Ankenævnet for Forsikring

Den 3. juni 2015 blev i sag nr. 86920:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Danica Pension
Parallelvej 17
2800 Lyngby

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har pensionsordning med forsikring ved tab af erhvervsevne i Danica Pension. Han klager over selskabets afslag på at yde dækning ved et anmeldt erhvervsevnetab.

Selskabet henviser til, at klagerens generelle erhvervsevne efter den 1/9 2013 ikke har været nedsat i dækningsberettigende grad.

Forsikringen giver ret til udbetaling af forsikringsydelse, såfremt den generelle erhvervsevne nedsættes til 1/3 eller mindre på grund af sygdom eller ulykke. Ved midlertidig tab af erhvervsevne er der mulighed for udbetaling af midlertidige ydelser. Forsikringen giver ligeledes ret til præmiefritagelse. Der er en karensperiode på 3 måneder.

Klageren, der er født i 1961, driver eget landbrug. Den 5/9 2011 blev han sygemeldt efter at have fået et vrid i ryggen. I skadeanmeldelsen til selskabet oplyste klageren, at han den 20/9 2011 havde genoptaget sine arbejdsfunktioner med 12 timer om ugen. Ud fra disse oplysninger bevilgede selskabet ham midlertidig præmiefritagelse og midlertidige ydelser. På selskabets anmodning, blev der den 15/5 2013 udfærdiget en speciallægeerklæring. På baggrund af denne vurderede selskabets lægekonsulenter, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat til 1/3 eller mindre, hvorfor de meddelte ham, at udbetalingerne samt præmiefritagelse ville stoppe pr. 1/9 2013. Klageren an-

meldte den 23/7 2013 til selskabet, at han havde fået et tilbagefald, hvorfor selskabet rekvirerede journaloplysninger fra klagerens egen læge. Efter fornyet vurdering fastholdt selskabet sin afgørelse.

I klageskema af 12/10 2014 til nævnet har klageren anført følgende:

> ”**1. Sagsfremstilling, kort redegørelse for sagen.**
> Ryglidelse ude af stand til at arbejde. Sagen oplyses ved speciallægeerklæring (som jeg ikke selv er enig i). NB. Ejer af eget landbrug.
>
> **2. Hvad vil De konkret opnå hos selskabet?**
> At min præmiefritagelse fortsætter uændret”.

I brev af 5/1 2015 til nævnet har selskabet bemærket følgende:

> **”Sagsforløb**
> Den 23. december 2011 modtager vi en anmeldelse og en lægeattest **(bilag B),** hvoraf det fremgår, at [klageren] er sygemeldt fra sit arbejde som landmand fra den 5. september 2011 efter at have fået et vrid i ryggen. Han oplyser, at han fra den 20. september 2011 har genoptaget nogle af hans arbejdsfunktioner med 12 timer om ugen. Ud fra disse oplysninger påbegynder vi udbetalingen ved tab af erhvervsevne og fritagelse for indbetaling, som forlænges løbende.
>
> Den 26. marts 2013 orienterer vi [klageren] om, at vi ønsker en speciallægeerklæring. Speciallægeerklæringen fra neurokirurgi … modtager vi den 21. maj 2013 **(bilag C).** På baggrund af denne vurderer to af Danica Pensions lægekonsulenter med speciale i ortopæd-kirurgi, at den generelle erhvervsevne ikke er nedsat til 1/3 eller mindre. Dette meddeler vi [klageren] i brev fra den 6. juni 2013 **(bilag D).**
>
> Den 23. juli 2013 meddeler [klageren], at han har fået et tilbagefald, og vi kan skrive til egen læge efter nye oplysninger. Den 26. august 2013 modtager vi kopi af journaloplysninger fra egen læge **(bilag E),** men det ændrer ikke vores afgørelse, og i brev fra den 18. september 2013 fastholder vi vores afgørelse **(bilag F).** Da vi kan se, at han har været til en undersøgelse den 18. september 2013, beder vi [klageren] sende oplysninger om denne Undersøgelse. Den 25. november 2013 modtager vi en patientjournal fra … **(bilag G).** Disse oplysninger giver dog ikke anledning til ændring af vores afgørelse. Dette meddeler vi [klageren] den 10. december 2013 **(bilag H).**
>
> I forbindelse med henvendelsen til Ankenævnet for Forsikring har vi den 10. december 2014 fået kopi af den speciallægeerklæring, som [klageren] har fået foretaget hos speciallæge i reumatologi … **(bilag I).**
>
> **Forsikredes klage**
> [Klageren] klager over, at Danica Pension ikke bevilger fritagelse for indbetaling og udbetaling ved tab af erhvervsevne, og ønsker at fritagelsen for indbetalingen fortsætter uændret.
>
> **Danica Pensions afgørelse**
> Til klagen kan vi anføre, at vi fastholder vores afgørelse.

…

Vi har vurderet, at [klagerens] generelle erhvervsevne er nedsat til mellem halvdelen og 1/3, men ikke til 1/3 eller mere. Danica Pensions to lægekonsulenter med speciale i ortopædkirurgi udtaler på baggrund af lægeoplysningerne, at [klageren] har en sikker degenerativ lidelse i lænden. Der er stivhed og smerter, men ingen lammelser eller nerverodspåvirkning af objektiv karakter. Han går normalt, der er normal løft af ben, og der er pæn muskelfylde på hans ben. Der er skånehensyn i forhold til tungere og foroverbøjet arbejde. [Klageren] har ansat landbrugsmedhjælp, som han kan lede og føre tilsyn med og derudover kan han klare det administrative for sine 100 malkekøer.

Til støtte for vores vurdering fremgår det af speciallægeerklæringen fra speciallæge i neurokirurgi … **(bilag C)** på side 3, at 'Begge scanninger viser aldersvarende degenerative forandringer samt regulære mindre prolapser på 3 niveauer L2, L3 og L4 diskus, alle på hø side, uden tydelig rodkompression'. Senere i samme afsnit fremgår det, at 'Han har antaget 2 medhjælpere i landbruget og selv leder og superviserer han samt passer det administrative. Han kan også hjælpe med mindre ikke rygbelastende arbejde'.

Af speciallægeerklæringen fra speciallæge i reumatologi … **(bilag I)** på side 3 under objektivt fremgår: 'Ledbevægelsesudslag for alle undersøgte led er indenfor det normalanatomisk definerede område uden begrænsninger. Der er symmetrisk muskelfylde på både OE og UE. Ved bevægelse passivt såvel som aktivt med og uden modstand findes der normale forhold uden begrænsninger nogetsteds i alle led på OE og UE'. Under konklusion på samme side fremgår det: 'Det anbefales, at patienten ikke udfører reptetive ledbevægelser eller vægtbelastende ledbevægelser af rygsøjlen og der vil utvivlsomt være et vedvarende skånebehov for ledbelastende rygfunktioner i fremtiden'.

Med de helbredsmæssige begrænsninger, der er beskrevet, er det vores vurdering, at [klageren] burde være i stand til at tjene mere end 1/3 af, hvad der er sædvanligt for raske personer med tilsvarende uddannelse og alder. Ud fra DA's lønstatistik er det vores vurdering, at en landmand med ledelse og mere end 25 års erfaring i gennemsnit tjener omkring 42.000 kroner om måneden inkl. pension. Danica Pension finder det således ikke sandsynliggjort, at [klagerens] generelle erhvervsevne er nedsat til 1/3 eller mindre.
[Klageren] gør opmærksom på, at [andet forsikringsselskab] har bevilget ham præmiefritagelse. Vi gør opmærksom på, at Danica Pension ikke er bundet af andre selskabers afgørelse. Dette fremgår også af afgørelse i AK 75.472".

Nævnet har fået forelagt sagens bilag, herunder det lægelige materiale, og et uddrag heraf vil blive gengivet i det følgende.

I svar på MR-scanning foretaget den 7/12 2011 hedder det bl.a.:

"Beskrivelse
Degeneration Th12/L1 og i de 2 øverste lumbale segmenter.
Discus L2/3 protruderer asymmetrisk foraminalt på højre side med beskeden rodkontakt til undersiden af L2-roden.
Højresidig paramedian prolaps L3/4 strækkende sig 20 mm kranielt næsten til discus L2/3. Durasækkens højre side er deformeret med tydelig rodpåvirkning.

Flad, højresidig, paramedian prolaps L4/5 med HIZ, men uden overbevisende rodpåvirkning. Højre foramen L4/5 er snævert med rodpåvirkning af L4-roden mellem anteriort rettede randudbygninger på facetleddet og discus (se serie 2/5), medens der er normale forhold foraminalt på venstre side.
Ingen forandringer i L5/S1.

Konklusion
Højresidig paramedian prolaps L3/4 med 2 cm's kraniel udstrækning.
Flad, højresidig, paramedian prolaps L4/5.
Højresidig foraminal stenose L4/5.
Højresidig foraminal prolaps/asymmetrisk protrusion L2/3, l.gr".

I epikrise af 14/12 2011 fra rygklinikken fremgår det bl.a.:

"Aktuelt
Kendt med recidiverende rygsmerter. 05.09.11 går han til kiropraktor for at få behandling for rygsmerter. Umiddelbart efter behandling får han kraftige smerter i ryggen og benene svigter under ham. Har siden da haft rygsmerter samt dødhedsfornemmelse på indersiden af hø. knæ.
Forværrende faktorer: Løft, den siddende stilling, foroverbøjning. Lindrende faktorer: Den liggende stilling og gang.

…
Objektivt
Normal ET og AT. Pt. fremtræder ikke smerteforpint. Gangen upåfaldende. Hæl og tågang i.a.
Columna: Der ses udrettet lændelordose og torakal kyfose ligesom torakalcolumna er lidt torkveret. Lige bækkenstand.
Der ses let nedsat bevægelighed ved fleksion. Fuld bevægelighed ved ekstension og sideglide.
Ved gentagne fleksioner forværres pts. symptomer i lumbalcolumna, og han har en fornemmelse af, at det vil kunne give et smæld i ryggen igen. Der er no respons ved gentagne ekstensioner og no respons på gentagne sideglide.
Perkussionstest i.a. Pos. fjederingstest Ll, L2, L3 og L4. Der er ingen ømhed ved palpation af paravertebrale muskulatur el. glutealmuskulaturen.
SLR i.a. bilat.
UE: Der er normal god kraft over hofte, knæ, ankel og tåled. Der er generelt nedsat sensibilitet på hø. femur og på indvendig side af knæet er der 10 cm langt området trækkende ned mod crus, hvor pt. har ophævet følelsessans. Distalt herfor har pt. atter normal følelsessans.
Patella-, hase-, og achillesreflekser kan ikke fremkaldes, men kun med lille udslag bilat.

Konklusion
Klinisk tegn på hø.sidig L3/L4 prolaps i overensstemmelse med MR-beskevne fund. Der er ingen radikulopati, men rodpåvirkning i form af dødhedsfornemmelse på indersiden af hø. knæ og generelt nedsat sensibilitet for berøring i hø. UE. Der er ingen tegn til cauda equina el. progredierende pareser. Pt. informeres om fund, og om den gode prognose for spontan remission og forbedring ved træning. Han instrueres i holdningskorrektion. Der udleveres en McKenziepølle, og pt. vejledes i ekstensionsøvelser med 10 rep. 5 x dagl. Der udleveres pjece 'Ondt i ryggen'.
Pt. er motiveret for konservativ behandling, og der er indikation for udarbejdelse af GOP".

I fysioterapeutisk status af 9/3 2012 hedder det:

> **"Henvisningsårsag** Konservativ beh. af:
> - protrusion L2/L3, prolaps L3-L5, samt spinalstenose
>
> **Forslag til henvisende læge**
> **Der er afprøvet forskellige fysioterapeutiske behandlingsstrategier for lindring af smerten og øge bevægelighed i lumbal columna men dette uden held. Derfor er det på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkelig med konventionel genoptræning i forhold til borgerens smerteproblematik, og der bør overvejes andre behandlingstiltag.**
>
> **Status**
> Borger har i en ca. 3 mdr.'s periode modtaget genoptræning i …. I perioden har borgeren opnået større muskelstyrke og -udholdenhed, samt udviklet coping- og bevægelsesstrategier, der samlet medfører et let øget aktivitets- og funktionsniveau.
>
> I forhold til smerter er tilstanden uforandret idet borger oplever en konstant smerte henover lænden VAS: 4-5/10. Ved pludselige bevægelser eller lette foroverbøjninger er der intermitterende lokale stik/jag caudalt og venstresidig i lumbalcolumna med VAS: 8-9/10. Disse sidstnævnte smerter er aftagende efter 2-10 min, men kan opleves flere gange dagligt. Ydermere oplever borger sensibilitetsforstyrrelse medialt på højre knæ.
> I genoptræningsperioden har borger taget 2 x panodil og 2 x iprem 2-3 gange dagligt.
> Borger udtaler at han ikke er smertemedicineret".

I svar på MR-scanning foretaget den 30/8 2012 hedder det bl.a.:

> "Sammenlignet med undersøgelse 07.12.11.
> Lavt torakalt og højt lumbalt er der uændret discusdegenerationer og protrusioner uden rodpåvirkning.
> L2/L3-niveauet viser uændret fra tidligere protrusion foraminalt mod højre, ikke sikkert ændret og uden oplagt rodpåvirkning .
> L3/L4-niveauer viser tydelig regression af den tidligere store diskusprolaps, der strakte sig op bag det meste af corpus L3. Der er nu kun en lille kraniel restprolaps med impression i durasækken, men ikke sikker påvirkning af hverken L3- eller L4-roden.
> L4/L5-niveauet viser progression, nu med en bredbaset median til højresidig paramedian diskusprolaps med kontakt til og let dislokation af højre L5-rod samt accentueret impression i durasækken. Der er uændret fra tidligere venstresidig facetledsartrose og nogen foramenstenose med mulig rodpåvirkning.
> L5/S1-niveauet viser uændret lettere discusdegeneration og facetledsartrose uden rodpåvirkning.
>
> …
> Konklusion
> L2/L3 uændret højresidig foraminær discusprotrusion uden sikker rodpåvirkning. L3/L4 veludtalt regression, nu lille højresidig paramedian restprolaps.
> L4/L5 progression med median til højresidig paramedian prolaps med mulig let L5-rodspåvirkning og uændret venstresidig foramenstenose".

I journalnotat af 30/8 2012 fra speciallæge i neurokirurgi fremgår det bl.a.:

> "Har d.d. fået udført en MR-skanning af columna lumbalis, som viser prolapsen ud for L3/L4 ascenderende type er resorberet betydeligt.

Der er en lille rest tilbage. Pt. er også i bedring hvad angår smerte men har selvfølgelig stadig behov for intensiv træning af sin lænderyg.
Jeg vil foreslå, at han skal fortsætte med dette.
Der er ikke indikation for kir. Behandling på nuværende tidspunkt".

I terapeutisk epikrise af 4/12 2012 hedder det bl.a.:

"I genoptræningsforløbet er der afprøvet adskillelige former for fysioterapeutiske behandlingsstrategier, men intet har ændret på borgerens symptomer, så fokus har i stedet været på at øge funktionsniveauet indenfor en rimelig smertegrænse. Der er hermed opnået højere funktionsniveau i form af at påbegynde lette løft (4-5 kg.), opnået større bevægelighed i ryggen, der har medført mindre rigiditet i dagligdagsbevægelser, men borger tåler stadig ikke vibrationer/bum beler uforudsete pludselige bevægelser.

Borger har stadig prikkende/stikkende fornemmelser i lænderyggen, hvor indimellem der kan forekomme smerter af jagende karakter. Han har ligeledes udstrålende fornemmelser i højre underekstremitet strammende fra lumbalcolumna".

I speciallægeerklæring af 15/5 2013 hedder det bl.a.:

"Aktuelle skade
Tidspunkt, sted, skademekanisme, opståelsesmåde, initiale symptomer og forløb, 1. lægekontakt og behandling, sygemeldinger
Den 5.9.2011 løfter han på en alm let stol og får et smertejag som et knæk i lænderyggen. Måtte straks lægge sig, knækkede sammen. Gik selv dagen efter til kiropraktor og fik 3 behandlinger med manipulation uden effekt. Lå hjemme uden at kunne arbejde (sygemeldt) i 14 dage.
Henvist til rygteam på … og har fået mange behandlinger både hos fysioterapeut og massør, øvelser af forskellig art osv. men intet har hjulpet effektivt.
Det gik lidt bedre i sommeren 2012, men der har hele tiden været daglige symptomer.
MR af lænden d. 7.12.2011 på eget initiativ samt igen d. 30.8.2012 efter ord af neurokirurg ….
Begge scanninger viser alderssvarende degenerative forandringer samt regulære mindre prolapser på 3 niveauer L2, L3 og L4 diskus, alle på hø side, uden tydelig rodkompression.
Han er vurderet af rygkirurgerne … på … H og senere … på … H. Begge finder ikke indikation for operation. Der har ikke været og der er fortsat ikke radikulære smerter men der er tilkommet et håndfladestort 'dødt' hudområde på medialsiden af hø knæ (L3 roden sv.t. L2/3 diskus).
Han har antaget 2 medhjælpere i landbruget og selv leder og superviserer han samt passer det administrative. Han kan også hjælpe med mindre ikke rygbelastende arbejde.
Der har i forløbet været to episoder med jag i lænden og forværring som minder om det første jag.

…
Nuværende symptomer (symptomer, igangværende undersøgelser og behandling)

- S.a. daglige belastningsforværrede lave mediane lændesmerter uden radikulær udstråling eller iskias. Ingen signifikant effekt af de mange behandlingsforsøg. Lidt varierende symptomer men overordnet ingen væsentlig bedring.

Nuværende funktionsniveau (hjemme, fritid, arbejde)

S.a. anført kan han ikke arbejde med rygbelastende arbejde, men er tilstede på gården, leder og superviserer, observerer og klarer det administrative. Lægger sig et par gange daglig for ryggen. Kan gå og cykle (dog ikke for mange bump). Må skifte stilling når han sidder, hvile og stå ud ved bilturen fra …. Han tager 1/2 time om at komme ud af sengen om morgenen, har besvær med at bukke sig frem og få vand i hovedet f.eks. Varmetæppe på lænderyggen samt hvile/aflastning hjælper.
Den smertestillende medicin har effekt.

Siden hvornår har tilstanden været nogenlunde som den er nu dvs. uændret
Siden starten.

Objektiv undersøgelse

…
Ryg og columna thoracolumbalis
Ben lige lange, bækken vandret, normale krumninger af columna. Nedsat bevægelighed ca 50% ved begge sidebøjninger pga smerter, virker stiv. FGA langsom og besværet til lidt under knæ med nedsat kyfosering og besværet opretning pga lændesmerter.
Let muskulær ømhed i begge lumbosakrale vinkler, men ret beskedent.

Arme
Normale somatiske og neurologiske forhold

Ben
Anæstisk område håndfladestort medialt på hø knæ og svækket hø patellarrefleks. Ellers normale neurologisk forhold uden tegn til radikulære udfald, specialt ingen quadriceps atrofi. Laseque bilat. Neg men udløser lave lændesmerter uden specifik udstråling ved 45/60 grader hø/ve.

Gang
Normal, normal hæl- og tågang, normal liniegang, Romberg neg.

Konklusion af den objektive undersøgelse
Obj findes tegn forenelig med lave lændesmerter som ikke er primært muskulære men 'indre' dvs diskogene og/eller facetledsudløste. Tegn på tidl L3 rods påvirkning (evt L4) forenelig med de foreliggende MR scanninger med mindre laterale foraminale prolapser fra L2, L3 og L4 diskus på hø side.

Konklusion
Resumé (symptomer og objektive fund)
Skadelidte er en 52-årig landmand med belastningsforværrede lændesmerter siden 5. sept 2011 hvor han løftede på en alm stol og mærkede et knæk i ryggen med smertejag. Smerterne er hindrende for rygbelastende arbejde. Han har tidl. haft et par tilfælde af kort varighed med lændehold, sidst for en del år siden.
Obj findes tegn forenelig med lave lændesmerter som ikke er primært muskulære men 'indre' dvs diskogene og/eller facetledsudløste. Tegn på tidl L3 rods påvirkning (evt IA) forenelig med de foreliggende MR scanninger med mindre laterale foraminale prolapser fra L2, L3 og L4 diskus på hø side.

Overensstemmelse

God mellem symptomer og obj. Fund og MR scanninger forenelig med lave lumbale lændesmerter af diskogen genese.

Årsagssammenhæng
Udløst af det aktuelle løft d. 5.9.2011 som efter min vurdering har udløst en af de tre diskusprolapser.

Prognose/stationærtidspunkt (mulighed for yderligere behandling og bedring, prognose)
Prognosen er varierende og uforudsigelig og spænder fra at blive rask til at blive bedre eller få forværring i form af regulær diskusprolaps med rodkompression med kirurgisk behandlingsbehov. Indtil videre er han uarbejdsdygtig som anført men arbejdsevnen kan ændre sig tilsvarende. Der kan ikke angives specifik behandling. Han er bedst tjent med at leve med det på bedst mulig måde og selv styre behandlingen og hensynet. Smerteklinik og yderligere rygteams o.l. kan ikke anbefales.
Han anbefales at forsøge nedtrapning af medicin fra fast dosering til p.n.

Varigt mén
Prognosen variabel, kan endnu ikke afgøres

Varigt erhvervsevnetab
Prognosen variabel, kan endnu ikke afgøres".

I speciallægeerklæring af 17/3 2014 hedder det bl.a.:

"**Aktuelle**
Patientens dagligdag er tydeligvis påvirket af smerterne i dagtimerne, men også med natlige smerter, som gør nattesøvnen afbrudt. Sidstnævnte påvirker ham med hensyn til udholdenhed og koncentration. Har et søvnbehov på omkring 8,5 timer. Funktionsmæssigt synes vægtbelastende opgaver svært gennemførlige og han kan kun løfte cirka 5 kg ad gangen. Løft over hovedhøjde kan maksimalt være cirka 3 kg. Er afhængig af hjælp fra sin familie til alle huslige opgaver og deltager for alle praktiske formål i intet husligt. Personlige funktioner såsom at gå i bad og tage tøj på er i det væsentligste ikke påvirket om end disse gennemføres med nedsat tempo. Har brug for hyppige hvil på grund af rygsmerter ved repetetive ledbevægelser – specielt hvis der er tale om ledbevægelser med ledbelastning. Må hvile sig dagligt og oplever sig socialt isoleret trods godt netværk.
Angiver at være afhængig af sine landbrugsarbejdere og er kun i funktion arbejdsmæssigt i cirka 2 timer, hvor arbejdsopgaverne hovedsageligt handler om ledelse og tilsynsfunktioner.

…
Objektivt

…
Ekstr.: Velperfunderede, slanke. Alle leddene gennemgået ad modum EULAR: ingen kapselsvulst nogensteds. Ledakser er overalt normale på både OE og UE. Ledbevægelsesudslag for alle undersøgte led er inden for det normalanatomisk definerede område uden begrænsninger. Der er symmetrisk muskelfylde på både OE og UE. Ved bevægelse passivt, såvel som aktivt med og uden modstand findes der normale forhold uden bebrænsninger nogensteds i alle led på OE og UE. Håndtryks-kraften vurderes som kraftfuld og egal.

Columna thoracolumbalis: naturlige krumninger og svaj. Ingen ossøs ømhed, men nogen ømhed i paravertebralmuskulaturen lumbalt. Bevægelserne i columna thoracolumbalis skønnes som moderat nedsat for lateral-fleksion på grund af smertereaktion på både venstre og højre side — dog mest udtalt på højre side. FGA omkring 50 cm. Negativ SBT men stramme hasemuskler. Lige bækkenstand og Trendelenborg's test er negativ. Negativ piriformistest. Udtalt smertereaktion ved bevægelse af lænderyggen for fleksion af lænderyggen i rygliggende stilling
Columna cervicalis: negativ foramen kompressionstest. Rotation indenfor normalområdet i cervikalcolumna. Nogen ømhed svarende til muskulaturen paracervikalt og svarende til nakkehæfterne. PNS: Dybe reflekser på OE svarende til biceps- og brachioradialis og på UE patellarreflekser, mediale hasemuskler og akillesreflekser er alle livlige og egale. Intet Babinski tåfænomen. Sensibiliteten skønnes overalt normal for spidst og stumpt på OE uden allodyni eller andre forstyrrelser. Sensibiliteten er let nedsat i området på mediale side af højre knæled.

Konklusion:
Flerårigt varende smerteproblem i bevægeapparatet på baggrund af degenerativ rygsygdom med diskusprolaps. Der synes at være god overensstemmelse mellem det af patienten angivne funktionsniveau og det ved speciallægeundersøgelsen befundne.
Det anbefales, at patienten ikke udfører repetetive ledbevægelser eller vægtbelastede ledbevægelser af rygsøjlen og der vil utvivlsomt være et vedvarende skånebehov for ledbelastende rygfunktioner i fremtiden. Prognosen synes ikke god vurderet på baggrund af det hidtidige forløb og det forhold at patienten har været meget deltagende og aktiv i sit rehabiliteringsforløb uden at bringe ham tilbage til sit habituelle funktionsniveau.
Diagnoser:
//Kompression af nerverod ved diskuslidelse i rygsøjlen// DG551 B".

Af forsikringsbetingelserne fremgår det bl.a.:

"**Dækning ved tab af erhvervsevne (invaliditet)**
§ 11. I tilfælde af forsikredes tab af erhvervsevne, berettiger forsikringen til præmiefritagelse i henhold til regulativ for præmiefritagelse og invalideydelse, for så vidt der ikke ved forsikringsaftalens indgåelse er fastsat særlige betingelser herfor, eller forsikringen er tegnet uden ret til præmiefritagelse.
Stk. 2. er forsikringen tegnet med ret til invalideydelse. Gælder Statsanstaltens regulativ for præmiefritagelse og invalideydelse.

I regulativ for præmiefritagelse og invalideydelse fremgår det bl.a.:

"**Definition af invaliditet**
§ 1. Ret til præmiefritagelse og/eller invalideydelse har den forsikrede, der på grund af sygdom eller ulykkestilfælde mister sin erhvervsevne uden at det skyldes forsæt, således at erhvervsevnen er nedsat til 1/3 eller derunder af den fulde erhvervsevne.

§ 2. Nedsættelse af erhvervsevnen, der berettiger til præmiefritagelse og/eller udbetaling af invalideydelse, foreligger, når den forsikrede ikke længere skønnes at være i stand til – bedømt under hensyn til hans nuværende tilstand, hans 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.
Stk. 2. Har den forsikrede ansættelse i fast stilling, kan tilkendelse af invaliderente gøres betinget af, at hans lønindtægt på grund af nedsættelsen af erhvervsevnen er blevet nedsat til 1/3 – eller derunder – af dens oprindelige størrelse.

...

Dokumentation

§ 4. Til vurdering af forsikredes erhvervsevne kan Statsanstalten til enhver tid forlange de oplysninger, den anser for nødvendige, herunder lægeattest på Statsanstaltens blanketter.

Præmiefritagelse og invaliderentens ikrafttræden og ophør

§ 5. Præmiefritagelse respektive udbetaling af invaliderente får virkning fra den dag, nedsættelsen af erhvervsevnen har varet uafbrudt i 3 måneder.

...

§ 7. Genvindes erhvervsevnen i en sådan grad, at forudsætningen for ydelserne ikke er til stede, genoptages præmiebetalingen, og en påbegyndt udbetaling af invaliderente ophører.

Invalidesum

§ 8. For at udbetaling af invalidesum kan finde sted, skal nedsættelsen af erhvervsevnen til 1/3 eller derunder skønnes at være af varig karakter. Det skal således være overvejende sandsynligt, at erhvervsevnen – trods lægelig behandling, omskoling, optræning eller uddannelse – er og fortsat må anses for at være nedsat til 1/3 eller derunder.

…

Hvad er invaliditet?

Den forsikringstype, der hedder invaliderente, kommer til udbetaling, hvis De mister evnen til selv at arbejde.

Hvis Deres erhvervsevne – enten på grund af sygdom eller ulykkestilfælde – bliver nedsat til 1/3 eller derunder, vil De få udbetalt invalideydelse. Invalideydelsen dækker ikke en invaliditet, der er begrænset til et bestemt fag eller fagområde, men den almene erhvervsevne.

På kort sigt kan det være vanskeligt at afgøre, om der er tale om en afgrænset faginvaliditet, og invalideydelsen vil derfor blive udbetalt. På længere sigt må spørgsmålet imidlertid afgøres. Her vil det evt. være afgørende for den fortsatte udbetaling af invalideydelsen, om De har fået tilkendt offentlig førtidspension. Der skal være tale om en førtidspension, der svarer til, at De har fået nedsat erhvervsevnen til 1/3 eller derunder. Dette fremgår af kendelse fra Revaliderings- og Pensionsnævnet. Hvis De er berettiget til invalideydelse, er det den aftalte ydelse, der bliver udbetalt. Størrelsen af det beløb, De vil få udbetalt, er altså ikke afhængig af, hvor meget De er blevet invalideret.

…

Hvordan skal invaliditet dokumenteres?

Statsanstalten vil meddele Dem, hvilke yderligere oplysninger vi skal bruge for at vurdere Deres erhvervsevne. Der vil normalt være tale om lægeattest på Statsanstaltens blanket, som De skal sende til Statsanstalten.

Hvornår kommer invalidesummen til udbetaling?

Den forsikringstype, der hedder invalidesum, kommer til udbetaling efter 1 år, hvis:

- erhvervsevnen er 1/3 eller derunder
- erhvervsudygtigheden skønnes varig
- den forsikrede er i live på årsdagen for invaliditetens indtræden.

De skal være opmærksom på, at udbetalingen af invalideydelsen fra Statsanstalten kan få indvirkning på størrelsen af de sociale ydelser, De evt. ellers ville få, f.eks. sygedagpenge og førtidspension".

Nævnet udtaler:

Klageren, der er født i 1961 og driver eget landbrug, blev den 5/9 2011 sygemeldt efter at have fået et vrid i ryggen. Den 20/9 2011 havde han genoptaget sine arbejdsfunktioner med 12 timer om ugen. Selskabet bevilgede ham midlertidig præmiefritagelse og midlertidige ydelser. Selskabet vurderede senere, at klagerens generelle erhvervsevne ikke var nedsat til 1/3 eller mindre, hvorfor de stoppede udbetalingerne samt præmiefritagelse pr. 1/9 2013. Klageren anmeldte den 23/7 2013, at han havde fået et tilbagefald, hvorfor selskabet rekvirerede journaloplysninger fra klagerens egen læge. Efter fornyet vurdering fastholdt selskabet sin afgørelse.

Af fysioterapeutisk status af 9/3 2012 fremgår bl.a., at patienten i sit genoptræningsforløb har opnået større muskelstyrke og -udholdenhed samt udviklet coping- og bevægelsesstrategier, der samlet medfører et let øget aktivitetsniveau, men at tilstanden i forhold til smerteniveauet er uforandret, idet klageren oplever konstante smerter henover lænden VAS: 4-5/10. Fysioterapeuten oplyser, at patienten tager panodil og ipren mod smerterne, men at han ikke ellers er smertemedicineret.

I journalnotat af 30/8 2012 fremgår bl.a., at han "har d.d. fået udført en MR-scanning af columna lumbalis, som viser prolapsen ud for L3/L4 ascenderende type er resorberet betydeligt. Der er en lille rest tilbage. Pt. er også i bedring hvad angår smerte. Men har selvfølgelig stadig behov for intensiv træning af sin lænderyg".

Af terapeutisk epikrise af 4/12 2012 fremgår bl.a., at der i genoptræningsforløbet er afprøvet adskillelige former for fysioterapeutiske behandlingsstrategier, men at intet har ændret på patientens symptomer. Fysioterapeuten udtaler, at der er opnået højere funktionsniveau i form af at påbegynde lette løft (4-5 kg.), og opnået større bevægelighed i

ryggen, der har medført mindre rigiditet i dagligdagsbevægelser, men at patienten fortsat ikke tåler vibrationer/bump eller uforudsete pludselige bevægelser.

I speciallægeerklæring af 15/5 2013 anføres bl.a., at "begge scanninger viser aldersvarende degenerative forandringer samt regulære mindre prolapser på 3 niveauer L2, L3 og L4 diskus, alle på højre side, uden tydelig rodkompression. Ved den objektive undersøgelse af ryg og columna thoracolumbalis finder lægen "nedsat bevægelighed ca. 50% ved begge sidebøjninger pga. smerter, virker stiv. FGA langsom og besværet til lidt under knæ med nedsat kyfosering og besværet opretning pga. lændesmerter. Let muskulær ømhed i begge lumbosakrale vinkler, men ret beskedent". Det oplyses, at klageren har antaget 2 medhjælpere i landbruget, og at selv leder og superviserer samt passer det administrative. Han kan ifølge erklæringen også hjælpe med mindre, ikke rygbelastende arbejde. Lægen konkluderer, at de objektive tegn findes forenelige med lave lændesmerter, som ikke er primært muskulære men 'indre' dvs. diskogene og/eller facetudløste. Lægen udtaler, at prognosen er varierende og uforudsigelig og spænder fra at blive rask til at blive bedre eller få forværring i form af regulær diskusprolaps med rodkompression med kirurgisk behandlingsbehov. Indtil videre er klageren uarbejdsdygtig men arbejdsevnen kan ændre sig tilsvarende. Der kan ikke angives specifik behandling. Han er bedst tjent med at leve med det på bedst mulig måde og selv styre behandlingen og hensynet. Smerteklinik og yderligere rygteams o.l. kan ikke anbefales.

Af speciallægeerklæring af 17/3 2014 fremgår bl.a., at patientens dagligdag tydeligvis er påvirket af smerterne i dagtimerne men også med natlige smerter, som gør nattesøvnen afbrudt. Lægen oplyser, at patienten angiver at være helt afhængig af sine landbrugsmedarbejdere og at han kun er i funktion arbejdsmæssigt i cirka 2 timer, hvor arbejdsopgaverne hovedsageligt handler om ledelse og tilsynsfunktioner. Nævnet har også lagt vægt på, at lægen finder, at "ledbevægelsesudslag for alle undersøgte led er inden for det normalanatomisk definerede område uden begrænsninger, at der er symmetrisk muskelfylde på både OE UE, og at der ved bevægelse passivt, såvel som aktivt med og uden modstand findes normale forhold uden begrænsninger nogetsteds i alle led på OE og UE. Lægen konkluderer, at der er tale om et flerårigt varende smerteproblem i bevægeapparatet på baggrund af degenerativ rygsygdom med diskusprolaps, og anbefa-

ler at patienten ikke udfører repetetive ledbevægelser eller vægtbelastende ledbevægelser af rygsøjlen. Det noteres slutteligt, at der utvivlsomt vil være et vedvarende skånebehov for ledbelastende rygfunktioner i fremtiden. Prognosen skønnes ikke god.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet - navnlig med henvisning til lægeerklæringerne af 15/5 2013 og 17/3 2014 - at måtte lægge til grund, at klageren har betydelige smerter, at hans tilstand endnu kan udvikle sig såvel i positiv som i negativ retning, og at han ikke kan udføre repetetive ledbevægelser eller vægtbelastende ledbevægelser af rygsøjlen. Nævnet må endvidere lægge til grund, at klageren kan lede og supervisere arbejdet på sit landbrug samt udføre administrative opgaver og andet ikke rygbelastende arbejde. På den baggrund og henset til, at klageren har egen virksomhed og ikke er blevet arbejdsprøvet, finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hans generelle erhvervsevne er nedsat i en sådan grad, at han har et erhvervsevnetab, der udgør 2/3 eller derover.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Marianne Højgaard Pedersen
formand