Den 6. april 2016 blev sag nr. 88678:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Forsikringsselskabet Vejle Brand af 1841 g/s
"Gormsgård"
Gormsgade 2
7100 Vejle

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har tegnet ulykkesforsikring hos Forsikringsselskabet Vejle Brand af 1841 g/s. Han klager over, at selskabet har afvist at yde dækning for et anmeldt ulykkestilfælde.

Forsikringen dækker ulykkestilfælde, der medfører en méngrad på mindst 10 %.

Klageren kræver i første række, at der indhentes en ny speciallægeerklæring til brug for fastsættelse af méngraden. I anden række kræver han, at méngraden fastsættes til 10 %.

Selskabet har afvist at yde dækning med henvisning til, at klagerens méngrad som følge af ulykkestilfældet er under 10 %.

Klageren har i tillæg til skadeanmeldelsen anført:

> "Vedr. skadesanmeldelse den 4. januar 2012,
>
> I forbindelse med oprydning i vores private hjem onsdag den 4. januar 2012, kom jeg til skade med min ryg. Jeg skulle løfte en flyttekasse ned fra øverste hylde i vores værksted. Reolerne i værkstedet er omkring 2 meter høje. Flyttekassen var fyldt med studiebøger og mapper. Jeg rakte begge arme op for at nå, men får alligevel ikke ordentlig fat omkring hele kassen. Jeg kommer derfor i ubalance og med flyttekassen i strakte

arme laver jeg et knæk bagover i ryggen. Jeg får et voldsomt smæld i lænden og falder ned på gulvet sammen med flyttekassen.

Jeg var herefter sygemeldt 4 arbejdsdage. Efterfølgende havde jeg meget ondt lænden og ned i benene. Til sidste blev det så slemt, at jeg ikke kunne gå korrekt, da mit ene ben begyndte at slæbe efter, da jeg ikke ordentligt kunne løfte det. Jeg søgte læge tirsdag d 28/8-12 og blev herefter sygemeldt og akut henvist til [Privathospital] mhp. udredning og behandling. Jeg blev scannet d. 3/9-12 og de fandt to diskusprolapser nederst i lænderyggen. Jeg blev derfor opereret d. 24/9 på [Privathospital]. Jeg har efterfølgende været sygemeldt t.o.m. 5/11-12 og er fortsat i et genoptræningsforløb."

Af journalnotat fra rygambulatorium af 12/5 2009 fremgår bl.a.:

"Afsendt: 12.05.2009 kl. 14:21

Afsender: [Sygehus], Rygcentret, AMB

Første besøg: 14.01.2009 kl. 08:00
Sidste besøg: 06.05.2009 kl. 11:00
...
Ambulant notat
Møder til planlagt kontrol
Aktuelt
Pt. får gennemgået sin MR-skanning af columna lumbalis og af sacroiliacaleddene. Resultat af dette er at der er ikke tegn på inflammatorisk sygdom i bækkenleddene, samt at der spinalstenose niveau L4/L5 grundet en prolaps, samt korte pedikler.
Vi snakker om at rygkirurgi ikke er indikeret eftersom pt. ikke har symptomer på spinalstenose eller discusprolaps. Derudover at det er mest sandsynligt at pt. vil have gavn af relevant rygtræning."

Af journalnotat fra rygambulatorium af 6/8 2009 fremgår bl.a.:

"Afsendt: 06.08.2009 k1.11:23

Afsender: [Rygcentret], AMB
...
Ambulant notat
Pt. møder til opfølgende ambulant kontrol efter at have trænet rygtræning siden maj måned 09.
Aktuelt
Fortæller at han har det meget bedre nu. I den sidste måned har han kun meget sjældent haft smerter i højre balde og ned i højre fod. Det er kun sket hvis han har knoklet med hårdt fysisk arbejde. Den sidste måned har han heller ikke taget smertestillende medicin eller haft nogen sygedage.
...
Da pt. har været næsten symptomfri den sidste måned og da han er kommet i gang med rygtræning afsluttes han herfra [Rygcenter]"

Af journalnotat fra klagerens egen læge af 21/12 2010 fremgår bl.a.:

> "21.12.10 [Egen læge]
> Hold i lænden. Kiropr. finder aflåst SI-led. Hvis han skal have 'henvisning' til kirop. via Sundhedsforsikr., må dette notat bruges."

Af henvisning fra klagerens egen læge til privathospital af 28/8 2012 fremgår bl.a.:

> "28.08.12
> ...
> Kan ikke støtte over på hø ben.
> Tiltagende rygsm. med udstråling til hø balle og crus inkl anklen siden årsskiftet med udtalt forværring gennem de sidste 2-3 mdr. Kollegaer har udtalt at pt går mere og mere skævt - overkrop mod ve. Arbejder som [håndværker] og der er udtalt risiko for at pt er arbejdstruet."

Af journalnotat af 3/9 2012 i anledning af en MR-undersøgelse af klageren fremgår bl.a.:

> "03-09-2012 beskrivelse,…
> MR UNDERSØGELSE AF COLUMNA LUMBALIS
> ...
> BESKRIVELSE
> Diskusdegeneration (reduceret discustykkelse, nedsat vandindhold) af L4/5/S1 samt af Th11/12. Conus medullaris er normal. Knoglemarven er normal. Tværsnit viser: L5/S1: Højresidig paramedian discusprolaps, der trykker på højre S1 rod. L4/5: Højresidig paramedian discusprolaps, der trykker på højre L5 rod. Durasækken er komprimeret fra højre side.
> L3/4: Normalt fund.
> Th11/12: Venstresidig paramedian discusprolaps, der går cranielt bag Th11 påvirkende venstre Th11 rod.
>
> KONKLUSION
> Tre diskusprolapser"

Af operationsnotat fra privathospital i forbindelse med, at klageren den 24/9 2012 blev opereret for to diskusprolapser, fremgår bl.a.:

> "PROCEDURE
> ...
> Fjerner en del trævlet væv og får efterhånden taget trykket af prolapsen. Diskusen med ret udtalte degenerative forandringer.
> ...
> Herefter går man ned på niveauet under og foretager samme procedure. Her findes der degenerativ, hård diskus med hård protrusion, som efterhånden og udtømmes og der fjernes en del degenerativt væv fra diskus. Herefter trimmes diskus med stansetang. Der opnåes god plads til nerveroden."

Af neurologisk speciallægeerklæring af 28/2 2013 fremgår bl.a.:

> "Nuværende
> *Tidligere relevante symptomer:* [Klager] havde en periode med lændesmerte fra 2006 hvor der var ikke-radikulære symptomer. Ifølge egen læges journal klagede [Klager] i juli 2007 over smerte i begge ben, hele vejen ned. Lægens vurdering var, at der var tale om myoser. Der blev (fremgår ikke af sagsakterne, oplyses af [Klager] i dag) udført MR-skanning af lænderyggen i [Sygehus]. Denne skal have vist diskusprolaps i lænderyggen. Efter konservativ behandling svandt symptomerne. I 2008 var der fortsat gener fra højre ben og [Klager] blev kasseret på session. Efter øvelsesforløb og behandling ved kiropraktor blev [Klager] smertefri, men har i flere år før aktuelle haft dropfodstendens.
> *Aktuelle skade*: 4.1.2012 løftede [Klager] en tung kasse ned fra øverste hylde på reol i værksted. Han kom herved ud af balance med flyttekassen i strakte arme, bøjede sig kraftigt bagover og faldt ned på gulvet idet han følte et voldsomt smæld i lænden. Herefter havde han brændende smerte i lænderyggen. [Klager] gik ind og lagde sig og var sygemeldt i de følgende 4 dage, hvorefter han havde det så meget bedre at han kunne genoptage arbejdet. Der var ikke lægekontakt i forbindelse med skaden. Rygsmerten nævnes første gang i egen læges journal d. 28.8.2012:'"...tiltagende rygsm med udstråling til hø balle og crus inkl anklen siden årsskiftet med udtalt forværring gennem de sidste 2 - 3 mdr.
> ...
> **Funktionsniveau**
> *Arbejde:* På grund af aktuelle klager er [Klager] på arbejdet omplaceret til funktion, hvor han ikke har rygbelastende arbejde. Han var tidligere kørende servicemontør, hvor han monterede ... mv. Han er nu omplaceret til fabriksarbejde, hvor der er mange hjælpemidler, så han kan undgå arbejde i rygbelastende arbejdsstillinger og tunge løft. [Klager] har særligt vanskeligt ved stående arbejde, arbejde stående på stige eller i hugsiddende.
> *Fritid:* [Klager] kan ikke løfte sin 2-årige datter. Han plejer at løbe 5 km ca. 3 gange om ugen i perioden hvor det ikke er glat føre. Siden pause fra november 2011 har [Klager] ikke været i stand til at genoptage løb i foråret 2012, som han normalt ville have gjort. [Klager] udfører havearbejde som græsslåning og udfører rengøring i hjemmet i form af gulvvask og støvsugning.
> ...
> **Konklusion**
> Der har været forud bestående tegn til degenerative forandringer i lænderyggen og tidligere konservativt behandlet lumbal diskusprolaps, verificeret ved MR-skanning. [Klager] har i årene forud for aktuelle skade haft dropfodstendens. [Klagers] beskrivelse af brosymptomer fra aktuelle skade til forværring af rygsmerte fra maj-juni 2012 er forenelig med, at skaden d. 4.1.2012 har været medvirkende årsag til forværring i tilstanden 4 - 5 mdr. senere. Skaden kan ikke regnes som eneste årsag til forværringen, som var grundlaget for operation for lumbal diskusprolaps d. 24.9.2012. En væsentlig del af årsagsgrundlaget herfor udgøres af følger efter tidligere lumbal diskusprolaps og degenerative forandringer i lænderyggen med påvirkning af funktionen i UE."

Klageren har i mail af 17/3 2013 til selskabet bl.a. anført:

> "Der er står i speciallægeerklæringen, at jeg har i årene forud for ulykken haft dropfods tendens. Jeg har dog aldrig haft dropfods tendens inden ulykken i 2012. Der er heller ikke notater fra min egen praktiserende læge, som beskriver dropfods tendens inden ulykken 2012."

Selskabet afviste skaden ved brev af 23/4 2013.

Klageren har i klageskemaet af 12/11 2015 anført:

"**Sagsfremstilling**
Den 4. januar 2012 var Forsikrede ude for en ulykke i hjemmet, hvor han kom til skade med ryggen, jf. bilag 1. På baggrund af tiltagende smerter, blev Forsikrede henvist til MR-scanning, hvor det blev konstateret, at Forsikrede havde pådraget sig tre diskusprolapser, jf. bilag 2, side 1. Efter henvisning fremsendt 28. august 2012, jf. bilag 3, og MR-scanning foretaget 3. september 2012, blev diskusprolapserne behandlet med kirurgi den 24. september 2012, jf. bilag 2, side 3. Som det fremgår af bilag 3, side 1 vurderes Forsikredes tilstand at være kritisk, da denne efter lægens vurdering har 'udtalt risiko for at være arbejdstruet'. Tilstandens alvor understreges ligeledes af, at Forsikrede bliver MR-scannet og opereret inden en måned fra henvisning herom.
Operationen afhjalp ikke de smerter Forsikrede havde pådraget sig i forbindelse med ulykken, hvorfor Forsikrede - af Forsikringsselskabet - blev henvist til en speciallæge, for at vurdere, hvorvidt Forsikrede var berettiget til erstatning. Speciallægeerklæring er vedlagt som bilag 4.
Speciallægeerklæringen var baseret på ukorrekte - og manglende - oplysninger, hvilket Forsikrede gjorde Forsikringsselskabet opmærksomme på. Korrespondancen er vedhæftet som bilag 5.

Til trods for,
at de konkrete, væsentlige fejl samt manglende oplysninger i speciallægeerklæringen blev påpeget overfor Forsikringsselskabet og
at Selskabet bl.a. lægger de lægelige oplysninger til grund for vurderingen af méngraden, fastholdte Selskabet afslaget på erstatning, jf. bilag 5d.

Forsikringen, som Forsikrede var dækket af på skadestidspunktet, yder erstatning for varigt mén, hvis méngraden er 10% eller mere. Med henvisning til Arbejdsskadestyrelsens Méntabel fastsatte Forsikringsselskabet méngraden til 10%, jf. bilag 5b, side 1, andet sidste afsnit. På baggrund af forudbestående forhold, anslog Forsikringsselskabet, at det aktuelle ulykkestilfælde maksimalt kunne tilskrives 50% af méngraden. Dette til trods for, at Forsikrede tilbage i 2009 - 3 år forud for nærværende ulykke - blev erklæret rask/symptomfri, for den skade som Forsikringsselskabet henviser til som værende forudbestående jf. bilag 6.

En nærmere gennemgang af hændelsesforløbet samt de ukorrekte og manglende oplysninger er vedlagt denne klage.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
At méngraden fastsættes på baggrund af en ny speciallægeerklæring, idet den pågældende speciallægeerklæring er behæftet med så væsentlige fejl og mangler, at den ikke kan danne grundlag for en korrekt beregning af méngraden.

Subsidiært, at méngraden som angivet af Forsikringsselskabet fastsættes til 10% uden reduktion på baggrund af tidligere skade, idet der ikke foreligger årsagsforbindelse mellem den tidligere skade - hvor symptomerne var ophørt tilbage i 2009 - og skaden der blev pådraget i 2012.

Vi mener ikke, at sagen bør rejses hos Arbejdsskadestyrelsen før der foreligger en sandfærdig og troværdig speciallægeerklæring. Derudover er der ikke tale om en arbejdsskade eller et spørgsmål om erstatningens størrelse, men et spørgsmål om beregning af méngraden og grundlaget for beregningen heraf."

Klageren har til tillæg til klageskemaet bl.a. anført:

"**Uddybet hændelsesforløb omkring Forsikredes ryg:**

2006: Første kontakt til egen læge pga. lændesmerter. Smerterne blev vurderet som værende 'almindelige' lændesmerter og Forsikrede fik udskrevet smertestillende. Se bilag 7.

2007: Kontakt til egen læge pga. smerter i begge ben. Blev af egen læge tolket som myoser.

2008: Kasseret til session. Ingen diagnose.

2009: Primo 2009 blev der foretaget MR-scanning på [Rygcenteret]. Scanningen viste enkelt diskusprolaps på L4/L5. Rygkirurgi var ikke aktuelt, da Forsikrede ikke havde symptomer på spinalstenose eller diskusprolaps. I august blev Forsikredes forløb afsluttet hos Rygcenteret, idet Forsikrede betragtedes værende symptomfri. Som det fremgår af den objektive vurdering, er der ingen smerter og disse fremkaldes heller ikke, jf. bilag 6.

2012: Primo 2012 kom Forsikrede til skade med ryggen og blev sygemeldt i 4 dage. Forsikrede genoptog arbejdet, men med tiltagende smerter. Ultimo august tog Forsikrede til lægen pga. tiltagende smerter. Forsikrede blev akut sygemeldt pga. kraftig mistanke om lumbal diskusprolaps. MR scanning viste tre diskusprolapser: L4/L5/ S1/ Th11/ Th12. Inden udgangen af september var Forsikrede opereret herfor. Da Forsikrede - efter 9 uger - vender tilbage til arbejdet, blev denne omplaceret til fabrik med hjælpemidler og mere skånsomt arbejde.

2013: [Rygspecialist] - fra [Privathospital] oplyste, at Forsikrede ikke vil kunne være [håndværker] resten af livet pga. skaden og følgevirkningerne heraf. Forsikrede påbegyndte derfor [boglig uddannelse], for at skabe mulighed for et mindre rygbelastende arbejde.

2014/2015: Forsikrede har nedsat bevægelse og følelse i højre ben, hvilket fysisk begrænser Forsikrede i de daglige gøremål og i sit arbejde, til trods for, at Forsikrede er blevet omplaceret på arbejde for at skåne ryggen og at familien har omlagt deres hverdag, samt skaffet hjælp/hjælpemidler til dagligdagen.
Forsikrede tager dagligt smertestillende.

Fejl og mangler i speciallægeerklæringen:
Speciallægeerklæringen udarbejdet af [Speciallæge i neurologi] er, udover ikke at være udarbejdet på baggrund af det samtlige journalmateriale (herunder journal fra [Rygcenter] der tidligere har haft Forsikrede i behandling) behæftet med væsentlige fejl.

Det fremgår af speciallægeerklæringen:

> *'I følge egen læges journal klagede [klager] i juli 2007 over smerter i begge ben, hele vejen ned. [...] Der blev (fremgår ikke af sagsakterne, oplyses af [klager] idag) udført MR-scanning af lænderyggen i [Sygehus]. Denne skal have vist diskusprolaps i Lænderyggen. Efter konservativ behandling svandt symptomerne. I 2008 var der fortsat gener fra højre ben og [klager] blev kasseret på session. Efter øvelsesforløb og behandling ved kiropraktor blev [klager] smertefri, men har i flere år før aktuelle haft dropfodstendens. [...] Konklusion: Der har været forud bestående tegn til degenerative forandringer i lænderyggen og tidligere konservativt behandlet lumbal diskusprolaps, verificeret ved MR-scanning. [Klager] har i årene forud for aktuelle skade haft dropfodstendens*.'

Til trods for ovenstående konklusion, fremgår det hverken af journalmaterialet fra [Rygcenter] eller fra Forsikredes egen læge, at denne skulle have haft dropfodstendens forud for den pågældende ulykke, ligesom at diskusprolaps ikke har været på tale før 2009. Det er bekymrende, at [Speciallæge] drager en konklusion omkring en tidligere skade - og behandling heraf - uden at have været i besiddelse af journalmaterialet.

Det fremgår af journalmaterialet fra [Rygcenter] - bilag 6 - at Forsikrede blev MR scannet i januar 2009, at det ikke var nødvendigt med operation og at Forsikrede gennem rygtræning og fysioterapi blev behandlet for sin lumbale diskusprolaps, hvorefter forløbet blev afsluttet, da:

> '.. *han har det meget bedre nu. [...] Den sidste måned har han heller ikke taget smertestillende medicin eller haft nogle sygedage. [...] Højre strakt benløfttest går ca. 30 grader og stoppes af hasemuskelstramning, men reproducerer ikke længere patientens tidligere glutealsmerter. [...] Da pt har været næsten symptomfri den sidste måned og da han er kommet i gang med rygtræning afsluttes han herfra [Rygcenter]*'.

Som det fremgår af journalen fra [Rygcenter] fremkaldes der ikke længere smerter og Forsikredes behandlings-/træningsforløb blev afsluttet. Der er således intet der understøtter, at Forsikrede efter genoptræning i 2009, skulle have haft degenerative forandringer i lænderyggen eller dropfodstendens efter den tidligere lumbale diskusprolaps. Det er således ikke korrekt, at Forsikrede skulle have haft dropfodstendens før ulykken 04.01.2012. Dropfodstendens nævnes første gang i forbindelse med konsultation på [Privathospital] - altså efter ulykken - og er heller ikke tidligere nævnt i hverken erklæring fra egen læge eller fra [Rygcenter] før ulykken.

Som det fremgår af skadesanmeldelsen fra 2012 - bilag 1 - gik Forsikrede til lægen, da smerterne blev så stærke, at

> *'.. (han) ikke kunne gå korrekt, da mit ene ben begyndte at slæbe efter, da jeg ikke ordentligt kunne løfte det'.*

De tiltagende smerter og bevægelseshæmning i benet gjorde udslaget for, at Forsikrede kom til lægen - og herefter scannet og opereret indenfor en måned. Dette samt journalmaterialet fra egen læge - bilag 7 - understøtter at der ikke tidligere skulle have været dropfodstendens samt at der tilbage i 2006/2007 alene har været tale om 'almindelige' lændesmerter.

Det fremgår af speciallægeerklæringen, at Forsikrede kan udføre både havearbejde som græsslåning og rengøring i hjemmet i form af både støvsugning og gulvvask. Hertil skal det bemærkes, at Forsikrede har skaffet sig hjælpemidler til disse opgaver i form af såvel havetraktor som robotstøvsuger og vinduespudser, ligesom det må understreges - og som det også blev nævnt til undersøgelsen - at Forsikrede ikke kan udføre dette uden tiltagende smerter. Forsikrede kan hverken bære eller løfte sine mindre børn uden rygsmerter. De oplysninger der er lagt til grund for Speciallægeerklæringen er således ukorrekte, hvorfor der må stilles spørgsmål ved, om mergraden er udregnet korrekt.

På baggrund af ovenstående må det således konkluderes, at Vejle Brands afgørelse i sagen er truffet på et forkert grundlag og derfor ikke kan lægges til grund for beregning af méngraden.

Derudover findes der ikke at være kausalitet mellem de to skader, som Forsikringsselskabet henviser til, idet:

- at første skade vedrørte et langt mindre område af ryggen, hvorfra der var smerter/gener
- at der først efter skaden i 2012 har været tale om operation, hvorimod der tidligere har været tale om henholdsvis 'almindelige' lændesmerter og problemer der kunne afhjælpes med fysioterapi og træning
- at rygspecialister fra [Rygcenter] tilbage i 2009 afsluttede Forsikrede som værende symptomfri og hvor der ikke længere blev fremkaldt smerter
- at der er gået 3 år fra Forsikrede blev symptomfri til den nye skade indtrådte - og at sikrede i denne periode har været sygdomsfri, hvilket bl.a. understøttes af, at Forsikrede netop i denne periode byggede parrets nuværende bolig

Der er med skaden pådraget ved ulykke i 2012 således ikke tale om en ménforøgelse, men om en ny skade og dertilhørende pådraget méngrad, hvorfor méngraden ikke skal reduceres på baggrund af tidligere - ikke eksisterende eller dokumenteret - skade.

På baggrund af Arbejdsskadestyrelsens méntabel vurderes det, at Forsikredes méngrad ikke er under 12%."

Selskabet har i brev af 23/11 2015 til nævnet bl.a. anført:

"I vurdering af 23.04.2013 er som begrundelse anført:

'Det fremgår af speciallægeerklæringen, at der har været 'forudbestående tegn på degenerative forandringer i lænderyggen og tidligere konservativt behandlet lumbal diskusprolaps...

Videre fremgår det, at 'En væsentlig del af årsagsgrundlaget udgøres af følger af tidligere lumbal diskusprolaps og degenerative forandringer i lænderyggen med påvirkning af funktionen i UE' (benene)'.

Dette medfører, at den aktuelle skade maksimalt kan tilskrives 50 % af den samlede méngrad, som vurderes i overensstemmelse med Arbejdsskadestyrelsens méntabel til 10 %, jfr. pkt. B.1.3.3, altså en méngrad på 5 %.

Klagers ulykkesforsikring gav på skadetidspunktet mulighed for ménerstatning, hvis følgerne efter et ulykkestilfælde var 10 % eller mere."

Af policen fremgår bl.a.:

"Méngrad på under 10% berettiger ikke til erstatning."

I forsikringsbetingelserne hedder det bl.a.:

"**2. Hvad dækker forsikringen?**

2.1 Forsikringen dækker følger af ulykkestilfælde sket i forsikringstiden.

2.2 Ved ulykkestilfælde forstås en tilfældig, af den forsikredes vilje uafhængig, pludselig, udefra kommende indvirkning på legemet med en påviselig legemsbeskadigelse til følge

...

3. Hvad dækker forsikringen ikke?

3.1 Følger af ulykkestilfælde, hvis hovedårsag er bestående sygdomme eller latente sygdomsanlæg.

...

13. Erstatning ved varigt mén

13.1 Hvis et ulykkestilfælde, der er dækket af forsikringen, bevirker, at den forsikrede bliver varigt invalideret, betales erstatning med så mange procent af forsikringssummen, som invaliditeten (=méngraden) er fastsat til. Forsikringssummen fremgår af policen.

13.1.1 Méngraden fastsættes på et rent medicinsk grundlag, uden hensyn til en eventuel nedsættelse af erhvervsevnen, tilskadekomnes specielle erhverv eller andre individuelle forhold.

13.1.2 Méngraden fastsættes på grundlag af de lægelige oplysninger og i overensstemmelse med den méntabel Arbejdsskadestyrelsen benytter på skadetidspunktet.

13.1.3 Hvis méngraden ikke direkte kan fastsættes efter Arbejdsskadestyrelsens méns-tabel, fastsættes den tilskadekomnes medicinske méngrad på baggrund af den fysiske funktionshæmning.

13.1.4 Arbejdsskadestyrelsens ménstabel kan ses på www.ask.dk.

13.2 Méngrad på under 10% berettiger ikke til erstatning, og méngraden for følger af samme ulykkestilfælde kan ikke overstige 100%.

13.3 Der betales ikke erstatning for en før ulykkestilfældet bestående invaliditet, og en sådan kan ikke bevirke, at invaliditeten ansættes højere, end hvis den forsikrede før ulykkestilfældet havde sin fulde førlighed.

Ved skade på parvise organer medfører dette, at méngraden uanset forudbestående invaliditet fastsættes, som om der alene foreligger invaliditet på det senest beskadigede organ."

Nævnet har fået forelagt sagens bilag.

10. 88678

Nævnet udtaler:

Klageren anmeldte den 11/9 2012, at han den 4/1 2012 var udsat for et ulykkestilfælde, som medførte to diskusprolapser. Det fremgår af anmeldelsen, at klageren fik ubalance og et knæk bagover i ryggen, da han skulle løfte en tung flyttekasse ned fra en reol i ca. 2 meters højde. Forsikringen dækker ulykkestilfælde, der medfører en méngrad på mindst 10 %.

Efter en gennemgang af sagen – herunder det lægelige materiale – finder nævnet at måtte lægge til grund, at klagerens ryggener til dels må tilskrives klagerens forudbestående ryglidelse. Nævnet finder på denne baggrund ikke grundlag for at kritisere, at selskabet har fastsat klagerens méngrad til under 10 %.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren forud for ulykkestilfældet gennem flere år havde været generet af rygsmerter, og i 2009 var blevet diagnosticeret med en diskusprolaps. At klageren havde været gennem en symptomfri periode inden hændelsen den 4/1 2012 kan efter nævnets opfattelse ikke føre til andet resultat.

Herefter, og idet nævnet ikke har fundet grundlag for at pålægge selskabet at indhente en ny speciallægeerklæring eller for sit vedkommende har fundet anledning til at forelægge spørgsmålet for Arbejdsskadestyrelsen,

b e s t e m m e s :

Klageren får ikke medhold.

Peter Thønnings