkte og indirekte offentlige ydelser og tilskud, den forsikrede får for eksempel via sin arbejdsgiver.

I dækningsoversigten kan du se, om et mindre tab af erhvervsevnen giver ret til en delvis præmiefritagelse.

Der er først ret til præmiefritagelse, når den forsikredes erhvervsevne har været sat ned uafbrudt i det antal måneder, der står i dækningsoversigten under præmiefritagelse (karensperioden). Det er en forudsætning, at præmien betales i karensperioden. Retten til præmiefritagelse falder væk, hvis forudsætningerne for at få præmiefritagelse ikke længere er til stede, eller når dækningen ophører. Får forsikrede sin erhvervsevne så meget igen, at han/hun ikke længere har ret til præmiefritagelse, skal der betales fuld præmie igen."

Nævnet udtaler:

Det fremgår af sagen, at klageren i 1999 blev opereret for en godartet tumor i venstre side af hjernehinden. Han har efterfølgende haft styringsbesvær og føleforstyrrelser svarende til højre ankel. Den 13/11 2009 fik han et smæld i højre knæ på vej ned ad en trappe. En MR-scanning den 14/12 2009 viste en medial menisk baghornslæsion, som han blev opereret for den 22/12 2009. Han blev herefter sygemeldt den 5/2 2010 på grund af synovitis og skade på bruskskive i knæet. Grundet vedvarende smerter fik han 2 måneder efter udtømt væske fra højre knæ og frem til 18/6 2010 fik han anlagt i alt 3 intraartikulære steroidblokader. Følgerne efter operationen i 1999 har medført styringsbesvær og manglende stabilitet i højre underben, hvorfor klageren oplever hyppige vridskader. Der er tillige fundet begyndende slidgigt i højre ankelled.

Selskabet bevilligede midlertidige ydelser frem til 1/3 2013, idet det vurderede, at klagerens midlertidige erhvervsevne som antikvar og zoneterapeut var nedsat med mere end halvdelen. Selskabet har afvist klagerens krav om udbetaling for generel nedsat erhvervsevne under henvisning til, at det ikke er godtgjort, at erhvervsevnen er nedsat med mindst halvdelen.

15. 85.619

Nævnet har i sin afgørelse bl.a. lagt vægt på den neurologiske speciallægeerklæring af 10/7 2012, hvori speciallægen ikke finder øvrige skånebehov nødvendige end, at klageren ikke kan gå langt og ikke skal belastes i form af løft, når han går.

Tillige har nævnet lagt vægt på oplysningerne om, at klageren arbejder 10 timer om ugen i sin egen bogantikvarforretning, og at klageren ikke i øvrigt er arbejdsprøvet.

Nævnet har endvidere lagt vægt på ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 21/5 2013 hvoraf det fremgår, at den manglende stabilitet i højre underben er konstateret umiddelbart efter operationen i 1999, og at klageren oplever nogle gener fra venstre knæ i det daglige, men at de nuværende gener vurderes som begrænsede. Det fremgår endvidere, at der på højre underekstremitet er normal kraft på nær nedsat kraft over højre ankelled og højre 1. tå. Endelig fremgår det, at klageren har begyndende slidgigtsforandringer i højre ankelled, hvortil der kan tilbydes operation med stivgørings-indgreb.

Endelig har nævnet lagt vægt på ortopædkirurgisk speciallægeerklæring af 20/3 2012, hvoraf der om generne i højre knæ bl.a. fremgår, at klageren har smerter ved belastning og stand gennem længere tid, at der ikke er tendens til hævelse eller aflåsning, at der er let tendens til knæsvigt, og at han klarer rengøring og havearbejde. Tillige fremgår det, at der er en indskrænket bøjelighed af knæet på 5 grader og over begge fodled på 5 grader. Det fremgår endeligt, at der ikke er yderligere kirurgiske behandlingstilbud, men at patienten tilrådes fortsat træning bl.a. ved cykling.

Efter sin gennemgang af sagens lægelige akter finder nævnet ikke anledning til at kritisere, at selskabet i februar 2013 vurderede, at klagerens helbredstilstand nu er tilstrækkelig stabil, og at hans erhvervsevnetab er længerevarende. Herefter kan selskabet ifølge forsikringsbetingelserne lave en generel vurdering af klagerens erhvervsevne.

Efter sin gennemgang af sagens lægelige akter er det nævnets vurdering, at klageren ved iagttagelse af relevante skånehensyn er i stand til at varetage en række forskellige arbejdsfunktioner på nedsat tid.

16. 85.619

På denne baggrund og efter en samlet vurdering finder nævnet, at klageren ikke på det foreliggende grundlag har godtgjort, at hans generelle erhvervsevne er varigt nedsat med mindst halvdelen. Klageren har derfor ikke ret til udbetaling ved tab af erhvervsevne eller ret til præmiefritagelse efter den 1/3 2013.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand