Ankenævnet *for* Forsikring

Den 3. juli 2018 blev i sag nr. 91732:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

LB Forsikring A/S
Farvergade 17
1463 København K

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har ulykkesforsikring. Hun klager over størrelsen af den erstatning, som selskabet har udbetalt i anledning af et anmeldt ulykkestilfælde. I klageskema af 21/12 2017 til nævnet har klageren bl.a. anført:

> "**Sagsfremstilling**
> *Supplerende redegørelse kan evt. vedhæftes som bilag.*
> Efter et overfald i 2010 blev jeg førtidspensioneret og mistede over to tredie del af min arbejdsevne.
> Udover de fysiske skader har overfaldet og dennes konsekvenser forvoldet væsentlige psykiske skader. LB har mellem 2014 og 2017 afvist at dække den fysiske skade. I stedet mente LB, at jeg allerede inden overfaldet var psykisk skadet og socialt belastet, – vel at mærke uden dokumentation for påstanden. LB har bedt AES om vejledende udtalelse. Først efter at AES 3. gang kiggede på sagen, og først i 2017 januar at det gik op for lægekonsulentene hos AES, at jeg har været udsat for direkte vold og at der derfor må være påregnelig psykisk skade. Den samme lægekonsulent nåede frem til at der manglede psykiatrisk lægeerklæring vedrørende den psykiske skade, samt at der ikke fandtes i sagen dokumentation for, at jeg inden overfaldet havde lidt af psykiske gener. Jeg blev sendt til PTSD klinikken i …, hvor der blev udfærdiget en psykiatrisk speciellægeerklæring i maj 2017. På baggrund af denne erklæring samt en anden psykiatrisk udtalelse fra en psykiater nåede AES frem til i sin vejledende udtalelse af 12.06.17, at min samlede aktuelle psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet i 2010. Herefter foretog AES en vurdering, dog rettede sig dokumenterbart ikke sin egen konklusion og kun behandlede en mindre del af den psykiske skade. Herefter foretog de også fradrag i den samlede méngrad skønt det fremgår af erklæringen, at evt. sammenlappende symptomer forstærker hinanden. Skønt det fremgår ganske tydeligt af sagens elektroniske ark, at ikke den samelede psykiske tilstand blev vurderet, ønsker AES ikke at forelægge sagen på ny lægekonsulenterne. Forsikringsselskabet ønsker selvfølgelig ikke kigge på sagen, når AES ikke vil genoptage sagen.

Hvad vil du konkret opnå hos selskabet?
Jeg vil gerne opnå fuld erstatning for den aktuelle psykiske tilstand uden fradrag, idet når der er tale om sammenlappende symptomer (AES har fundet 1 ud af over 43) medfører det ikke fradrag men sammenlægning. Da min skade direkte fremgår af méntabellen, skal forsikringsselskabet/ AES ej heller placere skaden skønsmæssigt i tabellen."

Selskabet har i brev af 23/1 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Denne sag drejer sig om dækningen på en ulykkesforsikring. Vores medlem klager over, at vi ikke vil betale erstatning for en méngrad på mere end 25%.

Det fremgår af sagens akter, at vores medlem var udsat for et voldeligt overfald den 8. maj 2010. Hun slog sit baghoved og pådrog sig en hjernerystelse. Derudover er der konstateret et varigt psykisk mén efter overfaldet.

Den 10. maj 2014 fastsatte vi det varige mén for både hjernerystelsesfølgerne og det psykiske mén til 15%.

Vores medlem var uenig i méngraden og den 15. juli 2014 anmodede vi derfor Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) om en udtalelse om méngraden. Den 26. oktober 2015 fastsatte AES det varige mén til 8%.

Ved ménvurderingen lagde AES vægt på, at tilstanden efter hjernerystelsen bedst kunne sammenlignes med
- punkt A.4.1.1. (lette symptomer, f.eks. isoleret daglig let hovedpine eller lette kognitive symptomer m.m. uden ledsagende hovedpine) og
- punkt A.4.1.2. (middelsvær daglig hovedpine samt lettere kognitive symptomer, alkoholintolerance, øget søvnbehov m.m.) og
- punkt B.1.1.1. – Lette, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, hvorefter méngraden blev fastsat til 8%.

De psykiske gener kunne ikke med overvejende sandsynlighed tilskrives overfaldet og udløste derfor ikke en méngrad.

Da AES var nået frem til en mengrad, der var lavere end vores ménvurdering, fastholdt vi den 26. oktober 2015, at vores medlem ikke var berettiget til yderligere erstatning.

På grund af fortsat uenighed og nye oplysninger, blev sagen om vores medlems uheld forelagt AES på ny den 7. januar 2016.

Den 20. september 2016 forhøjede AES det varige mén til 10%, idet der nu blev lagt vægt på, at der også var et mindre mén fra kæbeleddet. AES vurderede fortsat, at der ikke var årsagssammenhæng til de psykiske gener, men også at der ikke var sammenhæng til udstrålende smerte til arme og ryg, lungeproblemer og tab af lugtesans.

Da AES' ménvurdering fortsat var lavere end vores, fastholdt vi atter, at vores medlem ikke havde krav til yderligere erstatning fra ulykkesforsikringen.

Sagen blev på ny genoptaget i AES, og den 11. maj 2017 blev der udarbejdet en psykiatrisk speciallægeerklæring. AES fastsatte den 12. juni 2017 det varige mén til 25%, og forhøjede således den seneste ménvurdering med 15%.

Ved vurderingen lagde AES vægt på, at overfaldet havde medført et psykisk mén, som svarede til punkt J.1.3. (middelsvær posttraumatisk belastningsreaktion på 20%). Da punktet indeholder symptomoverlap med følgerne efter hjernerystelsen, blev det samlede mén fastsat til 25%.

Vi udbetalte erstatning svarende til ménfastsættelsen på 25% den 28.06.17.

På baggrund af fortsat utilfredshed med ménfastsættelsen indvilgede vi den 28. december 2017 i at spørge AES, hvorfor de psykiske gener bedst kunne sammenlignes med J.1.3 og ikke J.1.5, ligesom vi bad AES vurdere, om der var behov for en undersøgelse af de psykosomatiske gener.

Vi har endnu ikke fået svar fra AES på vores henvendelse, men vores medlem har d.d. modtaget svar på en henvendelse, hun selv har rettet til AES' direktør den 29. december 2017. I svaret gør AES rede for, hvorfor de psykiske gener passer til J.1.3 samtidig med, at de vurderer, at de somatoforme lidelser ikke med overvejende sandsynlighed skal tilskrives overfaldet. AES' brev af 22. januar 2018 indeholder således – også – svar på vores henvendelse af 28. december 2017.

På baggrund af nævnets henvendelse har vi gennemgået sagen på ny. Vi finder imidlertid ikke anledning til at udbetale yderligere mergodtgørelse end de 25%, som AES har vurderet.

Vi henviser i den forbindelse til forsikringsbetingelsernes punkt 7.10 og 11.20, hvoraf det fremgår, at vi ved vurderingen af en personskade benytter samme praksis som AES (tidligere Arbejdsskadestyrelsen)."

Klageren har indsendt mails af 29/1 2018 og 8/2 2018. Klageren har i brev af 25/2 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Min klage retter sig specifikt mod, at forsikringsselskabet/ AES' fastsættelse af varigt mén er sket i uoverensstemmelse med, hvad den aktuelle vejledende udtalelse af 12. juni 2017 har lagt til grund og vægt på. Derudover klages der over forsikringsselskabets/ AES' sagsbehandling.

Det fremgår af forsikringsselskabets beskrivelse og bilag, er der tale om et kompliceret 8 år langt sygdomsforløb, som følge af overfaldet den 8. maj 2010.

Det fremgår ligeledes, at LB/AES har behandlet den fysiske skade den 10. maj 2014,

1. oktober 2015 samt den 20. september 2016, men afvist den psykiske hver gang, med en begrundelse om forudbestående psykiske gener. Ved alle tre vurderinger blev neurolog …s speciallægeerklæring af 13. april 2014, bilag 1 lagt til grund.

Jeg skal understrege, at det er seriøse fejl og mangler i udtalelserne samt i den neurologiske speciallægeerklæring af 13. april 2014, som er årsagen til min klage og ikke utilfredshed.

Jeg vil i det følgende fremkomme med en gennemgang af de forhold, som danner grundlag for min klage og som ikke er beskrevet af forsikringsselskabet.

Efter at behandling af den psykiske skade blev afvist tredie gang den 20. september 2016, henvendte jeg mig direkte til AES og påpegede:

- at ved voldeligt overfald, er der en påregnelig psykisk skade
- at der i sagen ikke er dokumentation for forudbestående psykiske gener/depression
- at [neurolog] i sin speciallægeerklæring under strafansvar udtaler sig om psykisk sygdom, som han i sin erhverv som neurolog ikke har fornødent fagligt kendskab til, hvorfor denne ikke kan lægges til grund for vurderingen af den psykiske skade.

Jeg har understreget grundet ovennævnte nødvendigheden af at indhente en psykiatrisk speciallægeerklæring i sagen.

På baggrund af mine bemærkninger genoptog AES sagen den 3. februar 2017, bilag 2.

Herefter indhentede forsikringsselskabet den manglende psykiatriske speciallægeerklæring på AES' opfordring.

Psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017, bilag 3

På side 9 er det oplyst, at jeg aktuelt lider af: (1) DF43.1 PTSD (2) DF44.7 blandet dissociativ tilstand (3) DF62.o varig personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

På side 8, 'Konklusion', afsnit 2 oplyses, 'PTSD og dissociativ lidelse vurderes på basis af det forhåndenværende grundlag med stor sandsynlighed at stamme fra overfald i 2010.'

På side 8, afsnit 4, linje 7 er anført: '... Dette kunne tyde på, at der er tale om personlighedsændring efter katastrofeoplevelse, som er opstået efter traumet i 2010 og muligvis grundet en bestående sårbarhed på grundlag af tidligere ubearbejdede traumer.'

På side 8, Konklusion i bunden beskrives: '[Klageren] er henvist til psykoterapeutisk behandling, hvilket skønnes muligvis at kunne bedre hendes symptomer noget, men samtidig er der tale om en yderst behandlingsresistent lidelse, der kompliceres af et af fysisk hovedtraume. Prognosen er dermed usikker, og det vurderes, at [klageren] har svært nedsat funktionsniveau og betydelige varige mén som en følge af hændelsen i maj 2010.'

Den 12. juni 2017 fremkom AES med sin 3 vejledende udtalelse, bilag 4:
Side 2, øverst:
'Grundlaget for vores vurdering er:- de lægelige oplysninger i sagen, herunder den fremsendte psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017.'

Side 2, afsnit 5:
'Vi har lagt vægt på, at [klageren] aktuelt klager over psykiske gener i form af øget alarmberedskab, angst, mistroiskhed, tendens til sammenfaren, irritabilitet, vredesudbrud, social isolation, søvnforstyrrelser, undgåelsesadfærd, natlig panik, dissociation og kognitive vanskeligheder.'

Side 2, sidste afsnit:

(1) '...der IKKE er oplysninger i sagens akter om, at hun har udviklet psykiske symptomer forud for det anmeldte overfald.'
(2) '...Det er derfor vores vurdering, at den samlede, aktuelle psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet'.

Når man sammenholder den psykiatriske speciallægeerklæring med den vejledende udtalelse side 2, afsnit 5, er det iøjnefaldende, at forsikringsselskabet/ AES alligevel ikke havde vurderet årsagsammenhængen med alle gener fra speciallægeerklæringen.

Den 4. juli 2017 anmodede min tidligere advokat derfor AES om genvurdering af sagen
Advokaten henviste til, AES's udtalelse om, at grundlaget for vurderingen er den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017, at jeg ikke har forudbestående gener, samt at AES er nået frem til at den samlede, aktuelle psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet. Advokaten angav nøje, hvilke gener AES ikke havde taget højde for fra den psykiatriske speciallægeerklæring ved vurdering af PTSD, bilag 5.

Den 23 august 2017 fastholdt AES sin vejledende udtalelse
Fastholdelsen begrundes i, at 'Vi har i vores udtalelser af 20. september 2016 og 12. juni 2017 anført, hvilke gener der kan tilskrives det anmeldte overfald.', bilag 6.

I lyset af, at den samlede psykiske tilstand skulle tilskrives overfaldet, er begrundelsen, som tyder på, at AES har fravalgt nogle af generne, påfaldende.

Alligevel valgte forsikringsselskabet at følge AES' fastsættelse af varigt mén, og opfordrede mig til, selv at kontakte AES's hvis jeg stadig mente, der var fejl i sagen.

Den 20. november 2017 henvendte jeg mig på ny til AES. bilag 7
Jeg påpegede igen, at (1) det er indlysende, at dele af den psykiske skade ikke er blevet vurderet og har påvist en ny fejl; (2) at fradrag i det samlede mén skete uden hjemmel, med reference til AES' méntabel pkt. 3.2.3.2. 'Multiple skader, hvor de enkelte skader forstærker hinanden.' Når multiple skader forstærker hinanden, skal det samlede mén være større end summen af de respektive skader: (1+1 > 2).

Den 20. december 2017, Individuelt brev fra AES, bilag 8:
Som svar på min skrivelse af 20. november 2017 oplyser AES:
1. At have modtaget en psykiatrisk udtalelse fra [psykiater 1] den 13. december 2017, men at denne IKKE bidrager med nye informationer, og er derfor ikke blevet fremlagt lægekonsulenterne.
2. At de samlede psykiske gener er tilgodeset ved vurderingen i forbindelse med den vejledende udtalelse, herunder også den beskrevne personlighedsændring som det fremgår af méntabelpunkt J.1 hvoraf fremgår, at diagnosen personlighedsændring ménmæssigt behandles under et fælles mén.
3. At det foretagne fradrag for overlap mellem psykiske gener og kognitive vanskeligheder er foretaget på baggrund af méntabellens regler herom i afsnit 3.2.3 for skader med fælles symptomer.'

1.1. AES skriver, at have modtaget en psykiatrisk udtalelse fra [psykiater 1], som ikke er blevet forlagt lægekonsulenterne, da denne ikke bidrager med nye oplysninger jf. skrivelsen.

[Psykiater 1] fremkom derimod for bedømmelsen af sværhedsgraden af PTSD med væsentlige lægelige oplysninger, bilag 9.

a) Hun udelukker psykisk sårbarhed efter bedste lægeligt skøn, side 2 og 3 i sin helhed.
Personlighedsændringen blev udløst af overfaldet, det har AES anerkendt, derfor havde tvivl omkring evt. Psykisk sårbarhed ikke negativ effekt på min sag, dog er afklaringen væsentligt i forhold til størrelsen af den påregnelige psykiske skade.

b) [Psykiater 1] beskriver endvidere nogle af krænkelserne, forbundet med overfaldet og det efterfølgende forløb, desuden også tidligere potentielt traumatiserende hændelser, side 2, 'Traumeudvikling generelt... '

Hertil er vigtigt at bemærke, at den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017, alene koncentrerer sig om årsagsammenhæng mellem aktuelle psykiske tilstand, og den anmeldte skade, da forsikringsselskabet/AES ikke fandt relevant, at få en konkret vurdering af overfaldet og omstændighederne. Disse forhold har derimod væsentlig betydning for bedømmelsen af påregnelig psykisk skade.

d) [Psykiater 1] understreger endvidere på side 3, 'Somatiske indlæggelser', at de somatiske indlæggelser ikke er blevet vurderet ved bedømmelse af sværhedsgrad af PTSD, skønt 'Konklusionen fra neurologerne på [hospital 1] var, at lidelsen havde sin grund i den voldsomme katastrofeoplevelse [klageren] havde i forbindelse med overfaldet i 2010.' Da jeg ikke længere er i terapi hos [psykiater 1], kunne hun ikke henvise til mine aktuelle somatiske gener, som stadig har oprindelse i overfaldet 2010.

e) [Psykiater 1] påpeger – i overensstemmelse med den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017, side 8, konklusion, afsnit 2 – på side 5, afsnit 3-5, at min PTSD og resttilstand efter svært postkommotionelt syndrom komplicerer hinanden samt at disse skademæssigt har en katalyserende effekt.

Jeg vedhæfter desuden bilag 27, line 13 fra neuropsykolog fra 2011, som også indgår i forsikringsselskabets bilagliste, samt nyt bilag 24 afsnit 'Aktuelt psykiatrisk', linje 7 fra behandlingsforslag til PTSD klinikken fra 2017 (udarbejdet af samme læge, som foretog speciallægeerklæringenerklæringen).

Alle disse bilag underbygger såvel den katalyserende som det forværrende effekt mellem PKS og PTSD. Et brækket ben ville højst sandsynligt ikke have udløst PTSD, da dette ikke medfører hukommelsestab eller andre kognitive gener, som nedsætter éns evne til at navigere, kommunikere, at udføre sit vanlige arbejde mv.

2.1. Skrivelsen fastholder, at de samlede psykiske gener er tilgodeset ved vurdering i forbindelse med den vejledende udtalelse, også personlighedsændring, som jf. méntabelpunkt J.1 ménmæssigt behandles under et fælles mén.

Det er korrekt, at méntabel pkt. J.1 beskriver, at PTSD og personlighedsændring behandles ménmæssigt under et fælles mén. Dog er tabelpunktet, som behandler dette fælles mén, J.1.5 og IKKE J.1.3.
Kriteriet er pådragelse af anden psykisk sygdom samtidig med PTSD-en.

Den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017 beskriver, at jeg har pådraget mig ikke kun én, men to andre psykiske sygdomme ved min PTSD, at mit funktionsniveauet er stærkt nedsat. Som, det fremgår af sagen, har de psykiske gener stået på nu i 8 år og er stadig tiltagende.

Jeg refererer desuden til https://www.aes.dk/da/Private%2oerstatningssager/Udtalelsens-indhold.aspx , afsnit 'Méntabellen'.
Her oplyses, at mentabellen kun fraviges, når der foreligger særlige forhold.

I mit tilfælde foreligger der ikke særlige forhold, hvorfor der ikke er grund til at fravige méntabellen, mine skade fremgår desuden direkte af méntabelpunkt J.1.5, hvorfor der ingen grund er til at fravige tabellarisk vurdering.

3.1. Skrivelsen nævner ikke, at jeg også har fremsendt bilag 10 fra [regions] Psykiatrisk visitation af 30. marts 2017, hvor [psykolog 1] både har visiteret mig til PTSD klinikken, testet mig for bestemte psykiske sygdomme og ydet støttende samtaler. Jeg har set hende 8 gange. At jeg har fremsendt bilaget dokumenteres ved bilag 7, min skrivelse til AES af 20. november 2017, bilag 7, side 4, øverst.

Bilaget beskriver ellers grundigt traumeudviklingen, afkræfter forudbestående psykiske gener mv, dvs. Bidrager med vigtige lægelige oplysninger.

Dog vurderede sagsbehandleren ikke, at bilaget fra [psykiater 1] og [psykolog 1] skulle fremlægges lægekonsulenterne, ej heller min bemærkning om de forstærkende PTSD og postkommotionelt syndrom blev taget i betragtning.

<u>Den 22. januar 2018, Individuelt brev fra AES, bilag 11</u>
1. På side 1 oplyser en ny medarbejder, at 'ved udmålingen af det varige mén for de psykiske gener, foretages vurderingen ud fra de psykiske geners sværhedsgrad på baggrund af antallet af de aktuelle psykiske symptomer, symptomernes hyppighed og intensitet samt genernes indflydelse på den personlige livsførelse, sammenholdt med méntabellens tabelpunkter.'

2. På side 3, afsnit 3 anføres:
'Vi er opmærksomme på, at du aktuelt klager over somatoforme tilstande. Vi har lagt vægt på, at somatoforme lidelser efter aktuel lægefaglig viden anses for udløst af komplekse årsagsforhold, og vi vurderer, at de aktuelle klager over somatoforme tilstande ikke med overvejende sandsynlighed skal tilskrives overfaldet den 8. maj 2010.'

1.1. Som jeg allerede beskrev under individuelt brev fra AES af 20. december 2017, har AES netop ikke taget højde for sværhedsgraden af PTSD-en, som jf. méntabelpunkt J.1. bedømmes ud fra den oplysning, at jeg har udviklet to psykiske sygdom sideløbende med min PTSD. Ellers giver det ikke mening, at den vejledende méntabel har et særskilt punkt for denne kombination.

2.1. Skrivelsen oplyser i strid med, hvad AES tidligere gennem 7 måneder har udtalt samt hvad den vejledende udtalelse af 12. juni 2017 har lagt til grund og lagt vægt på, – at AES IKKE havde vurderet årsagssammenhæng med alle gener.

Selv om en vejledende udtalelse ikke er juridisk bindende, er det naturligt at antage, at AES ved fastsættelse af varigt mén, er forpligtet til at rette sig efter, hvad AES er nået frem til. I dette tilfælde, at på baggrund af den psykiatriske speciallægeerklæring, hele den aktuelle psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet.

Det er vigtigt at bemærke, at betegnelsen 'somatoform tilstand' er en overordnet betegnelse for psykiske sygdomme, der primært kommer til udtryk ved fysiske symptomer.

Den psykiatriske speciallægeerklæring, som er udfærdiget af en psykiater, anvender den præcise diagnose 'blandet dissociativ tilstand'. Jeg har tidligere selv brugt begge betegnelser i forbindelse med mine klager til AES uden at være klar over, at der er en forskel. Derimod er det forventeligt, at lægekonsulenterne kender forskellen. Mens somatoform tilstand har kompleks årsagsforhold og viser sig allerede under opvæksten, er diagnosen blandet dissociativ tilstand betinget af et relevant traume.

Nyt bilag:
Der vedhæftes nyt bilag fra visitationsamtale til Liaisonklinikken, bilag 37, side 3 'Resume inkl. vurdering af risiko for selvmord' og 'Diagnose'. I overensstemmelse med den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017 oplyses, at jeg lider af blandede dissociative tilstande inkl. mine aktuelle somatiske gener.

Med henblik på sværhedsgraden af min PTSD/ blandet dissociativ tilstand oplyses på side 6, afsnit 'CGI-S' oplyses, at jeg hører: 'Sygdomsgrad: Blandt de mest alvorligt syge patienter inden for den psykiatriske diagnose, patienten tilhører Belastningsgrad (DSM-III, værdi: 1-7; o): 6

Blandet dissociativ tilstand:
I det følgende oplister jeg de bilag, som dokumenterer, at de pågældende dissociative gener allerede debuterede inden for en måned efter overfaldet i 2010 og har vist sig lige siden i forskellige form.

a) Epilepsilignende synkoper og absencer:
Første synkope/anfald 30.05.10: bilag 12 vippelejetest 04.04.11: bilag 13, første fremmøde på epilepsiklinikken 16.09.11: bilag 14, eksempel på hukommelseslakuner/ absencer, bilag 16, opsummering på epilepsilignende anfald inkl. langvarige smertefulde kramper mv, bilag 15.
c) Øjenlåg spasme, første henvendelse til øjenlæge den 18. juni 2010, bilag 17 afslutning på øjenklinik, [hospital 2] den 18. august 2012 bilag 18 desuden bilag 28 side 2, Konklusion.
d) Konklusion på lammelser mv, bilag 19 under dato 17.06.2014, i øvrigt se bilag 9, side 5, 'Somatiske indlæggelser', desuden bilag 1, side 4, Konklusion, line 1-4:
'... Udvikler i efterforløbet et postkommotionelt syndrom, men har også haft en ganske svær reaktiv lidelse, som har været vanskelig at definere trods udredning på neurologisk afdeling. Man er endt med at fortolke denne som en somatoform reaktion på traumet.'

Generelle lammelser har givet anledning til flere års kontrol/ behandling på øjenklinikken på [hospital 2], på epilepsiklinikken på [hospital 1], samt en seks måneders lang sammenhængende indlæggelse på [hospital 3, 2 og 1s] neurologiske/ intensive og infektionsafdeling afdeling, inklusiv genoptræning på genoptræningshjem. Jeg havde generelle lammelser, ophobet slimdannelse, som konstant måtte suges, vejrtrækningsbesvær, fejlsynkning som medførte, at de måtte lægge

en sonde i 5 måneder for at ernærer mig, da maden havnede i lungerne, sammenklapning af den ene lunge, forvrængning af ansigtet og tale mv.
Se venligst [psykiater 1s] bilag 9 under 'Somatiske indlæggelser' og bilag 32, som begge beskriver tilstanden, som var livstruende og jeg blev udredt for de mest alvorlige neurologiske sygdom samt kræft. Af den grund skal jeg leve efter specielle forholdsregler, for at undgå, at tilstanden gentager sig. Jeg er dømt til genoptræning resten af livet grundet de alvorlige konsekvenser, tilstanden har medført.

Selv om jeg overholder disse forholdsregler, foregår der løbende stressrelaterede forstyrrelser i hormonbalancen, hudproblemer, kramper og lysten.

Forsikringsselskabet/ AES har efterhånden gjort meget for at forværre lidelsen med at trække sagen ud i 4 år.

e) forstyrrelser i hormonbalancen, bilag 20 og bilag 21
Jeg har siden den 22. januar 2018 forgæves bedt AES om en begrundelse for, (1) hvorfor AES i praksis fraviger sin vejledende udtalelse, (2) på hvilken baggrund AES mener, at den blandet dissociativ/somatoform tilstand ikke stammer fra overfaldet, når den vejledende udtalelse bygger på psykiatrisk speciallægeerklæring af 211. maj 2017, som fastslår årsagsammenhængen samt at jeg ikke havde forudbestående psykiske gener.

Spørgsmålet er, at hvis det psykiske mén er 25% uden de dissociative gener, hvad er det ved vurdering i overensstemmelse med AES' eget udsagn om, at hele det aktuelle psykiske skal tilskrives overfaldet?

<u>Væsentlige bilag, forsikringsselskabet/AES har IKKE har taget højde for:</u>
hverken ved fastsættelse af varigt fysisk mén ved vejledende udtalelse af 26.oktober 2015 og 20. september 2016, eller ved fastsættelse af den psykiske mén den 12. juni 2017.

Bilag 23 Retslægerådets udtalelse af 21. december 2011
Bilaget, som blev sendt til forsikringsselskabet den 2. november 2015 (bilag 34 for afsendelsesdato) viser fuld årsagssammenhæng og giver nøje oplysninger vedrørtende dette.

Bilag 25 udskrivning fra den psykiatriske skadestue den 16. maj 2010 viser, at efter indlæggelse til observation konkluderes, at jeg led af postkommotionelle gener, og ikke af forudbestående psykiske gener.

Bilag 32, psykiatrisk udtalelse fra [psykiater 1] blev sendt til AES den 25. november 2014, (bilag 33 for afsendelsesdato) Bilag 32 i sin helhed afkræfter forudbestående psykiske gener og bekræfter fuld årsagsammenhæng mellem psykiske gener og overfaldet.

Det er først i 2017, at jeg blev opmærksom på, at AES havde ignoreret udtalelsen. Min tidligere advokat sørgede for, at udtalelsen blev vurderet i forbindelse med udarbejdelse af den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017.

At forsikringsselskabet/AES havde alle de bilag, jeg vedhæfter her siden 2015, og alligevel blev ved at fremsætte påstand om forudbestående psykisk gennem tre år, er yderst kritisabelt. For havde de med omhu gennemgået disse bilag, ville den psykiske skade IKKE blevet afvist. I stedet tog det

AES tre år at læse sig frem til, at sagen handlede om direkte vold, at der derfor var en påregnelig psykisk skade, samt at jeg ikke havde forudbestående psykiske gener.

Det har taget yderligere 3 år af mit liv, slidt på mit helbred og økonomi og medført krænkelser i form af udokumenteret påstand om forudbestående 'massive psykiske gener', 'belastet social baggrund', påstand om 'kontanthjælp' mv, selv om jeg havde fremlagt beviser for, at jeg havde et velfungerende liv inden overfaldet.

Som det kan fremgår af bilag 3 side 3, samt side 8, afsnit 4, desuden bilag 9 og bilag 32 i sin helhed, har jeg været handlekraftig, ressourcestærk og succesfuld inden overfaldet.

Konklusion
På forsikringsselskabet vegne henviser … i sin skrivelse af 23. januar 2018 til forsikringsbetingelserne punkt 7.10 og 11.20, hvoraf det fremgår, at forsikringsselskabet ved vurdering af en personskade benytter samme praksis som AES.

De pågældende punkter beskriver almen praksis, hvilket ikke forpligter forsikringsselskabet til at følge AES' vejledende udtalelse, især ikke, når jeg har påpeget seriøse fejl og mangler og når forsikringsselskabet hat været vidne til, at AES i forvejen hele to gange fejlbehandlede min sag.

Det er naturligt at antage, at forsikringsselskabet, som udgangspunkt er klar over, at en neurologisk speciallægeerklæring ikke kan lægges til grund for psykiatrisk vurdering. Alligevel afviste forsikringsselskabet min anmodning om, at indhente den nødvendige psykiatrisk speciallægeerklæring gennem tre år, til og med den dag, AES på baggrund af mine henvendelser anmodede forsikringsselskabet om, at indhente den.

Siden modtagelsen af den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017, har forsikringsselskabet været klar over, at jeg har løftet bevisbyrden for, at alle mine psykiske gener stammer fra overfaldet.

Forsikringsselskabets agent, AES, har derimod allerede siden den 25. november 2014 været klar over, at der ikke var tale om forudbestående psykiske gener. Bilag 32, (bilag 33 for afsendelsesdato). Alligevel har AES intet foretaget i sagen for den 13. februar 2017, trods mine løbende klager, men mørkelagt modtagelsen af den pågældende psykiatriske udtalelse.

Det skal bemærkes, at det er mit forsikringsselskab, som er ansvarlig for, at de skader, som er dækningsberettigede iflg. policen bliver dækket, hvorfor det må anses at være forsikringsselskabets pligt at sørge for, at arbejdet bliver udført med omhu.

Forsikringsselskabet er ligeledes klar over, at jeg mellem overfaldet i 2010 og slutningen af 2016, har været så alvorligt ramt af sygdom som følge af overfaldet, at jeg derfor ikke har været i stand til at tage mig af min forsikringssag, samt at jeg stadig har stærkt nedsat funktionsniveau og betydelige varige mén.

Forsikringsselskabet valgte alligevel at pålægge mig, selv at varetage kontakten og korrespondancen med AES for at få rettet op på umiddelbare fejl.
I stedet for at føje AES' fejlbehæftede vejledende udtalelse, burde forsikringsselskabet have lært af tidligere erfaringer med AES og sørget for at fejlene snarest blev korrigeret.

11. 91732

På baggrund af min klage til Ankenævnet for Forsikring er min forventning, at forsikringsselskabet pålægges at udbetale erstatning for den samlede, aktuelle psykiske tilstand uanset fejlen i AES' bedømmelse af varigt mén og svarende til, at AES har udtalt:
1. At grundlaget for vurdering er:- 'de lægelige oplysninger i sagen, herunder den fremsendte psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017.
2. At der ikke er oplysninger i sagen om, at jeg har udviklet psykiske symptomer forud for det anmeldte overfald.
3. At den samlede, aktuelle psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet.

Herudover har jeg dokumenteret for, at der ikke skal foretages fradrag i samlet mén, da mine postkommotionelle og PTSD gener forstærker hinanden.
Ligesom jeg har dokumenteret i nærværende skrivelse for, at min PTSD/ dissociative tilstand er af alvorlig karakter.

At sætte mig i en situation, hvor jeg skal til domstolene for at få korrigeret seriøse fejl og mangler ved AES' arbejde, ville være umenneskeligt og medføre yderligere slid på mit helbred. Som jeg tidligere skrev, foreligger der desuden i forvejen en udtalelse fra Retslægerådet, som konstaterer fuld årsagssammenhæng, Bilag 23.

Supplerende skal det oplyses, at jeg er blevet sat på førtidspension i 2013, min arbejdsevne er blevet vurderet nedsat med mere end 2/3 del, bilag 35, ud over mit tidligere gode helbred har jeg har mistet hele mit erhvervs-og sociale netværk, mit kørekort er inddraget grundet mit helbred siden 2011, bilag 36, jeg har mistet min opsparing, og til sidst blev jeg nødt til at sælge min bil og ejerlejlighed, på grund af de høje omkostningerne ved min genoptræning samt de nye livsomstændigheder, overfaldet i 2010 har medført.
…
PS; der kan forventes yderligere bilag fra den neurologiske afdeling på [hospital 1] samt fra Liaisonklinikken inden for den nære fremtid."

Selskabet har i brev af 8/3 2018 til nævnet bl.a. anført:

"Vi er uenige i påstanden om, at der ikke var forudbestående psykiske gener.

Det fremgår af notatet af 11. maj 2010 fra Psykiatrisk Center …, at vores medlem i 10 år op til indlæggelsen havde været i et kontinuerligt forløb hos [psykiater 1]. Da lægerne retter henvendelse til [psykiater 1] fortæller hun, at vores medlem er kendt med til tider svær depression.

Det fremgår endvidere af journalen fra den 11. maj 2010, at vores medlem har været udsat for voldsomme oplevelser under sin opvækst i [udlandet], og at hun havde været udsat for trusler fra forskellige mennesker. I 2007 havde hun været langt nede psykisk på grund af et knæk i sin karriere og andre private hændelser (som ikke bliver uddybet), ligesom hun også fortæller, at hun på et tidspunkt har haft selvmordstanker.

Ifølge journalnotatet af 12. maj 2010 fra Psykiatrisk Center … fortalte vores medlem, at hun var udsat for særdeles ubehagelige ting i [udlandet], og man mener, at overfaldet den 8. maj 2010 muligvis har reaktiveret det gamle traume.

Ovenstående oplysninger dokumenterer, at der var forudbestående psykiske problemer."

Klageren har i brev af 3/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

"AES er på opfordring af forsikringsselskabet fremkommet med en vejledende udtalelse i 2017, mit bilag 4, hvori man lægger vægt på, at der i min sag ikke findes oplysninger om forudbestående psykiske gener, at af den grund min samlede nuværende psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet.

AES har i praksis derimod ikke vurderet det samlede psykiske tilstand, hvilket AES først efter syv måneder indrømmer i mit bilag 11, side 3, næstsidste afsnit. AES har ligeledes uden hjemmel foretaget fradrag i samlet mén.

Forsikringsselskabet har erklæret sig enig med AES og afviste udbetaling af erstatning, som dækker det samlede aktuelle psykiske tilstand.

Af den grund henvendte jeg mig til Ankenævnet for Forsikring og gjorde i min tidligere skrivelse af 25. februar 2018 blandt andet rede for, at der i min sag allerede foreligger 6 lægelige vurderinger, som blandt andet udelukker forudbestående psykiske gener.
1. Psykiatrisk Center i … mit bilag 25 (2010)
2. Retslægeraidet mit bilag 23 (2011)
3. [psykiater 1], som også har kendt mig inden overfaldet, også bidraget med to psykiatriske udtalelser mit 32 (2015) og bilag 9 (2017).
4. [psykiater 2] mit bilag 3 (2017)
5. [psykolog 1], mit bilag 10 (2017)
6. [psykolog 2], mit bilag 37 (2018)

Forsikringsselskabet er dog på ny uenig i 'påstanden' om, at der ikke var forudbestående gener, vel at mærke uden at underbygge sin påstand med medicinsk vurdering.

I lyset af, at samtlige ovennævnte psykologer/psykiatere UDELUKKER forudbestående psykiske gener, står forsikringsselskabets skadesbehandlers vurdering om forudbestående psykiske gener uændret helt alene og udokumenteret, idet selv psykisk følsomhed udelukkes efter bedste skøn af [psykiater 1], mit bilag 9.

Det er vigtigt at korrigere, at jeg ikke har fremført 'påstand' om, at jeg ikke havde forudgående gener, derimod oplyst resultater af lægelige konklusioner i forbindelse med flere grundige medicinske vurderinger i min sag.

1. [Selskabets medarbejder] har tidligere forsøgt at bruge det pågældende bilag, som dokumentation for forudbestående gener i sagen, skønt mit bilag 25, udskrivning fra Psykiatrisk Center i … (2010) beskriver, at jeg led af en svær hjernerystelse og følger og ikke af et reaktiveret traume. Retslægerådet, mit bilag 23 (2011), lægger således alene vægt på, at der ikke fandtes grund til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling, da jeg led af hjernerystelse.

Det fremgår af de pågældende bilag, at jeg akut blev indlagt på grund af amnesi, som følge af overfaldet og var krisepræget med tankemyldrer, ligesom der beskrives fortrængningproces med erstatningsbilleder. Senere lægelige materiale beskriver, at amnesitilstanden udviklede sig til en

over tre måneders hukommelsestab ikke kun for hændelsen den 8. maj 2010 men også andre hændelser inden overfaldet mv, hvilket beskrives i samtlige senere undersøgelser mv.

At forsikringsselskabet hæfter sig ved journal, som er optaget under disse forhold, er uetisk og yderst kritisabelt, især når der forligger flere psykiatriske vurderinger. I forbindelse med de psykiatriske undersøgelser bar jeg oplyst alt, hvad forsikringsselskabet refererer til fra den psykiatriske skadestue i 2010 og mine oplysninger er blevet vurderet.

Den afgørende oplysning fra indlæggelsen i 2010 er, at jeg efter flere dags observation på den psykiatriske skadestue i …, ikke blev indlagt på den psykiatriske afdeling med tidligere psykisk, men udskrevet derfra med hjernerystelse og følger på grund af overfaldet den 8. maj 2010, bilag 25,-

Selv om hverken Psykiatrisk Center i … eller Retslægerådet fandt forhold under indlæggelsen, som pegede i retning af forudbestående psykiske gener, blev forsikringsselskabet ved at fremsætte sin påstand om forudbestående gener. Det er af den grund, at den psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017 blev indhentet.

Som tidligere beskrevet, har på nuværende tidspunkt ud over Psykiatrisk Center i … (2010) og Retslægerådet (2011) [psykiater 2] (2017), [psykolog 1] (2017) og [psykolog 2] (2018) også gennemgået alle mine psykiatriske journaler og foretaget undersøgelser og vurderinger af mig. Derudover har [psykiater 1], som også har kendt mig inden overfaldet, også bidraget med to psykiatriske udtalelser mit bilag 9 (2017) og 32 (2015).

Ud over selve overfaldet beskriver flere af disse læger en syv år lang re-traumatiserende proces på grund af min kontakt med de involverede myndigheder, sygehusvæsenet, forsikringsselskab mv, hvor jeg ikke længere besidder mine vanlige kommunikationsevner og af den grund gang på gang bliver krænket.

[Psykiater 1] beskriver i bilag 9, at samtidig gik gerningsmanden de første år direkte efter at få ødelagt mit renomme i lokalsamfundet, mens jeg kæmpede med svære kognitive gener og ikke var i stand til at forsvare mig.

Disse oplysninger underbygger løbene, voldsom og uafbrudt psykisk stress, som bland andet har medført udvikling af stressrelaterede somatiske sygdomme, herunder også lange indlæggelser på neurologiske afdelinger mv, hvilke yderligere bidrager til størrelsen af den påregnelige psykiske skade.

[Psykiater] beskriver i bilag 9 samtidig, at jeg blev overfaldet mens jeg sov, jeg ikke havde ikke mulighed for at forsvare mig, jeg blev fastholdt, at mit tøj muligvis blev revet af mens jeg var bevidstløs, at flere fremmede inkl. politiet har set mig i bevidstløs tilstand, og uden at være påklædt men ingen hjalp mig mv.

1.1. Hændelsesforløbet den 8. maj 2010
NYT bilag tilføjes, da jeg kan mærke, at det på nuværende tidspunkt er uundgåeligt at fremkomme med et nogenlunde beskrivelse af hændelsesforløb den 8. maj 2010; artikel …, bilag 39. Side 13 (3) 'Sagens forløb' må sammenholdes med nyt bilag 41, politiets egen beskrivelse af hændelsen i lokalavisen. Kun på denne måde kan man få en fornemmelse af alvorligheden af de krænkelser og

ydmygelser, jeg har været udsat for den nat, umiddelbart efter det fysiske overfald, hvorved jeg mistede bevidstheden. Artiklen i … er baseret på politiets, skadestuens dokumenter samt udskrift mine telefonopkald til politiet og kan med sikkerhed betragtes som et af de grusomste eksempler på politiets svigt i forbindelse med … vold.

2. [Psykiater 1] har IKKE oplyst det Psykiatrisk Center i … den 11. maj 2010, at jeg til tider led af svære depressioner inden overfaldet.

2.1. Jeg har gået hos [psykiater 1] til samtaler inden overfaldet, og været tilknyttet gennem en årrække, havde dog ikke haft månedlige aftaler, men lavede aftalerne, når jeg følte behov for dette, hvilket fremgår af [psykiater 2s] mit bilag 9 (2017) og 32 (2015).

2.2. [Psykiater 1] har IKKE oplyst det Psykiatrisk Center i … den 11. maj 2010, at jeg til tider led af svære depressioner inden overfaldet. NYT BILAG, bilag 38, af 22. november 2016. På side 2 skriver [psykiater 1]:
'Kan du skanne det journalnotat ind, så jeg kan se hvornår det var, og hvem jeg i givet fald skulle have sagt det til. Tror du virkelig på, at jeg skulle have sagt det? Jeg ville i så fald have løjet groft.'

På side 6 skriver [psykiater 1]:
'Jeg vil gøre opmærksom på, at der er et totalt fejlcitat i den psykiatriske journal fra psyk … (1) Jeg har ALDRIG SAGT, at du er 'KENDT MED SVÆRE DEPRESSIONER'.
(2) Jeg har aldrig oplevet dig med SVÆR DEPRESSION; (3) heller ikke set nogen anden vurdere dig til at have lidt af svær depression.

Konklusion
På baggrund af de lægelige vurderinger, som foreligger i sagen, må det fortsat lægges til grund, at min hjernerystelse og det efterfølgende postkommotionelle syndrom, og de senere psykiske e skader blev udløst af og stammer fra overfaldet den 8. maj 2010. Forsikringsselskabet skal anerkende, at mine psykiske gener først er opstået efter overfaldet i 2010 og blev udløst/ forstærket af postkommotionelt syndrom og forværret løbende i takt med forværring af mit fysiske og psykiske helbred som følge af overfaldet, herunder også mit sociale deroute og ødelagte eksistens og økonomi.

Forsikringsselskabet må forpligtes til at udbetale den erstatning, jeg er berettiget til jf. min ulykkespolice sanerende til, at AES er nået frem til, at samtlige mine gener skal tilskrives overfaldet i 2010, idet der i min sag ikke findes oplysninger om forudbestående gener, mit bilag 4, side 2, sidste afsnit. Jeg har desuden dokumenteret ved lægelige udtalelser mv, at alle mine gener stammer fra overfaldet i 2010.

Når man tager højde for hele det aktuelle psykiske tilstand, hører sagen under méntabelpunkt J.1.5 og ikke J.1.3, ligesom der ikke er baggrund for fradrag i samlet mén, idet jeg har dokumenteret for, at mine postkommotionelle og PTSD gener forstærker hinanden.

Jeg må indgående bede om en saglig og hurtig behandling og afslutning på denne snart 8 år lange sag, som ganske alvorligt skriver på mit fysiske og psykiske helbred, økonomi mv."

Klageren har indsendt mail af 3/4 2018.

15. 91732

Klageren har i mail af 4/4 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "Jeg har lige opdaget, at … som har været/ er skadesbehandler på min sag hos Lærerestandens Brandforsikring sidder i nævnet som udpeget af Forsikring & Pension og netop som repræsentant for ulykkesområdet.
>
> Det lyder tankevækkende, at jeg bliver opfordret af mit forsikringsselskab til at klager til Ankenævnet for Forsikring – hvorefter det ender med at være forsikringen, endda den samme skadesbehandler, …, som er med til at beslutte, om der skal gives medhold eller ej?"

Klageren har indsendt mail af 24/4 2018.

Af vejledende udtalelse af 26/10 2015 fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår bl.a.:

> "**Varigt mén**
> **Vurdering af varigt mén**
> **Det varige mén er 8 procent**
> Vores lægekonsulenter med speciale i neurokirurgi og psykiatri har deltaget ved vurderingen af det varige mén.
>
> Da der er tale om en ulykkesforsikring, bliver der ved vurderingen af det varige mén ikke kompenseret for forværring, der skyldes forudbestående helbredsmæssige forhold.
>
> Grundlaget for vores vurdering:
> - [Klageren] blev 8. maj 2010 overfaldet af [person] i en lejlighed, hvorved hun slog hovedet mod en radiator.
> - Samme dag blev [klageren] undersøgt på skadestuen, hvor hun var rystet og ked af det, men uden tegn på hjernerystelse, og hvor man konstaterede en lille bule i baghovedet, men ingen synlige sår, rivemærker på mave, ryg og venstre underarm og en lille hævelse nederst på venstre ribben, som var ømt.
> - [Klageren] henvendte sig telefonisk senere på dagen den 8. maj 2010 og oplyste, at hun nu havde kastet op.
> - Den 9. maj 2010 blev [klageren] undersøgt på skadestuen igen, da hun havde haft hukommelsestab og havde kastet op flere gange i løbet af natten, og hun blev overført til andet hospital til neurologisk undersøgelse på mistanke om blødning i hjernen.
> - Ct-skanning viste ikke tegn på blødninger i hjernen, og man vurderede, at [klagerens] gener var udtryk for følger efter en hjernerystelse.
> - Det fremgår af sagen, at [klageren] igennem mange år har haft psykiske gener og lidt af depressioner og derfor har været i behandling hos psykiater.
>
> Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på de lægelige oplysninger i sagen.
>
> Heraf fremgår, at [klageren] har følger efter skaden i form af følger efter hjernerystelse med daglig hovedpine, tinnitus, koncentrations- og hukommelsesproblemer samt nakkesmerter.

Vi har fastsat det varige mén med udgangspunkt i vores vejledende méntabel:
Efter tabellens punkt A.4.1.1 vurderes postkommotionelt syndrom, det vil sige kognitive og affektive symptomer opstået efter hjernerystelse, med lette symptomer f.eks. isoleret daglig let hovedpine eller lettere kognitive symptomer m.m. uden ledsagende hovedpine, til 5 procent.

Efter tabellens punkt A.4.1.2 vurderes postkommotionelt syndrom, det vil sige kognitive og affektive symptomer opstået efter hjernerystelse med middelsvær daglig hovedpine samt lettere kognitive symptomer, alkoholintolerance, øget søvnbehov m.m. til 10 procent.

Efter tabellens punkt B.1.1.1 vurderes lette, daglige nakkesmerter uden eller med let bevægeindskrænkning, til 5 procent.

Vi vurderer, at [klagerens] aktuelle gener efter hendes hjernerystelse er lidt værre end punkt A.4.1.1 men bedre end punkt A.4.1.2. Hertil kommer lettere nakkesmerter, som vi vurderer er bedre end punkt B.1.1.1.

Vi er opmærksomme på, at [klageren] har flere gener end de ovenfor beskrevne, men det er vores lægelige vurdering, at der er tale om en psykisk reaktion på de aktuelle gener, ligesom hun forud for hændelsen har haft psykiske gener.

Vi er således enige i vurderingen i den neurokirurgiske speciallægeerklæring fra 13. april 2014, hvor det fremgår, at [klagerens] psykiske reaktion skyldes andre forhold end hændelsen 8. maj 2010.

Vi skal i den forbindelse bemærke, at det er lægeligt vurderet, at [klagerens] aktuelle psykiske symptomer ikke med overvejende sandsynlighed kan tilskrives skaden 8. maj 2010, men derimod hendes massive forudbestående psykiske gener.

Vi vurderer derfor, at skaden 8. maj 2010 har medført et varigt mén på skønsmæssigt 8 procent."

Af vejledende udtalelse af 20/9 2016 fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår bl.a.:

"**Varigt mén**
Tidligere vurdering
Vi har den 26. oktober 2015 vurderet følgerne efter samme skade til et varigt mén på 8 procent.

Vurdering af varigt mén
Vores lægekonsulenter med speciale i neurokirurgi, psykiatri og intern medicin, samt vores tandlægekonsulent har deltaget ved vurderingen af det varige mén.

Grundlaget for vores vurdering:
- [Klageren] blev den 8. maj 2010 overfaldet af [person] i en lejlighed, hvorved hun slog hovedet mod en radiator.
- På skadestuen samme dag fandt man en bule i [klagerens] baghoved.
- [Klageren] henvendte sig igen på [hospital 4] senere samme dag, hvor hun oplyste at have hovedpine og at hun havde kastet op flere gange.

- Senere samme dag blev [klageren] overført til [hospital 2] til neurologisk undersøgelse, hvor man konstaterede følger efter en hjernerystelse.
- Det fremgår af sagens akter, at [klageren] har forudbestående psykiske gener.

Hovedgener
Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på, at [klageren] aktuelt klager over gener efter en hjernerystelse i form af hovedpine, tinnitus, kognitive gener i form af hukommelses- og koncentrationsbesvær og lyd- og lysoverfølsomhed, samt nakkesmerter uden udstråling.

Vi har fastsat det varige mén med udgangspunkt i vores vejledende méntabel:
Efter tabellens punkt A.4.1.2 vurderes postkommotionelt syndrom, det vil sige kognitive og affektive symptomer opstået efter hjernerystelse, med middelsvær daglig hovedpine samt lettere kognitive symptomer, alkoholintolerance, øget søvnbehov m.m. til 10 procent.

Vi vurderer i samråd med vores lægekonsulenter med speciale i neurokirurgi, at [klagerens] aktuelle hovedgener efter overfaldet svarer til ovenstående tabelpunkt.

Vi bemærker i den forbindelse, at der ved brug af méntabellens punkter under A.4.1. er et stort symptomoverlap med punkterne under B.1.1.

De aktuelle nakkesmerter er ved ovenstående lægefaglige skøn indeholdt i vores vurdering efter tabelpunkt A.4.1.2.

Kæbegener
Ved vurderingen af det varige mén har vi lagt vægt på, at [klageren] aktuelt klager over kæbesmerter.

Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at der er ømhed i kæbeleddet, og at hun har problemer med at gabe.

Efter tabellens punkt A.1.4.1 vurderes væsentlige føleforstyrrelser i kæber, tænder, læber og tunge, med skader på en nervegren, eksempelvis buccalis, mentalis og infraorbitalis, til 5-10 procent.

Vi vurderer i samråd med vores tandlægekonsulent, at [klagerens] aktuelle gener fra kæbeleddet kan sammenlignes med ovenstående tabelpunkt. De aktuelle gener er dog af mindre udtalt karakter end anført i det angivne tabelpunkt, og svarer til et varigt mén på mindre end 5 procent.

Vi vurderer, at overfaldet den 8. maj 2010 har medført et varigt mén på 10 procent.

Udstrålende smerter til arme og lænderyg
Vi er opmærksomme på, at [klageren] aktuelt klager over udstrålende smerter til armene og lænderyggen.

Vi vurderer i samråd med vores lægekonsulent med speciale i neurokirurgi, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det anmeldte overfald og de udstrålende smerter, da der ikke er oplysninger om brosymptomer.

Ved brosymptomer forstås symptomer der 'danner bro' mellem skaden og de senere konstaterede gener/smerter. Brosymptomerne opstår i forbindelse med skaden eller umiddelbart derefter, og er vedvarende gennem hele sygdomsforløbet. Der må således ikke være tale om længerevarende symptomfrie perioder, og symptomerne skal være til stede når det varige mén skal fastsættes.

[Klageren] klagede den 12. august 2010 over smerter i nakken til fysioterapeut. Ved den neurologiske speciallægeundersøgelse den 18. maj 2011 fandt man imidlertid ingen smerter i armene eller i lænderyggen, og ved den arbejdsmedicinske undersøgelse den 11. september 2012 fandt man normale forhold i armene.

[Klageren] klagede næste gang over udstrålende smerter i nakke og lænd i brev til forsikringsselskabet den 7. juli 2014.

Vi vurderer på baggrund af ovenstående, at de aktuelle udstrålende smerter til arme og lænderyggen med overvejende sandsynlighed skal tilskrives andre forhold end det anmeldte overfald.

Lungegener
Vi er opmærksomme på, at [klageren] aktuelt klager over gener fra lungerne.

Det er imidlertid vores vurdering, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det beskrevne overfald og [klagerens] lungegener, da der ikke er oplysninger om strakssymptomer. Ved strakssymptomer forstås symptomer, der er opstået i umiddelbar tilknytning til skaden.

[Klageren] klagede første gang over lungegener den 13. juni 2013, cirka tre år efter overfaldet.

Vi finder således på baggrund af ovenstående, at [klagerens] lungegener med overvejende sandsynlighed skal tilskrives andre forhold end det anmeldte overfald.

Psykiske gener
Vi er opmærksomme på, at [klageren] klager over psyskiske gener efter det anmeldte overfald.

Vi vurderer i samråd med vores lægekonsulent med speciale i psykiatri, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det anmeldte overfald og de aktuelle psykiske gener.

Vi har lagt vægt på, at [klageren] havde forudbestående psykiske gener i form af depressioner og langvarig psykiatrisk behandling ved psykiater [klageren].

Da der er tale om en ulykkesforsikring, bliver der ved vurderingen af det varige mén ikke kompenseret for forværring eller gener, der skyldes forudbestående helbredsmæssige forhold.

Det er således vores lægefaglige vurdering, at de aktuelle psykiske gener med overvejende sandsynlighed skal tilskrives andre forhold end det anmeldte overfald.

Lugtesans
Vi er opmærksomme på, at [klageren] aktuelt klager over tab af lugtesans.

Vi vurderer i samråd med vores lægekonsulent med speciale i neurokirurgi, at der ikke er årsagssammenhæng mellem det anmeldte overfald og de aktuelle klager over manglende lugtesans.

Vi har lagt vægt på, at man ved de neurologiske speciallægeundersøgelser af henholdsvis den 18. maj 2011 og den 13. april 2014 ikke nævner manglende lugtesans, og at lugtesansen den 13. april 2014 beskrives som normal.

På baggrund af ovenstående er det vores vurdering, at [klagerens] aktuelle klager over manglende lugtesans skal tilskrives andre forhold end det anmeldte overfald."

Af psykiatrisk speciallægeerklæring af 11/5 2017 fra speciallæge i psykiatri fremgår bl.a.:

"Resume
…-årig kvinde af [udenlandsk] oprindelse, der aktuelt er førtidspensioneret efter overfald i 2010. Hun har efterfølgende udviklet symptomer på PTSD og dissociativ lidelse. Har haft langvarigt forløb med såvel fysiske som psykiske gener. Ingen kendt psykisk lidelse i familien. Intet misbrug.

Konklusion
[Klageren] vurderes aktuelt at have symptomer på PTSD og dissociativ lidelse, som er opstået efter overfald i 2010. Endvidere har hun træk forenelige med varig personlighedsændring efter katastrofeoplevelse og emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse af impulsiv type. Endelig senfølger af postkommotionelt syndrom.

PTSD og dissociativ lidelse vurderes på basis af det forhåndenværende grundlag med stor sandsynlighed at stamme fra overfald i 2010. Symptomerne kompliceres af, at [klageren] fik fysisk hovedtraume, og det vil sandsynligvis ikke være muligt helt at afgøre, hvad der skyldes fysisk og hvad der skyldes psykisk komponent. Begge dele er dog hændelser knyttet til hændelsen i maj 2010.

[Klageren] har endvidere været udsat for andre traumatiske hændelser i form af [hændelse] og ophold i flygtningelejr. Hun beskriver ikke disse som traumatiske. Man får indtryk af, at der både er tale om ubearbejdet materiale, og at deres indflydelse delvist er fortrængt. Sådanne ubearbejdede traumer vil naturligt øge risikoen for at man efterfølgende er sårbare og har større risiko for at udvikle PTSD ved et nyt traume. Hvor stor grad de pågældende traumer har bidraget til omfanget af [klagerens] fysiske og psykiske reaktion efter overfaldet i 2010 kan ikke med sikkerhed vides.

Endvidere har [klageren] symptomer forenelige med personlighedsforstyrrelse. Det er ganske svært at rekonstruere en præ-traumatisk psyke ud fra patients egen hukommelse. Umiddelbart tyder [klagerens] livsforløb på, at hun har været målrettet, ressourcefuld og i stand til at håndtere udfordringer og modgang konstruktivt. Dette taler imod bestående personlighedsforstyrrelse. Endvidere er [klageren] kendt af [psykiater 1] inden traumet i 2010, og denne observerer for det første, at hun ikke havde dybere psykopatologi inden traumet, og at hun ændrer personlighed markant efter traumet i 2010. Dette kunne tyde på, at der er tale om personlighedsændring efter katastrofeoplevelse, som er opstået efter traumet i 2010 og muligvis grundet en bestående sårbarhed på grundlag af tidligere ubearbejdede traumer.

[Klageren] er henvist til psykoterapeutisk behandling, hvilket skønnes muligvis at kunne bedre hendes symptomer noget, men samtidig er der tale om en yderst behandlingsresistent lidelse, der kompliceres af et af fysisk hovedtraume. Prognosen er dermed usikker, og det vurderes, at [klageren] har svært nedsat funktionsniveau og betydelige varige mén som en følge af hændelsen i maj 2010."

Af vejledende udtalelse af 12/6 2017 fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår bl.a.:

"**Varigt mén**
Ny vurdering af varigt mén
Det varige mén er 25 procent
Vores lægekonsulenter med speciale i psykiatri har deltaget ved vurderingen af det varige mén.

Grundlaget for vores vurdering er:
- de lægelige oplysninger i sagen, herunder den fremsendte psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017.
- jeres bemærkninger om overfaldets karakter og forløbet efter, samt sagens oplysninger omkring den psykiske tilstand forud for overfaldet.

Ved vores nye vurdering af det varige mén har vi lagt til grund, at [klageren] den 8. maj 2010 var udsat for et voldeligt overfald, da hun lå og sov i en [persons] lejlighed. Ved overfaldet blev [klagerens hoved slået ind i en radiator, og hun var efterfølgende bevidstløs. Da hun kom til bevidstheden igen var politiet blevet tilkaldt af overfaldsmanden, og hun blev ført ud af lejligheden.

[Klageren] har efterfølgende forsøgt at rejse tiltale mod overfaldsmanden, men hun manglede beviser på overfaldet.

Vi har lagt vægt på, at [klageren] aktuelt klager over psykiske gener i form af øget alarmberedskab, angst, mistroiskhed, tendens til sammenfaren, irritabilitet, vredesudbrud, social isolation, søvnforstyrrelser, undgåelsesadfærd, natlig panik, dissociation og kognitive vanskeligheder.

Vi har fastsat det varige mén med udgangspunkt i vores vejledende méntabel:

Efter tabellens punkt J.1.3 vurderes middelsvær posttraumatisk belastningsreaktion til 20 procent.

Vi vurderer i samråd med vores lægekonsulent med speciale i psykiatri, at [klageren] som følge af overfaldet den 8. maj 2010 har varige, psykiske gener, som svarer til ovenstående tabelpunkt og dermed et varigt mén på 20 procent.

Vi bemærker, at vi er opmærksomme på, at [klageren] tidligere har været udsat for potentielt traumatiserende hændelser, men at der ikke er oplysninger i sagens akter om, at hun har udviklet psykiske symptomer forud for det anmeldte overfald. Det er derfor vores vurdering, at den samlede, aktuelle psykiske tilstand skal tilskrives overfaldet.

Samlet mén
Når der er tale om en skade, der omfatter flere af de områder, der er fastsat procenter for i méntabellen, sker der ikke automatisk en fuld sammenlægning af de forskellige procenter. Den samlede ménprocent vil blive fastsat efter et skøn, hvor det samlede funktionsniveau vurderes.

Vi har tidligere vurderet, at [klageren] som følge af en hjernerystelse har varige, helbredsmæssige følger i form af kognitive vanskeligheder, som svarer til et varigt mén på skønsmæssigt 10 procent.

Da der er overlappende symptomer mellem følgerne efter hjernerystelsen og de psykiske gener, har vi fastsat det varige mén ud fra en vurdering af det samlede funktionsniveau. Vi vurderer, at den samlede funktionsnedsættelse svarer til et varigt mén på skønsmæssigt 25 procent.

Vi henviser i øvrigt til vores udtalelse af 20. september 2016.

Vi vurderer derfor nu det samlede, varige mén som følge af overfaldet den 8. maj 2010 til 25 procent."

Af udtalelse af 2/7 2017 fra speciallæge i psykiatri fremgår bl.a.:

"Undertegnede, som har haft [klageren] i behandling/ terapi gennem længere tid; både før og efter overfaldet 2010; har fået tilsendt den 11/5-2017 af [psykiater 2] udfærdigede psykiatriske speciallægeerklæring til gennemlæsning.
…
Det lange terapiforløb hos mig før overfaldet i 2010, omhandlede tidligere livsbegivenheder.
…
<u>Traumeudvikling generelt og vedrørende [klageren] specifikt</u>
…
[Hændelse] og opholdet i flygtningelejren rummede med mit indgående kendskab til [klageren] og efter mit bedste skøn ikke noget ubearbejdet, som medvirkede til at øge risikoen for udvikling af PTSD ved traumet i 2010.
…
Ved overfaldet i 2010, var der derimod en række faktorer, som var medvirkende til, at traumet blev meget voldsomt og afmagtsskabende. Traumet blev også udstrakt i tid til efter selve overfaldet, hvad der har forstærket afmagtsfølelsen, og tæret på selvværet.

1. [Klageren] blev overfaldet i sovende tilstand.
2. [Klageren] blev overfaldet af en person, hun havde en nær relation til, og derfor ikke forventede den slags af.
3. [Klageren] mistede bevidstheden som følge af det hovedtraume, hun pådrog sig i forbindelse med overfaldet.
4. Hun frygtede for sit liv.
5. Da [klageren] blev vækket af politiet, lå hun på sengen uden tøj på. Dette må være blevet fjernet af overfaldsmanden under overgrebet, idet hun havde haft tøj på, da hun lagde sig til at sove i sengen.

a. Hun blev senere ved afhøring af politiet fortalt, at hun var blevet set af en taxichauffør, som var blevet tilkaldt til stedet af overfaldsmanden, før denne tilkaldte politiet. [Klageren] lå ifølge taxichaufføren dengang på gulvet og var påklædt.
b. [Klageren] havde ingen erindring om at have set taxichaufføren.

6. [Klageren] vanlige evne til at kommunikere var på grund af hovedtraumet blevet sat ud af kraft.

7. Politiet antog fejlagtigt, at [klageren] var beruset, da de ankom til stedet, idet overfaldsmanden ved sin opringning til politiet, havde oplyst, at [klageren] var beruset. Dette på trods af, at det var hovedtraumet, som var årsagen til, at hun virkede påvirket.
8. [Klageren] forventede hjælp fra politiet, men blev i stedet behandlet som en beruset person; som [klageren] udtrykte det: 'som en forbryder'.
9. Politibetjentene nægtede at lytte til [klageren], og nægtede dermed også at modtage hendes anmeldelse om vold fra overfaldsmandens side.
10. Politiet undlod at hjælpe hende med at finde sin ene støvle, hvorfor hun måtte gå ud til taxien med blot en støvle på. Politiet behandlede altså [klageren] som om, hun havde gjort noget forkert og som om hun var beruset, og ikke som en, der havde været udsat for et overfald med hovedtraume til følge.
11. Politiets behandling af [klageren] ændredes ikke, selvom en alkotest på skadestuens parkeringsplads samme aften viste, at hendes promille var = 0.
12. I lokalavisens politirapport kunne [klageren] efterfølgende læse, at hun havde været beruset. Rapporten var anonymiseret, men de, der kendte parterne fik den fejlagtige oplysning, som aldrig senere blev rettet.
13. Efterfølgende havde [klageren] fortsat problemer med, at politiet var utilbøjelige til at tro på hende.
14. [Klageren] oplevede det ultimative bevis på at have mistet sin troværdighed, da hun tabte sagen mod sin overfaldsmand.

[Klageren] før og efter overfaldet i 2010

…

Det var smerteligt og chokerende for [klageren], at hendes kognitive evner blev så voldsomt påvirket som følge at overfaldet og hovedtraumet. Dette, og også det ca. tre måneder lange hukommelsestab hun led af efter overfaldet, medførte at hendes mulighed for at opnå retfærdighed blev definitivt ødelagt, idet hun blev misforstået og bl a fik svært ved at fremstille sin sag i retten.

Det har også været chokerende for [klageren] at opleve at blive behandlet direkte afvisende og med total mangel på forståelse af myndighederne, sandsynligvis som en konsekvens af, at hun var præget af de kognitive problemer, som opstod efter hovedtraumet.

(Jeg var selv til stede i byretten, og oplevede der, at [klageren] blev behandlet påfaldende afvisende af dommeren. Dette anskueliggjorde tydeligt de vanskeligheder [klageren] havde efter hovedtraumet på grund af sine alvorlige kognitive gener.)

I terapien er det kommet frem, at overfaldsmanden løbende chikanerede [klageren] efter overfaldet. Overfaldsmanden kontaktede både hende og hendes omgangskreds med negative SMS beskeder, og han henvendte sig også personligt til personer fra hendes omgangskreds – så sent som i slutningen af 2011. Det var uomtvisteligt, at overfaldsmanden målrettet stræbte efter at ødelægge [klageren] renomme' i lokalområdet; hun havde beklageligvis ikke de psykiske kræfter til at modarbejde dette på grund af sine alvorlige postkommotionelle gener og de psykiske følger af overfaldet.

Overfaldsmandens adfærd efter overfaldet i 2010, har derfor medvirket til at vedligeholde traumet og medført øget stress hos [klageren].

[Klageren] havde i terapiforløbet indtil overfaldet i 2010 profiteret godt af den psykoterapeutiske behandling, og behandlingen var ved at udfases.

Hun var før overfaldet i 2010 en stabil, aktiv, viljestærk, venlig, velbalanceret og velovervejet person. Hun var social og omgængelig, og hun havde både let ved at at skabe kontakter og holde fast i dem. Hun havde en stabil og stor omgangskreds.

Hun håndterede også modgang på en hensigtsmæssig måde.

Hun havde god evne til at arbejde hårdt og målrettet, var meget aktiv, men aldrig sygeligt aktiv og ikke stemningssvingende.

Efter den voldsomme hændelse i 2010 har [klageren] ændret sig [klageren] meget dramatisk. Hun er blevet utryg, mistroisk, stridbar og koncentrationsevnen er blevet nedsat. Hun mister let tråden i samtaler, er blevet utålmodig og vanskelig at omgås. Hun har stort set mistet hele sin omgangskreds;

Da hun stadig har de sociale behov, hun havde tidligere, er det meget plagsomt for hende at være så isoleret og ensom, som hun er blevet efter overfaldet i 2010; dog magter hun ikke selv at f eks være sammen med mere end en person ad gangen.

I [psykiater 2s] erklæring beskrives [klageren] som 'normalbegavet'.

En sådan vurdering kræver en uddybende forklaring for at give mening, når det drejer sig om en person, der har lidt skade både fysisk og psykisk.

[Klageren] har både svær PTSD og restsymptomer fra postkommotionelt syndrom. Hun bør ikke isoleret set vurderes intelligensmæssigt hverken ved intelligenstest eller klinisk, uden at vurderingen er sat i sammenhæng.

Der bør være en bemærkning om, hvorvidt der foreligger oplysninger om præmorbidt intelligensniveau eller ikke, for at et skøn over intelligensen er brugbart hos en person med svær posttraumatisk stress; særlig i en forsikringssag.

[Klageren] har ud fra min vurdering tidligere ligget betydeligt over middel niveau i begavelse. Der foreligger dog ikke en egentlig intelligenstest hverken fra tidligere eller aktuelt.

Det faktum, at [klageren] i dag vurderes som kun middelbegavet modsat hendes betydelig højere intelligens tidligere er af betydelig interesse særlig i en forsikringssag.

At [klageren] både har PTSD, og en restilstand efter et svært postkommotionelt syndrom medfører som nævnt i [psykiaters] speciallægeerklæring at de to tilstande komplicerer hinanden.

Dette må efter mit bedste skøn medføre, at de to tilstande sammen foranlediger en større skade end de to hver for sig lagt sammen. Man kan udtrykke det som en form for katalyserende effekt skademæssigt.

Det vil være en direkte fejl, at vurdere de to skader sammen som mindre end summen af de to, da lidelsen selvsagt ikke bliver mindre af at de er til stede samtidig. Der bør med andre ord absolut ikke gives en form for rabat til forsikringen m h t mengrad.

Somatiske indlæggelser 2013
Disse indlæggelser er stort set ikke er blevet behandlet i speciallægeerklæringen. Der er blot henvist til de somatiske journaler, som er vanskelige at få overblik over, når man ikke har fulgt forløbet tæt.

[Klageren] var i en 6 måneder lang sammenhængende periode i 2013 indlagt på forskellige somatiske afdelinger på [hospital 2] og [hospital 1] og efterfølgende på rehabiliterings/genoptræningscentret …

Det lange sygdomsforløb med de for [klageren] under indlæggelsen helt uforståelige og invaliderende symptomer har fået alvorlige konselvenser med usikkerhed og urtyghed og dermed for hendes helbred for resten af hendes liv.

Hun havde under indlæggelsen meget alvorlige og livstruende symptomer, som var klinisk påvisbare med synkebesvær og fejlsynkning til lungerne og også voldsom vægtnedgang til følge. Der var generel muskelsvækkelse til lammelse af udbredte muskelgrupper; [klageren] havd tale og vejrtrækningsproblemer; hun kunne ikke gå endsige flytte sig selv i sengen i en lang periode under indlæggelsen; følgesymptomer som voldsomt vægttab og lungebetændelse skyldtes muskelsvækkelse og fejlsynkning.

Lungebetændelsen gav anledning til overflytning til infektionsafdelingen [hospital 1], og hun fik muligvis pga sondeernæring en svær maveinfektion, som medførte indlæggelse i isolation på [hospital 2].

Med hensyn til [klageren] synkebesvær, er det væsentligt at påpege, at synkebesværet ikke havde sin grund i viljemæssig ønske om ikke at spise, men var en reel manglende evne til at synke. P g a det voldsomme vægttab og særlig pga fejlsynkningstendensen blev der anlagt ventrikelsonde til ernæring.

(Der er et par steder i journalerne fejlagtige bemærkninger om, at [klageren] skulle lide af anorexi; muligvis pga mangel på noteret vægt ved indlæggelsen; og vægtnedgangen var påfaldende hurtig.)

På mistanke om forskellige neurologiske lidelser, blev der lavet diverse undersøgelser. Konklusionen fra neurologerne på [hospital 1] var, at lidelsen havde sin grund i den voldsomme katastrofeoplevelse [klageren] havde i forbindelse med overfaldet i 2010.

Hermed, kan det konkluderes, at det lange sygdomsforløb, som havde sin baggrund i overfaldet er blevet et yderligere traume med relation til overfaldet.

Jeg fulgte [klageren] tæt under indlæggelsesperioden, og har derfor et sammenhængende billede af udviklingen i denne periode.

> Det er ikke en overdrivelse at sige, at stort set alle [klageren] tidligere forcer, og hele hendes tilværelse er taget fra hende efter det voldelige overfald i 2010; beskrivelsen i [psykiater 2s] speciallægeerklæring af [klagerens] aktuelle tilstand er godt dækkende.
>
> Jeg er til gengæld helt uenig med hensyn vurderingen i samme speciallægeerklæring, at [hændelse] 25 år tidligere var med til at øge sårbarheden for udvikling af PTSD efter overfaldet i 2010."

Ved udtalelse af 23/8 2017 fastholdt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring sin afgørelse. Ved brev af 20/12 2017 fandt Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ikke grundlag for at foretage en fornyet vurdering af sagen.

Af brev af 22/1 2018 fra Arbejdsmarkedets Erhvervssikring fremgår bl.a.:

> "Du har i din mail efterspurgt en begrundelse for, hvad lægekonsulenten er nået frem til i din sag, og hvordan han er nået frem til sit resultat.
>
> Du har desuden bedt om en uddybning af den foretagne ménvurdering i vores vejledende udtalelse af 12. juni 2017.
>
> Sidst men ikke mindst påpeger du, at din sag ikke er oplyst med hensyn til den somatoforme del af dit mén.
>
> En vejledende udtalelse indeholder en vurdering af det varige mén som følge af et bestemt ulykkestilfælde. Ved vurderingen af det varige mén foretages en vurdering af, hvilke gener der kan tilskrives et bestemt ulykkestilfælde. På baggrund af disse gener fastsættes et varigt mén med udgangspunkt i den vejledende méntabel.
>
> Ved udmålingen af det varige mén for de psykiske gener, foretages vurderingen ud fra de psykiske geners sværhedsgrad på baggrund af antallet af de aktuelle psykiske symptomer, symptomernes hyppighed og intensitet samt genernes indflydelse på den personlige livsførelse, sammenholdt med méntabellens tabelpunkter.
>
> I speciallægeerklæringen af 11. maj 2017 er beskrevet psykiske symptomer i form af øget alarmberedskab med vagtsomhed grænsende til mistroiskhed, tendens til angst, anspændthed, muskelspændinger og tendens til sammenfarenhed, følsomhed over for lyde og sanseindtryk, tendens til irritabilitet og vrede, søvnforstyrrelser, isolationstendens og undgåelse af mænd og steder, der minder om overfaldsstedet i 2010, oplevelse af at høre lyden af dit hoved, der rammer gulvet, tendens til at vågne op i panik om natten og mangle orientering, oplevelse af flere tilfælde, hvor du ikke kan huske hvad du har lavet, hyppige derealisations- og depersonalisations-oplevelser, bekymringstendens med bekymringer for eget liv og helbred, dødsfrygt og frygt for datters helbred, følelse af skam over overfaldet og beskrevet som manisk i perioder, men aftaget tendens til flashbacks og mareridt.
>
> Det er specifikt anført, at der ikke er tvangstanker- eller handlinger, ingen perceptionsforstyrrelser, hallucinationer, tankeforstyrrelser eller vrangforestillinger.

På baggrund af beskrivelsen af de psykiske symptomer i speciallægeerklæringen af 11. maj 2017 har vores lægekonsulenter vurderet, at de psykiske følger efter overfaldet bedst kan sammenlignes med méntabellens punkt J.1.3 med henvisning til blandt andet øget alarmberedskab, angst, mistroiskhed, tendens til sammenfarenhed, irritabilitet, vredesudbrud, social isolation, søvnforstyrrelser, undgåelsesadfærd, natlig panik, dissociation og kognitive vanskeligheder. Som det fremgår af den direkte ordlyd af lægekonsulentens svar er det ikke en udtømmende liste af gener, men en opsummering af de væsentligste symptomer, der danner grundlaget for vurderingen.

Det er vores lægefaglige vurdering, at de beskrevne symptomer og deres sværhedsgrad bedst svarer til middelsvær posttraumatisk belastningsreaktion, og vi har derfor fastsat det varige mén til skønsmæssigt 20 procent efter tabellens J.1.3.

Ved fastsættelsen af det varige mén har vi endvidere lagt vægt på, at méntabellens punkt J.1 angiver, at der over tid kan ske en ændring af de psykiske symptomer i retning af personlighedsændring efter katastrofeoplevelse. Disse to tilstande bliver behandlet under en fælles méngrad, og en personlighedsændring er i sig selv ikke tilstrækkeligt til, at ménet skal fastsættes efter J.1.5. Der skal fortsat foretages en konkret vurdering på baggrund af symptomernes sværhedsgrad.

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har tidligere ved udtalelse af 20. september 2016 vurderet de fysiske følger efter en hjernerystelse til et varigt mén på skønsmæssigt 10 procent. Vi har ved vurderingen lagt vægt på, at kognitive symptomer i form af hovedpine, tinnitus, hukommelses- og koncentrationsbesvær, nakkesmerter og lyd- og lysfølsomhed skal tilskrives den anmeldte ulykke.

I lighed med den udfærdigede psykiatriske speciallægeerklæring af 11. maj 2017, er det vores vurdering, at der er symptomoverlap mellem de kognitive følger efter ulykken og de psykiske symptomer, herunder de beskrevne gener i form af hukommelsesproblemer, koncentrationsbesvær og lyd- og lysfølsomhed. Der er derfor, i overensstemmelse med den vejledende méntabels afsnit 3.2.3.3 angående multiple skader med fælles symptomer, foretaget en vurdering af, hvad de samlede helbredsmæssige følger efter ulykken kan begrunde af samlet varigt mén ud fra det samlede funktionsniveau.

De efterfølgende fremsendte indsigelser og bilag fra dig og din advokat indeholdt ikke nye oplysninger om de psykiske symptomer, men angik primært uenighed i vurderingen af symptomernes sværhedsgrad og fortolkning af méntabellens punkter for posttraumatisk belastningsreaktion samt underbygning af, at de psykiske symptomer i det fulde skal tilskrives overfaldet.

De modtagne bilag gav i juli 2017 anledning til genforelæggelse for vores lægekonsulenter i relation til ménudmålingen, og lægekonsulenterne fastholdt vurderingen af det varige mén for psykiske gener og det samlede mén. Da de efterfølgende fremsendte bilag fortsat ikke indeholdt nye oplysninger om de psykiske symptomer, har der ikke været grundlag for at ændre i den foretagne ménvurdering.

Vi er opmærksomme på, at du aktuelt klager over somatoforme tilstande. Vi har lagt vægt på, at somatoforme lidelser efter aktuel lægefaglig viden anses for udløst af komplekse årsagsforhold, og vi vurderer, at de aktuelle klager over somatoforme tilstande ikke med overvejende sandsynlighed skal tilskrives overfaldet den 8. maj 2010."

27. 91732

Af forsikringsbetingelserne fremgår bl.a.:

> "**7 Erstatning**
> **7.10 Erstatning ved invaliditet**
> Hvis sikrede bliver varigt invalideret, betales erstatning med så mange procent af forsikringssummen, som invaliditeten er fastsat til – forsikringssummen for invaliditet er nævnt i policen. Sikredes invaliditetsprocent fastsættes i lighed med reglerne om varigt men i Lov om forsikring mod følger af arbejdsskade, §18, stk. 1 og 2.
> Efter disse regler skal invaliditetsprocenten fastsættes ud fra en medicinsk bedømmelse af de varige ulemper, ulykkestilfældet har medført i den sikredes daglige livsførelse, uden hensyn til dennes specielle erhverv. Den méntabel, der benyttes, vises på Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside www.ask.dk. Invaliditetsprocenten fastsættes, så snart de endelige følger kan bestemmes – dog senest 2 år efter ulykkestilfældet.
> …
> **11.20 Arbejdsskadestyrelsen**
> Vi benytter samme praksis som Arbejdsskadestyrelsen – Arbejdsskadeforsikringslovens §18, stk. 1 og 2. Er sikrede ikke enig i vores afgørelse, kan spørgsmålet om mén-fastsættelse indbringes for Arbejdsskadestyrelsen.
> Ændres afgørelsen til fordel for sikrede, betaler vi de hermed forbundne omkostninger"

Nævnet udtaler:

Klageren var den 8/10 2010 udsat for et voldeligt overfald, hvor gerningsmanden slog hendes hoved ind i en radiator, imens hun lå og sov. Efter overfaldet har klageren døjet med gener efter en hjernerystelse i form af blandt andet hovedpine, tinnitus, kognitive gener i form af hukommelses- og koncentrationsbesvær og lyd- og lysoverfølsomhed, samt nakkesmerter uden udstråling og varige psykiske gener.

Af klageskemaet fremgår det, at klageren ønsker at "opnå fuld erstatning for den aktuelle psykiske tilstand uden fradrag, idet når der er tale om sammenlappende symptomer (AES har fundet 1 ud af over 43) medfører det ikke fradrag men sammenlægning. Da min skade direkte fremgår af méntabellen, skal forsikringsselskabet/ AES ej heller placere skaden skønsmæssigt i tabellen."

Selskabet har udbetalt erstatning svarende til et varigt mén på 25 % og har afvist at udbetale yderligere erstatning.

Ankenævnet *for* Forsikring

28. 91732

Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har i udtalelse af 26/10 2015 vurderet, at klagerens gener som følge af hændelsen har medført et varigt mén på 8 %. Sagen blev igen forelagt for Arbejdsmarkedets Erhvervssikring, der i udtalelse af 20/9 2016 har vurderet klagerens varige mén til 10 %. Ved udtalelse af 12/6 2017 har Arbejdsmarkedets Erhvervssikring vurderet klagerens varige mén til 25 %. Arbejdsmarkedets Erhvervssikring har ved udtalelse af 23/8 2017 fastholdt sin afgørelse.

Nævnet finder, at klagen i det alt væsentlige angår de vurderinger, som Arbejdsmarkedets Erhvervssikring ad flere omgange har foretaget, og som selskabet har fulgt. Da Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings vurderinger i den konkrete sag baserer sig på betydelige lægelige skøn, finder nævnet, at en anfægtelse af disse vurderinger i givet fald må ske via en egentligt bevisførelse for en domstol – herunder eventuelt med inddragelse af Retslægerådet. En sådan sag må i givet fald anlægges af klageren mod selskabet.

Det følger af vedtægternes § 4, stk. 1, at nævnet må afvise at afgøre sagen.

Med henvisning til klagers mail af 4/4 2018, skal nævnet for god orden skyld oplyse, at medarbejdere fra det indklagede selskab ikke har deltaget i behandlingen af denne sag.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Nævnet kan ikke afgøre sagen.

Klagegebyret tilbagebetales.

Svend Bjerg Hansen
Udskriftens rigtighed bekræftes

Mette Eisenhardt