Ankenævnet *for* Forsikring

Den 23. januar 2019 blev i sag nr. 92249:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxx

mod

Lægernes Pension
Dirch Passers Allé 76
2000 Frederiksberg

afsagt

k e n d e l s e :

_____

Forsikringstageren har forsikring mod tab af erhvervsevne. Hun klager over, at selskabet har afvist at udbetale midlertidige helbredsbetingede ydelser frem til slutningen af april 2018.

Forsikringen berettiger til helbredsbetingede ydelser, når erhvervsevnen som læge er blevet nedsat til 1/3 eller derunder af den pågældendes fulde erhvervsevne. Retten til invalidepension er betinget af, at erhvervsudygtigheden har varet eller skønnes at ville vare mindst 6 måneder.

I klage af 24/4 2018 har hun bl.a. anført:

> "Undertegnede … klager hermed over, at Lægernes Pensionskasse i flere skrivelser har givet mig afslag på midlertidig invalidepension, i øvrigt efter at man fra Pensionskassen flere gange har gjort mig opmærksom på, at jeg kunne søge en invalidepension.
>
> Jeg blev alvorligt syg i august 2015, hvor man efter suspekte mammografier [hospital 1], fandt maligne (ondartede) celler ved punktur af venstre bryst (ductus carcinoma in situ, DCIS high grade). Der var indikation for fjernelse af begrænset område af venstre bryst, hvorfor jeg blev opereret herfor på … hospital 21/9 2015. Ved denne i første omgang brystbevarende operation blev der desværre ikke opnået tumorfrie resektionsrande.
>
> For at fjerne alle maligne celler, blev det nødvendigt med en ny operation for at fjerne alt kirtelvæv i venstre bryst.

Der blev derfor 13/10 2015 udført en subcutan mastectomi på [hospital 1]. Ved operationen blev der fejlagtigt fjernet også en stor del af venstre brystmuskel (Musculus pectoralis major), hvilket der umiddelbart kom symptomer på, og hvilket kunne påvises ved senere undersøgelse ved dansk [plastikkirurg] 14/3 2017 og ved operation på [hospital 2] 17/8 2017. Endvidere kom der usædvanlig og uacceptabel rigelig blødning (1½l) og et større hæmatom, som senere har medført fibrose og kapselskrumpning omkring implantatet. Til at fastholde det indopererede brystimplantat blev der indopereret et net med fastsyning langt bagtil på venstre thoraxvæg, hvilket gav vedvarende stramning og smerter.

På grund af stramning og smerter, nedsat muskelfunktion og føleforstyrrelser fik jeg 14 /6 2016 på plastikkirurgisk afdeling [hospital 1] foretaget 3. operation med fjernelse af implantat i venstre bryst, hvilket gav en mindre lettelse i stramning, men samtidig et kosmetisk uacceptabelt og psykisk belastende resultat. Der henvises til senere erklæringer herom ved [plastikkirurg] marts-maj 2017. Endvidere var der i venstre bryst efterladt kirtelvæv, der skulle fjernes.

Efter et meget dårligt forløb, havde jeg således udsigt til endnu en nødvendig operation.

På grund af smerter, stramning, læderet og indskrænket muskelfunktion og dertil uhensigtsmæssigt kosmetisk resultat og udsigt til ny operation, endvidere følger efter trafikulykke i 2012 med traumatisk thorakal og cervikal discusprolaps med pyramidebanelæsion (påvirkning af lange motoriske nervebaner i rygmarven), påvist ved elektrofysiologisk undersøgelse, var jeg langvarigt sygmeldt fra arbejdet som læge. Således var jeg senest ansat som vikar på nedsat tid i … på … fra ultimo november 2015 til 31.1.2016, hvor min kontrakt sluttede, idet denne [arbejdsplads] blev lukket af … Forinden var jeg blevet tilbudt at overtage ... på fuld tid, hvilket jeg på grund af nævnte gener og planlagte operation ikke var i stand til, og jeg har siden været sygemeldt. Efter flere forslag fra Lægernes Pensionskasse, hvor man havde bemærket manglende indbetaling fra ansættelser, søgte jeg midlertidig invalidepension fra Lægernes Pensionskasse fra 25/11 2016, hvor pensionskassen modtog min skriftlige anmodning.

Fra Lægernes Pensionskasse gjorde man opmærksom på, at man først ville anerkende ansøgningen fra det øjeblik, man havde modtaget lægeerklæringer fra 2 speciallæger, nemlig en plastikkirurg og en neurolog eller neurokirurg. Det tog flere måneder at finde de 2 speciallæger, der vil skrive en erklæring, idet flere læger gav blankt afslag, mens der fra andre blev lovet tilbagemelding, og efter flere opringninger, henholdende svar og flere uger blev det oplyst fra sekretæren, at man ikke kunne komme til at tale med den hospitalsansatte overlæge. Dette gav en langvarig forsinkelse i anerkendelse af ansøgning, også fordi man fra Lægernes Pensionskasse ikke ville bistå med at udpege to egnede og velvillige speciallæger.

Overlæge i neurokirurgi ved [hospital 3] … har indsendt erklæring direkte til Lægernes Pensionskasse i marts 2017 og [plastikkirurg] har indsendt erklæring til pensionskassen i maj 2017. Der henvises til disse erklæringer, som pensionskassen er i besiddelse af.

Jeg fik afslag på min anmodning og klagede til pensionskassen herover. Jeg fik herefter fastholdelse af afslag fra pensionskassens juridiske konsulent og klagede videre til pensionskassens bestyrelse. Herfra fastholdt man afslaget på midlertidig invalidepension i skrivelse dateret 4/9 2017.

Jeg er så blevet opereret 4. gang 17/8 2017 på plastikkirurgisk afdeling [hospital 2], hvor jeg fik foretaget rekonstruktion af venstre bryst med en DIEP-lap (fri hudsubcutis lap fra bugvæg) efter forudgående fjernelse af resterende kirtelvæv.

Forløbet var katastrofalt med delvis og senere total lapnekrose (vævsdød i lappen). Ved 5. operation 18/8 måtte lappen fjernes delvist og resten af lappen ved 6. operation 20/8. Defekten på thorax blev midlertidig dækket med VAC-svamp (vacuumterapi).

Ved 7. operation i dette forløb 31/8 2017 fik jeg på [hospital 2] foretaget ambulant transplantation af hud fra højre arm til defekt i venstre brystområde, hvilket resulterede i blodforgiftning med høj feber, akut indlæggelse på [hospital 3] inden for samme døgn og overflytning til [hospital 2]. Herfra blev jeg 4/9 hasteudskrevet i dårlig almentilstand, meget lav blodprocent og med åbent og inficeret sår efter fund af særlig resistente og farlige MRSA-stafylokokker, som jeg var blevet inficeret med under indlæggelsen 17/8 – 22/8 2017. Det nye transplantat var også dødt og fjernet på udskrivningsdagen 4/9. Jeg blev hasteudskrevet, fordi jeg nu udgjorde en infektionsrisiko i afdelingen.

I efterforløbet har jeg været plaget af smerter i de opererede områder i bugvæg og i venstre side af brystkassen. Fra de inficerede sår har det flydt med materie og særlig farlige stafylokokker med gennemsivning af forbindinger og tøj i flere uger. Udtalte smerter har varet endnu længere.

Opererende læge har i statusattest først raskmeldt mig fra 1/1 2018, hvilket pensionskassen ikke tager hensyn til. Pensionskassens lægekonsulent har tilsyneladende ikke kendskab til forløbet, herunder smerter, efter 4 operationer indenfor 2 uger, deraf en af 11 timers varighed og med dertil svarende læsioner og påvirkning af dagligt bevægemønster, og der blev ikke taget hensyn til det infektionsbetingede forsinkede helingsforløb.

Lægekonsulenten ved Lægernes Pensionskasse tager ikke engang hensyn til det 3 måneder varende meget belastende forløb forud for den mislykkede DIEP-lap-operation 17/8 2017, idet operationen oprindelig var planlagt til 11/5, men blev aflyst 2 dage før, idet en MR-scanning havde givet mistanke om malignitet i det andet (højre bryst), hvilket krævede flere undersøgelser før denne mistanke kunne afkræftes. Undersøgelsesprogram for malignitet i højre bryst og ventetid på en ny tid til omtalte store operation af op til 11 timers varighed i venstre bryst, som jeg med få dages varsel kunne blive indkaldt til, men først fik 17/8, gav selvfølgelig yderligere stress, som nedsatte mine arbejdsevne, og ingen arbejdsgiver ville have ansat mig i denne situation, hvilket pensionskassen ikke tager hensyn til uanset, at man har indhentet kopi af mine sygehusjournaler.

Jeg klager således over afslaget dateret 28/2 2018, idet jeg mener, at jeg efter et langvarigt og særdeles kompliceret sygdomsforløb burde have bevilget midlertidig invalidepension også for tiden før 17/8 2017 og også for tiden efter 20/11 2017. Dermed bliver varigheden også over ½ år, jfr. det i afslaget oplyste krav om varighed på mindst 6 måneder. Jeg klager også over afslag 5/4, 1/6 og 20/6 2017 på min første ansøgning.

Efter Sundhedsstyrelsens regler, er jeg fortsat klassificeret som ikke MRSA-fri patient, hvilket har medført en social og erhvervsmæssig stigmatisering. Denne betegnelse kan jeg tidligst slippe for ved endnu en negativ podning i slutningen af april 2018. Det kræver indtil da særlige forholdsregler ved behandling på sygehus eller arbejde i sundhedsvæsenet, idet en arbejdsgiver skal acceptere dette og tage særlige forholdsregler, hvilket selvfølgelig påvirker mig og mine arbejdsmulighe-

der voldsomt. Vedrørende flere oplysninger herom henvises til min klage af 17/3 2018 til pensionskassen.

Jeg har tidligere passet mit arbejde som … læge … uden påfaldende sygelighed. I forbindelse med et langvarigt og kompliceret sygdomsforløb har jeg været ude af stand til at passe mit arbejde som læge.

At man så fra Lægernes Pensionskasse giver gentagne afslag på en midlertidig invalidepension, finder jeg ganske urimeligt, idet man dermed ser bort fra patientens totale situation, herunder den belastning et sådant forløb må være på flere områder.

Jeg klager således over afslag af 28/2 2018 fra pensionskassen på ansøgning af 11/9 2017, og afslag fra pensionskassen af 4/9 2017 på ansøgning af 25/11 2016, hvoraf det også fremgår, at sagsbehandlingen har taget for lang tid, jfr. ovenstående nærmere oplysninger herom.

Efter flere MRSA-frie dyrkninger skal jeg igen undersøges for resistente stafylokokker i slutning af april, og såfremt resultatet er uden disse farlige bakterier, vil jeg efter gældende regler være MRSA-fri og planlægger så at søge arbejde igen. Som det fremgår af speciallægeerklæring fra [plastikkirurg] januar 2018, er der behov for en ny operation med rekonstruktion med eget væv, hvilket jeg planlægger til efteråret 2018.

I øvrigt henvises til vedhæftede filer, herunder min klage til pensionskassen af 17/3 2018, hvor jeg efter pensionskassens klagevejledning har klaget til den juridiske konsulent. Herfra har man udsat afgørelsen til efter 2. april, hvorefter jeg har fået endnu et afslag dateret 5/4 2018."

Selskabet har i indlæg af 14/5 2018 til nævnet bl.a. redegjort for sagsforløbet og afgørelsen således:

"Lægernes Pension har på baggrund af de indsendte lægejournaler vurderet, at klagerens lægelige erhvervsevne var nedsat til 1/3 eller derunder fra den 17. august 2017, hvor klager blev opereret i venstre bryst. På baggrund af oplysningerne fra klagers kontrol den 25. september 2017, har Lægernes Pension vurderet, at klagers lægelige erhvervsevne var nedsat til under 1/3 indtil den 31. oktober 2017, svarende til cirka 2½ måneder.

Lægernes Pension har baseret sin vurdering på, at det af klagers lægerapport fremgår, at der ved kontrol den 25. september 2017 blev konstateret, at der resterede en lille defekt i huden og at såret fra operationen var godt helet. På den baggrund vurderede Lægernes Pension, at den lægelige erhvervsevne efter den 31. oktober 2017 ville være højere end 1/3.

Lægernes Pension bemærker, at klager på side 3 i klagen til Ankenævnet for Forsikring nævner en statusrapport, udarbejdet af den opererende læge, hvori det står, at hun er blevet raskmeldt fra den 1. januar 2018. Lægernes Pension har ikke modtaget denne statusrapport og den har derfor ikke indgået i sagsbehandlingen.

Betingelser for tildeling af invalidepension
For at få tilkendt eller opretholde en allerede tilkendt invalidepension skal betingelserne i pensionsregulativets § T7 være opfyldt. Pensionsregulativet er vedlagt som bilag 5.

For at være berettiget til invalidepension må medlemmet ikke oppebære en indtægt fra lægelig beskæftigelse, som overstiger 1/3 af normalindtægten for en læge i samme alder.

Det er endvidere en betingelse, at der foreligge erhvervsudygtighed, dvs. erhvervsevnen som læge på grund af sygdom eller ulykke skal i minimum 6 måneder være nedsat til 1/3 eller derunder af den pågældendes fulde erhvervsevne. Lægernes Pensions pensionsregulativ vedlægges som bilag 7.

Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, 3. udgave
Det fremgår af side 32 under afsnit 8.4 i Sundhedsstyrelsens *Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, 3. udgave*, at sundhedspersonale, der har fået påvist MRSA, skal i en periode på op til 6 måneder oplyse sin arbejdsgiver om sin tidligere MRSA status. Det fremgår dog ikke af vejledningen, og der er ikke fremført andre regler herfor, at sundhedspersonale, som har fået påvist MRSA inden for de seneste 6 måneder, ikke må ansættes hos en sundhedsmyndighed i Danmark. Vejledningen nævner i stedet under afsnit 8.2 på side 31, at personale, som har fået påvist MRSA, kan henvises til mindre følsomme arbejdsområder, hvor der ikke behandles patienter med nedsat immunforsvar. *Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, 3. udgave* vedlægges som bilag 8.

Vurdering af klagers lægelige erhvervsevne, fordelt på tidsperioder
Idet klagers sygdomsforløb strækker sig tilbage til august måned 2015, vil sygdomsforløbet blive delt op i tidsperioder, og det vil under hvert tidsperiodeafsnit blive redegjort for klagers lægelige erhvervsevne i den pågældende periode.

Erhvervsevnen mellem den 26.august 2015 og ultimo november 2015
Det kan ikke lægges til grund, at klagers lægelige erhvervsevne i perioden mellem den 26. august 2015, da hun på grund af brystkræft blev sygemeldt, og ultimo november 2015, da klager startede at arbejde på en … på …, har været nedsat til 1/3 eller derunder, da den lægelige erhvervsevne for denne periode ikke er dokumenteret.

Selv hvis det lægges til grund, at klagers operationer af den 21. september og 13. oktober 2015 nedsatte klagers lægelige erhvervsevne til 1/3 eller derunder, så har den ikke været nedsat til 1/3 eller derunder i mere end ca. 2 måneder, da klager ultimo november 2015 startede i arbejde på … på …
Klagers lægelige erhvervsevne har således ikke været nedsat til 1/3 eller derunder i perioden mellem den 26. august 2015 og ultimo november 2015.

Erhvervsevnen mellem ultimo november 2015 og 31. januar 2016
Fra ultimo november 2015 til 31. januar 2016 var klager ansat på …, hvor hun arbejdede 20 timer ugentligt. I denne periode udførte hun faktisk lægeligt arbejde på mere end 1/3, hvilket i sig selv udelukker retten til invalidepension efter Lægernes Pensions pensionsregulativ § T7.
Mellem ultimo 2015 og 31. januar 2016 opfyldte klager derfor ikke betingelserne for tilkendelse af invalidepension.

Erhvervsevnen mellem den 31. januar 2016 og 14. juni 2016
Den 31. januar 2016 ophørte klagers ansættelse på … og hun blev sygemeldt fra februar måned 2016. En sygemelding i sig selv medfører ikke, at erhvervsevnen formodes at have været nedsat til

1/3 eller derunder og der foreligger heller ikke dokumentation for, at klagers lægelige erhvervsevne har været nedsat i perioden mellem den 31. januar 2016, hvor hendes ansættelsesforhold ophørte, og den 14. juni 2016, da klager igen blev opereret. Klager fik i perioden heller ikke foretaget behandlinger, som kunne nedsætte den lægelige erhvervsevne, og der er heller ikke dokumenteret forøgelse af klagers gener.

Idet der ikke foreligger dokumentation for, at klagers lægelige erhvervsevne har været nedsat i perioden inden operationen den 14. juni 2016, kan det ikke lægges til grund, at klagers lægelige erhvervsevne har været nedsat til 1/3 eller mellem den 31. januar 2016 og 14. juni 2016.

Erhvervsevnen mellem den 14. juni 2016 og 14. marts 2017
Den 14. juni 2016 blev klager opereret i venstre bryst på [hospital 1]. Der foreligger derfor ikke dokumentation for, at den lægelige erhvervsevne som følge af operationen var nedsat til 1/3 eller derunder.

Der foreligger således heller ikke dokumentation for, at klagers lægelige erhvervsevne har været nedsat til 1/3 eller derunder i mindst 6 måneder efter operationen den 14. juni 2016, og klager opfylder derfor ikke betingelserne for tilkendelse af invalidepension for perioden.

Erhvervsevnen mellem den 14. marts 2017 og 17. august 2017
Lægernes Pension kan på baggrund af de indhentede lægeerklæringer af 14. og 17. marts 2017 fra [neurokirurg] og [plastikkirurg] ikke lægge til grund, at klagers lægelige erhvervsevne har været nedsat til 1/3 eller derunder i perioden inden operationen den 17. august 2017.

Lægernes Pension har i den forbindelse lagt vægt på, at det af lægerapporterne af 14. og 17. marts 2017 fremgår, at klager havde gener fra et trafikuheld den 2. juni 2012 og tre mislykkede operationer i henholdsvis september og oktober måned 2015, samt en i juni måned 2016, men at den lægelige erhvervsevne på trods af generne ikke var nedsat til 1/3 eller derunder, idet begge lægeerklæringer vurderer, at klager havde fuld erhvervsevne.

Der er derfor ikke grundlag for at regne perioden forud for klagers operation den 17. august 2017 med i den periode, hvor klagers erhvervsevne var nedsat til 1/3 eller derunder, idet der ikke foreligger dokumentation for, at den lægelige erhvervsevne skulle være blevet nedsat til 1/3 eller derunder i perioden mellem marts 2017, da lægerapporterne blev udarbejdet af [neurokirurg] og [plastikkirurg], og operationen den 17. august 2017.

Lægernes Pension vurderer, at klagers lægelige erhvervsevne kan have været reduceret i perioden før den 17. august 2017 og efter 31. oktober 2017, idet der var visse lægelige funktioner, som ikke kunne varetages på grund af generne. Men hverken Lægernes Pension eller lægeerklæringerne udarbejdet 14. og 17. marts 2017 har vurderet, at klagers lægelige erhvervsevne i førnævnte perioder var nedsat til 1/3 eller derunder.

I forhold til klagers påstand om, at det korte indkaldelsesvarsel til en omfattende operation forårsagede stress og derfor nedsatte hendes lægelige erhvervsevne, så foreligger der ikke dokumentation for, at klagers lægelige erhvervsevne i perioden mellem den 11. maj 2017 og 17. august 2017 har været nedsat til 1/3 eller derunder som følge af stress.

Lægernes Pension kan derfor ikke lægge til grund, at klagers lægelige erhvervsevnen var nedsat til 1/3 eller derunder på grund af stress. Perioden mellem den 11. maj 2017 og 17. august 2017 kan derfor ikke tillægges perioden mellem den 17. august og 31. oktober 2017, hvor klagers lægelige erhvervsevne var nedsat til 1/3 eller derunder.

Da der ikke foreligger dokumentation for, at klagers lægelige erhvervsevne i perioden mellem den 14. marts 2017 og 17. august 2017 var nedsat til 1/3 eller derunder, kan der ikke tilkendes invalidepension for perioden. Perioden kan heller ikke tillægges perioden mellem den 17. august 2017 og 31. oktober 2017, hvor klagers lægelige erhvervsevne var nedsat til 1/3 eller derunder.

Erhvervsevnen efter den 17. august 2017
Lægernes Pension har vurderet, at mellem den 17. august 2017 og 31. oktober 2017 var klagers lægelige erhvervsevne nedsat til 1/3 eller derunder. Det kan dog ikke lægges til grund, at erhvervsevnen var nedsat til 1/3 eller derunder længere end til den 31. oktober 2017, da klagers gener fra operationen den 17. august 2017 var forbedret meget ved lægekontrollen den 25. september 2017.
Lægernes Pension vurderer på baggrund af klagers tilstand den 25. september 2017, at den lægelige erhvervsevne har været højere end 1/3 efter den 31. oktober 2017.

Da klagers erhvervsevne i perioden ikke har været nedsat til 1/3 eller derunder i mindst 6 sammenhængende måneder, er klager ikke berettiget til invalidepension for perioden.

Klagers MRSA status
Klager har fremført, at hendes tidligere MRSA status har gjort det i praksis umuligt for hende at blive ansat i sundhedssektoren. Det følger ikke af *Sundhedsstyrelsens Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA, 3. udgave*, og det er heller ikke fremført andre lovbestemmelser som befaler, at sundhedspersonale, som inden for de seneste 6 måneder har været erklæret MRSA positiv, ikke må arbejde i sundhedssektoren.
Selvom Sundhedsstyrelsens retningslinjer har indskrænket klagers muligheder for ansættelse som læge, så har den ikke medført en nedsættelse af erhvervsevnen til 1/3 eller derunder, idet klager kunne henvises til andre arbejdsopgaver i Sundhedssektoren, hvor hun ikke kom i kontakt med patienter med nedsat immunforsvar.

Konklusion
Klagers lægelige erhvervsevne har således på intet tidspunkt i sygdomsforløbet i en sammenhængende periode på mindst 6 måneder været nedsat til 1/3 eller derunder og klager opfylder derfor ikke betingelserne for tilkendelse af invalidepension, som fremgår af Lægernes Pensions pensionsregulativ § T7.
Lægernes Pension fastholder derfor afslaget."

Klageren har i indlæg af 27/5 2018 til nævnet bl.a. anført:

"I skrivelsen fra Pensionskassen foreligger en del irrelevante oplysninger, der tjener til at skjule sagens rette sammenhæng. Endvidere fremføres der talrige ukorrekte påstande.

Der argumenteres kronologisk for, at jeg ikke er berettiget til invalidepension i 4 perioder i 2015 og 2016. Dette er irrelevant, da jeg som anført først har søgt midlertidig invalidepension i november 2016, og pensionen ikke kan tildeles for tiden, før ansøgning er modtaget.

Flere steder i skrivelsen nævnes, at jeg er behandlet for brystkræft. Dette er forkert, hvilket burde være klart for pensionskassen, idet man ved udvalgt kritisk sygdom, hvortil kræft hører, automatisk skulle have udbetalt mig en fast sum på ca. 115000 kr.

Jeg er opereret for DCIS High Grade, der er et forstadium til kræft. Fra pensionskassen skrives, (side 2), at operationen planlagt til 11/5 (og siden udført 17/8 2017) skulle foretages for at opnå et bedre kosmetisk resultat. Det er ufuldstændigt og dermed vildledende, idet operationen også skulle udføres for at fjerne stramninger og smerter, og ikke mindst fordi man ved MR-scanning og ultralyd havde konstateret efterladt kirtelvæv, der skulle fjernes, idet kombinationen af efterladt kirtelvæv og manglende strålebehandling medførte en risiko for recidiv (tilbagefald) på over 30 % og heraf halvdelen i form af regulær invasiv brystkræft. DCIS og især High Grade er således en alvorlig diagnose, hvilket også var årsagen til de omfattende operationer i 2015.

På side 2 og især side 6 oplyses, at arbejdsevnen i perioden fra maj til august udokumenteret skulle være angivet som nedsat på grund af stress. Dette er ufuldstændigt og vildledende, idet jeg også har anført andre årsager som stramning, bevægelsesindskrænkning og smerter. Det ville også have været teknisk umuligt at søge eller passe et arbejde i det givne undersøgelsesforløb, hvor der nu også var mistanke om ondartede forandringer på den modsatte (højre) side, og ingen arbejdsgiver ville have ansat mig, når jeg kunne blive indkaldt med få dages varsel til den udskudte nye operationstid vedrørende venstre side. Vedrørende kravet om dokumentation, har pensionskassen bestemt, hvilke speciallæger man ville have erklæringer fra, men ud fra det beskrevne sygdomsforløb må man forvente en sådan stresspåvirkning, at det bør være pensionskassen, der skal dokumentere eller sandsynliggøre, at den ikke foreligger.
…
Side 3: Pensionskassen henviser til, at man ikke har modtaget statusrapport fra opererende læge, men pensionskassen har aktindsigt til mine journaler, som man også henviser til i notatet forinden. Statusattesten fremgår af notat 12/12 2017 i min sygehusjournal, hvor man først raskmelder mig til 1/1 2018. Pensionskassen ser bort fra væsentlige dokumenter som dette, og også fra min almentilstand efter livstruende infektion med blandt andet blodmangel, stoskiftederangering, udmattelse og hårtab; sidstnævnte fra oktober til december som udtryk for sygdommens alvor.

Når man henviser til [plastikkirurgs] lægeerklæring fra januar 2018, ser pensionskassen bort fra, at han ser mig i en bedre tilstand end den, jeg var i 2. halvår 2017. I omtalen af de nævnte lægeerklæringer forekommer betydningsfulde udeladelser vedrørende de i erklæringerne omtalte problemer og begrænsninger, herunder det i [plastikkirurgs] erklæring januar 2018 omtalte behov for videre operation. Han skriver også, at min MRSA-status vil have betydning for min erhvervsevne.
Pensionskassens referat tjener til vildledning, og jeg må henvise til erklæringerne.

Side 3: Påstand om, at jeg 20. november 2017 blev erklæret MRSA-negativ, er usand og vildledende. Der forelå kun første måneds negative dyrkninger, (mens man først bliver betragtet som MRSA-fri efter 1/2 år med negative dyrkninger). I starten blev jeg på sygehusene behandlet som smittefarlig i separate rum, hvor personalet var iklædt kitler, handsker og mundbind, også ved blodprøvetagning. Senere endnu frem til slutningen af april 2018, hvor jeg blev erklæret MRSA-fri, forelå udover Sundhedsstyrelsens retningslinjer yderligere begrænsninger fra embedslæge, hvilket man fortier fra pensionskassen. Blandt andet har arbejdsgiveren et særligt ansvar for en MRSA-positiv arbejdstager, (hvis han/hun vil påtage sig det og ansætte vedkommende), hvilket gør det yderligere vanskeligt at finde en arbejdsplads som klinisk arbejdende læge. Da man, indtil

man er erklæret MRSA-fri, også er forpligtet til at oplyse om denne MRSA-status, kan dette også mindske muligheden for fremtidige ansættelser, også efter man er erklæret MRSA-fri."

Selskabet har i brev af 14/6 2018 til nævnet fastholdt sin afvisning. Selskabet har i brevet bl.a. anført:

"Lægernes Pension anerkender, at klagers MRSA status kan have indskrænket hendes faktiske muligheder for ansættelse som læge. Men ifølge Lægernes Pensions pensionsregulativ § T7, skal den lægelige erhvervsudygtighed skyldes sygdom eller ulykke. En MRSA infektion skal derfor i sig selv udløse symptomer, der er så omfattende, at disse reducerer erhvervsevnen som læge til under 1/3. Klager har ikke dokumenteret, at MRSA infektionen har haft denne virkning. Klager har i stedet angivet, at reguleringsmæssige forhold, jf. bl.a. Sundhedsstyrelsens *'Vejledning om forebyggelse af spredning af MRSA'* og arbejdsgivers særlige ansvar over for MRSA smittet personale, har nedsat hendes faktiske lægelige erhvervsevne.

Uanset om dette måtte være tilfældet, er denne situation ikke omfattet af pensionsregulativets bestemmelser, og den giver derfor ikke ret til invalidepension."

Klageren har i brev af 5/7 2018 fastholdt sit krav om dækning. Klageren har på sekretariatets opfordring fremlagt statusattest af 13/12 2017 og har også fremlagt en mail fra Styrelsen for Patientsikkerhed hvortil selskabet bl.a. har anført:

"**Statusattest af 13. december 2017**
Statusattesten indeholder ikke lægelige oplysninger, som ændrer vores vurdering af sagen. Af statusattesten fremgår, at den undersøgende læge den 13. december 2017 vurderede, at klager ville kunne stå til rådighed for arbejdsmarkedet fra 1. januar 2018. Lægernes Pension lægger sine egne lægelige vurderinger til grund i sager vedrørende ansøgning om invalidepension og fastholder derfor, at klagers lægelige erhvervsevne ikke var nedsat til 1/3 eller derunder efter 31. oktober 2017. Uanset om 31. oktober 2017 eller 1. januar 2018 lægges til grund for klagers genoprettede lægelige erhvervsevne, så har klagers lægelige erhvervsevne ikke været nedsat til 1/3 eller derunder i minimum 6 sammenhængende måneder, idet klagers lægelige erhvervsevne først blev nedsat til 1/3 eller derunder den 17. august 2017. Lægges det til grund, at klagers lægelige erhvervsevne blev genoprettet den 31. oktober 2017, har klagers lægelige erhvervsevne været nedsat til 1/3 eller derunder i 2½ måneder, mens den lægelige erhvervsevne har været nedsat til 1/3 eller derunder i 4½ måneder, hvis det lægges til grund, at den blev genoprettet den 1. januar 2018.

Mail fra Styrelsen for Patientsikkerhed af 26. september 2017
Lægernes Pension fastholder, at selvom klagers tidligere MRSA-status har indskrænket hendes faktiske muligheder for ansættelse som læge, så har den ikke medført en nedsættelse af erhvervsevnen til 1/3 eller derunder, bl.a. fordi klager kunne henvises til andre lægelige arbejdsopgaver, hvor hun ikke kom i kontakt med patienter med nedsat immunforsvar. Det fremgår også af den til sagen vedlagte mail fra Styrelsen for Patientsikkerhed, at sundhedspersonale, som har fået påvist MRSA, kan omplaceres til mindre følsomme arbejdsområder.

Klager har således ikke dokumenteret, at hendes lægelige erhvervsevne har været nedsat til 1/3 eller derunder i minimum 6 sammenhængende måneder, hvilket er et krav for udbetaling af inva-

lidepension, jf. Lægernes Pensions pensionsregulativ § T7. Lægernes Pension fastholder derfor afslaget."

Hertil har klageren den 28/10 2018 til nævnet bl.a. anført:

"I den seneste skrivelse fra Lægernes Pension omtales omfanget af min nedsatte arbejdsevne. Udover den fra pensionskassen omtalte periode har jeg i mine tidligere skrivelser gjort opmærksom på også min nedsatte arbejdsevne i tiden op til operationen 17/8 2017 og især perioden efter at operationen 11/5 var blevet udsat med mulighed for genindlæggelse med kort varsel og udredning for mulig ondartet sygdom på den modsatte side.

Vedrørende arbejdsevnebegrebet henvises til Pensionsloven og gennemgang i Ugeskrift for Retsvæsen Volume/bind U2017B.181 … Det specificeres her, at 'arbejdsevnekriteriet er en helhedsbedømmelse af en persons samlede situation og muligheder i forhold til arbejdsmarkedet.' Som jeg tidligere har skrevet, ser pensionskassen bort fra dette. I forbindelse med begrebet arbejdsevne nævnes også 'de karakteristika, der er afgørende for, om en person er i stand til helt eller delvis at være eller blive selvforsørgende, dvs. er i beskæftigelse på almindelige vilkår'. Det kan ikke siges at være almindelige vilkår, at man fra pensionskassen mener, at jeg i perioden frem til slutningen af april 2018, hvor jeg ikke var erklæret fri for MRSA-stafylokokker, skulle kunne arbejde som for eksempel embedslæge eller et andet lægeområde som jeg ikke var uddannet til, så meget desto mere som jeg ikke ville kunne få et sådant arbejde. Jeg har således oplevet, at personale, der var bekendt med min ikke MRSA-fri status, ikke turde give mig hånden. Som jeg tidligere har skrevet, var jeg frem til slutningen af april 2018 forpligtet til at orientere min arbejdsgiver om, at jeg ikke var MRSA-fri. Fra maj 2018 var jeg ikke forpligtet til at oplyse om den tidligere infektion og MRSA-status.

Som læge omgås man syge mennesker, der ofte har nedsat immunforsvar og pensionskassen kan ikke med rimelighed vurdere min arbejdsevne i forhold til de få nicher, hvor man er beskæftiget med kontorarbejde. Selv inden for et sådant område vil en ikke MRSA-fri status kunne give berøringsangst hos personale, der er bekendt med status, uanset om dette er rationelt eller ikke.

Som allerede omtalt, er det afgørende ikke, at min arbejdsevne var nedsat med 2/3, men at min arbejdsevne som læge var nedsat med mere end 2/3 i over ½ år, jfr. pensionskassens vedtægter.

Jeg fastholder således, at min arbejdsevne som læge var nedsat med mere end 2/3 både før og efter den periode, for hvilken pensionskassen vil godkende min nedsatte arbejdsevne."

Klageren har den 29/10 2018 til nævnet supplerende anført:

"På den ene side støtter statusattesten, at jeg har mere end 2/3 nedsat arbejdsevne frem til 1/1 2018. På den anden side indeholder statusattesten fejl, der indskrænker min videre sygemelding herefter, idet attesten dels ikke omtaler min infektion med MRSA og status herom, dels en fejlagtig oplysning om, at jeg er indhelet med delhudstransplantat.

Denne oplysning passer ikke med journalnotater og udskrivningsbrev fra september 2017, hvoraf det fremgår, at transplantatet var dødt og måtte fjernes.

> Styrelsen for Patientsikkerhed behandler en sag om den fejlagtige attest under sagsnummer ... Jeg fastholder derfor, at min arbejdsevne som læge var nedsat med mere end 2/3 frem til slutningen af april 2018, hvor jeg blev frikendt for MRSA, idet jeg mener, at en læge, der ikke er erklæret MRSA-fri, ikke opfylder de krav, der stilles på det almindelige arbejdsmarked. Jeg havde også i den perioder andre sygdomssymptomer, jfr. mine tidligere skrivelser herom, og min arbejdsevne bør også for denne periode vurderes ud fra min totale situation som skrevet 28/10."

Selskabet har den 6/11 2018 til nævnet bl.a. anført:

> "**Pensionslovens arbejdsevnebegreb**
> Som støtte for, at den lægelige arbejdsevne har været nedsat til 1/3 eller derunder, henviser klager til pensionslovens arbejdsevnebegreb og gennemgang af arbejdsevnebegrebet i Ugeskrift for Retsvæsen Volume/bind U2017B.181. Hertil skal det bemærkes, at pensionslovens arbejdsevnebegreb ikke finder anvendelse i den konkrete sag om nedsættelse af klagers nedsatte lægelige erhvervsevne, som vurderes efter Lægernes Pensions pensionsregulativ.
>
> **Klagers lægelige erhvervsevne**
> Klager fremfører endvidere, at hendes MRSA status begrænsede hendes muligheder for ansættelse i en lægelig stilling og at hendes arbejdsevne var nedsat til 1/3 eller derunder inden operationen den 17. august 2017, herunder især i perioden efter 11. maj 2017. Lægernes Pension henviser i den forbindelse til pensionskassens bemærkninger af 14. maj 2018 og 14. juni 2018, hvor Lægernes Pension har behandlet førnævnte klagepunkter.
>
> Klager har ikke dokumenteret, at hendes lægelige erhvervsevne har været nedsat til 1/3 eller derunder i minimum 6 sammenhængende måneder og Lægernes Pension fastholder derfor afslaget."

Nævnet har fået forelagt klagerens brev af 11/11 2018. Nævnet har endvidere fået forelagt bilag fra sagen, herunder uddrag af klagerens patientjournaler. Af neurokirurgisk speciallægeerklæring modtaget af selskabet den 27/3 2017 fremgår bl.a.:

> "**Tidligere**
> [Klager] har aldrig tidligere haft gener i nakken eller brystregionen.
> …
> **Erhvervsforhold**
> Det var planen at [klageren] skulle starte ved … d. 02. juli 2012. Hun mødte op og var ansat der et år frem til 30. juni 2013, hvor hun selv sagde op. Den 01.januar 2013 ønskede [klageren] at gå ned til halv tid som følge af generne i nakken, idet stillesiddende og specielt skærmarbejde forværrede generne. Der havde været enkelte sygemeldinger under den første del af ansættelsen som følge af generne i nakken, og [klageren] fortæller at denne første del af ansættelsen var den sidste fuldtidsansættelse hun har haft.
>
> Derefter …-læge på … fra 1. september 2013 og frem til 31. august 2014.
>
> Fra d. 01. januar 2015 og frem til 31. juli 2015 igen på … med ¾ tid. Fra d. 01. ti 25. august ferie med feriepenge.

Blev sygemeldt d. 26. august 2015 efter der var fundet carcinoma in situ i venstre bryst. Brystbevarende operation d. 21. september hvor man angiveligt ikke fik fjernet det rigtige område, og derfor fornyet operation 13. oktober 2015. Fjernelse af brystvæv og indsættelse af implantat.

Siden har der kun været en ansættelse og det var fra 23. november 2015 og frem til 31.januar 2016 som vikar for … læge i … på nedsat tid med 20 timer per uge, med supplerende sygedagpenge. Udtalte gener med smerter og stramning i venstre side ved skulderen og nedsat funktion af skulderen, samt fortsatte nakkegener var årsagen til den reducerede arbejdstid. Den nævnte … lukkede 31. januar 2016 og siden har [klageren] været fuldtids sygemeldt.

Det var planen at hun skulle vende tilbage til … på … og der var også overvejelser om at overtage …

I august 2015 konstateret carcinoma in situ i venstre bryst og blev opereret september og oktober 2015 og siden juni 2016 [på hospital 1]. Efter de første to operationer arbejdede [klageren] halvtids i … på … fra 1. december 2015 og frem til 31. januar 2016. Sygemeldt siden.

Baggrunden for at [klageren] ikke kunne fungere som læge var bevægeindskrænkning i venstre skulder samt smerter i pectoralis området (… nævner at hun ikke kunne holde et spekel).

[Klageren] fortæller at der arbejdes på midlertidig pension men det er hendes forventning at hun i fremtiden kan komme tilbage på arbejdsmarkedet. Er speciallæge i … Hun er optimistisk fordi der i den grad mangler … læger i Danmark og Sverige.
…
Aktuelle gener
I forbindelse med den aktuelle undersøgelse beskrives følgende gener ...

- Smerter i nakken nedadtil ved halsroden, bagtil, på begge side, samt spændingshovedpine. Sidstnævnte værst om morgenen og optræder 3-4 gange om ugen. Generne lindres i løbet af formiddagen. Intensiteten svinger mellem moderat og middelsvær, VAS 5-6. Smerterne opfattes som trykkende, ikke sviende og brændende. Lindres ved at ændre stilling. Forværres hvis hovedet drejes bagover.
- Smerter ved brystmusklen på venstre side der forværres hvis armen abduceres (føres udad) eller hvis armen eleveres fremad. Har fornemmelse af manglende kraft. Smerterne forværres hvis hun belaster armen.
- Natlige gener ud i højre hånds 3½ radiale fingrer. Kan lindres hvis hun prøver at ændre stilling. Ikke tilstede i dagtiden.

Funktionsniveau
Det værste [klageren] kan gøre er at sidde stille. Hun vil helst bevæge sig lidt rundt. Har det rigtig godt med at gå en tur i fri natur.

Hvis hun kører bil får hun flere smerter i nakken hvis de kører over vej-bump. Smerter i nakken når hun skal orienterer sig. Vil helst bruge sidespejle. Turen fra … til … er lang, idet hun har det dårligt med siddende stillinger. Der er dog ikke brug for pauser undervejs.

Har det ikke godt med at sidde for længe ved en computer. Efter ca 20 min har hun brug for lige at komme op og bevæge sig rundt.

Har det ikke godt med at støvsuge. Forværre generne i nakken. Har ikke bemærket problemer i forbindelse med at skulle samle noget op fra gulvet.

Vågner typisk om natte grundet nakkesmerter og har så brug for at pakke en pølle til nakken og skifte stilling.

Fagspecifikt
Forespurgt hvad der forhindrer i at udfører lægearbejde anføres følgende: Efter 3. mammaoperation 14.juni 2016 med fjernelse af implantat er der mindre stramning, men fortsat gener fra skulder og især nedsat funktion som følge af blandt andet fejlagtig gennemskæring af venstre Musculus pectoralis. Endvidere tiltagende nakkesmerter det seneste halve år, især ved stillesiddende arbejde og skærmarbejde.

På det grundlag kan [klageren] ikke arbejde i ventetiden på plastikkirurgisk rekonstruktion og i den forbindelse fjernelse af efterladt kirtelvæv ved mammakirurg. Operation er planlagt til 11/5 2017 med efterfølgende skånetid og optræning.
…
Objektivt
Bevæger sig upåfaldende til og fra undersøgelseslokalet. Sidder afslappet ved den ca 1 time lange samtale og undersøgelse. Fremtræder ikke synligt forpint. Gør på en relevant detaljeret måde rede for generne. Mentalt helt upåfaldende.
…
Overekstremiteterne: Normale trofiske forhold, herunder for interne håndmuskler. Fri bevægelse i alle led, herunder fri udadføring af armene til 180 grader uden synlig ømhedsreaktion undervejs i bevægelse eller terminalt. Med armene strakt frem til vandret kan der belastes statisk i alle retninger uden synlig ømhedsreaktion eller eftergiven. Håndtrykskraft målt med manometer 55/30. Normale senereflekser. Normal to-punkts-diskrimination på 4 mm i alle fingerspidser. Normal koordination og finmotorik. Intet Hoffmann-Tinell over lig. Carpi volare. Negativ phalen og omvendt phalen.
…
Resume og Konklusion
[Klageren] er en nu … årig læge der har nakkegener efter trafikuheld 02.juli 2012. Desuden gener fra venstre brystregion og skulder efter operation mod carcinoma in situ september 2015, med reoperation oktober 2016 og siden fjernelsen af implantat sommeren 2016. Der er planlagt fornyet operation ved mamma- og plastikkirurg i maj 2017.

[Klageren] har ikke været i fuldtidsarbejde siden 01. januar 2013 og har skiftevis været sygemeldt og arbejdet på reduceret tid med henvisning til de nævnte gener. Har været sygemeldt siden 31. januar 2016 da den … hvor hun arbejdede på reduceret tid, 20 timer per uge, lukkede.

Aktuelt klages over daglige moderate til middelsvære smerter i nakken og smerter i pectoralis regionen hvis venstre arm føres udad eller fremad.

Ved den objektive undersøgelse findes der beskeden bevægeindskrænkning i nakken, lette til moderate myogene forandringer ved tilhæftningen på kraniet og ned lidt ned dorsolateralt.

Ligeledes ved objektive undersøgelse fuld bevægelse i skulderen på venstre side. Intet smertebuesyndrom.

Ingen smerter eller eftergiven ved belastning af armen der holdes strakt vandret frem.
…
Desuden klager over natlig snurren i hånden der er tilskrevet carpaltunnelsyndrom af [neurolog fra hospital 1]. Der foreligger en … neurofysiologisk undersøgelse der ikke dokumenterer carpaltunnelsyndrom, og lignende undersøgelse fra [hospital 1] der konkluderer tilstedeværelse af højresidigt carptaltunnelsyndrom.

Det kan oplyses at det er karakteristisk at patienterne vågner om natten med snurren i hånden og lige skal ryste hånden. Ved dagens objektive undersøgelse findes ingen forandringer foreneligt med carpaltunnelsyndrom, og som anført er der heller ikke gener i dagtiden. Så evt carpaltunnelsyndrom er af let grad.

Erhvervsforhold er beskrevet i erklæringen.
…
Der er i det helt væsentlige overensstemmelse mellem de fremsatte oplysninger og fund ved dagens undersøgelser, og hvad der fremgår af tidligere oplysninger i de medbragte sagsakter.

Der er ikke grundlag for at foreslå yderligere undersøgelser idet disse ikke kan forventes at fremvise forhold der kan eller skal gøres til genstand for specifik terapi med udsigt til nogen betydende ændring i de aktuelle gener.

Hvorvidt den kommende operation vil ændrer væsentligt på tilstanden kan ikke forudsiges med væsentlig grad af sikkerhed. [Klageren] har dog en klar forventning om at komme tilbage til lægearbejdet, nok primært i …

Der ses ikke at være forudbestående eller efterfølgende forhold der har nogen betydende indflydelse på den aktuelle tilstand. De beskrevne gener må alene skyldes de beskrevne forhold.

Diagnoser
- Følger efter forvridning i nakken, *distorsio col cerv seqv*
- Følger efter operation for carcinoma in situ venstre bryst, *carcinoma in situ mamma sin operata seqv*
- Karpaltunnelsyndrom obs pro"

Af plastikkirurgisk speciallægeerklæring af 14/3 2017 fremgår bl.a.:

"Patienten generes af følgende:
1. Nedsat kraft i venstre arm, f.eks. ved tryk på dørhåndtag, klipning med grensaks og hold på, et spekel i forbindelse med udførelse af arbejde.
2 . Periodevise smerter i venstre aksilområde ved ekstension i skulder.
3. Stramning i aksilområdet, specielt ved abduktion og fleksion af skulder.
4. Æstetisk ikke-tilfredsstillende resultat efter operation.

Patienten er for tiden sygemeldt.
…
Objektivt
Sundt og naturligt udseende. Fysisk og mentalt upåfaldende. Patienten bevæger sig frit.

…
Overekstremiteter
Ved udadrotation er der ca. 30 graders rotationsdefekt i venstre overarm. Patienten kan bevæge fuldt ud, dvs. fuld abduktion, adduktion, ekstension og fleksion, men lidt besvær i yderpunkterne specielt ved abduktion, hvor patienten angiver stramning ud mod venstre aksil, hvilket også kan palperes samtidig. Det er lettere muskelatrofi af musculus biceps sin. Normale perifere neurovaskulære forhold.
…
Beskrivelse af funktionsevne i det hidtidige arbejde
Fuld funktionsevne.

Beskrivelse af funktionsevne i ledigt arbejde
Se venligst aktuelle. Patienten er sygemeldt.

Oplysning om hvorvidt funktionsevnen forventes at blive genvundet
Se venligst eventuelle behandlingsmuligheder. Det videre forløb er afhængig af den planlagte operation. Begge nævnte behandlingsmodaliteter må forventes at kunne give bedre polstring sv.t. venstre mamma og derfor må man også forvente, at en del af ubehaget forsvinder med tiden. Det er dog vanskeligt at sætte et tidsperspektiv på dette.
Det er dog tvivlsomt, at rekonstruktion af mamma får positiv effekt på beskrevne kraftnedsættelse i venstre arm."

Af plastikkirurgisk speciallægeerklæring af 1/2 2018 udfærdiget af samme speciallæge som erklæringen fra maj 2017 fremgår bl.a.:

"Patienten har følgende gener:
1. Kløende cikatrice på medialsiden af højre overarm.
2. Stram fornemmelse sv.t. venstre mamma, hvor der også er ubehag ved palpation. Patienten synes at vævet er adhærent til thorax.
3. Fortsat strammende væv strækkende sig fra venstre mamma op mod venstre aksil.
4. Strammende ubehagsfornemmelse og ømhed sv.t. abdominalvæg.
5. Snæver umbilicus, der er vanskelig at holde ren og den er desuden øm.

…
Behandlingsmuligheder
Patienten er flittig med bevægeøvelser og har opnået bedre bevægelighed i venstre arm, hvor der stort set er fuld bevægelighed i alle plan.
…
Funktionsevne i det hidtidige lægelige arbejde
Det skønnes, at patienten ret snart kan vende tilbage til sit arbejde som læge uden begrænsninger, i det omfang de nævnte gener ikke forhindrer hende i at udføre visse funktioner. Patienten har fuld bevægelighed i alle ekstremiteter, og der er ingen restriktioner, hvad dette angår. Ifølge patienten betragtes hun som værende MRSA-negativ efter gentagne podninger og mindst ½ år uden positive podninger. MRSA-status vil have betydning for patientens erhvervsevne.

Funktionsevne i lægeligt arbejde generelt
Det skønnes som nævnt, at patienten kan udføre det arbejde hun nu evner, og der er ingen restriktioner.

Funktionsevne
Se venligst tidligere."

Af statusattest dateret 13/12 2017 fremgår det bl.a.:

"Statusattest efter længere forløb med brystrekonstruktion, der gik tabt. Pt. er nu komplet indhelet, efter der er lagt delhudstransplantat på området, hvor der skulle have været rekonstrueret med væv fra maven.

Min umiddelbare vurdering er at pt. kan stå til rådighed for arbejdsmarkedet fra 1. januar 2018, idet hun er indhelet efter komplikation og sygdomsfri.

Dette ud fra vores sidste notat i vores sårambulatorium, hvor der beskrives, at hun er ved at være hel og afsluttes herfra. Pt. skal eventuelt tilbydes lidt transplantation af fedt langt ude i fremtiden, men dette forventes at være et kortvarende forløb."

Af journalnotat fra afdeling for Plastik- og Brystkirurgi dateret 17/8 2017 fremgår det bl.a.:

"Beskrivelse: Pt. er, som anført tidligere, opereret for DCIS i ve. mamma. Initialt med lumpektomi, senere mastektomi med rekonstruktion, hvor protesen efterfølgende er fjernet.

Pga. kosmetisk uskønt resultat er der et ønske om en DlEP-lap.

Tidligere undersøgelser har givet mistanke om. residualvæv i brystet. Der er foretaget en MR-mammografi … som giver mistanke om residualt kirtelvæv, man har mest indtryk af dette i den kaudale del af brystet, og retropapillært.

Der er på hø. side set forandringer mod kl. 8, efterfølgende UL-scanning og GN-biopsier har afklaret dette område, og det er fundet normalt. Pt. har selv udpeget område kl. 12, som hun er bekymret for, hvor området virker lidt mere fast.
…
PATOLOGI
Der findes, hvad man tolker som restkirtelvæv, faktisk i både øvre mediale, nedre mediale og nedre laterale kvadrant samt retropapillært. Øvre laterale kvadrant er stort set uden efterladt kirtelvæv."

Af journalnotat fra Plastikkirurgisk ambulatorier dateret 25/9 2017 fremgår det bl.a.:

"Pt. møder i dag med ægtefælle til sårktr. ved spl. ... Der er utrolig god indhaling og der resterer nu kun en defekt på godt 4 x 1 ½ cm der er helt overfladisk.

Plan
Jeg synes, vi skal fortsat konservativ opheling idet vi ikke har meget lyst til at lave yderligere kirurgi i dette forløb. Der er taget kontakt til … fra lnfektionsmediclnsk Afdeling som anbefaler, at pt. fortsætter Clindamycin behandling til lukning af defekten og han har hørt, at det drejer sig om ca.

> 3 uger, hvorfor han synes, det er forsvarligt. Når pt. et fuldstændig indhelet, tager vi ny MRSA-podning og ser om hun kan udgå af sin bæretilstand. Der lægges plan for sårktr."

Af vedtægt og pensionsregulativer af 24/4 fremgår bl.a.:

> "**§ T7. Ret til invalidepension**
> Retten til invalidepension indtræder den første i måneden, efter at erhvervsudygtighed på grund af sygdom eller ulykkestilfælde er indtruffet, såfremt medlemmet ikke allerede oppebærer alderspension, og såfremt medlemmet ikke er fyldt 67 år. Retten til invalidepension indtræder ikke, så længe medlemmet oppebærer indtægter fra lægelig beskæftigelse, herunder honorarer og indtægter fra fleksjob eller lignende, hvis indtægten derved overstiger 1/3 af normalindtægten for en læge i samme alder. Retten til invalidepension er betinget af, at erhvervsudygtigheden har varet eller skønnes at ville vare mindst 6 måneder. Erhvervsudygtighed foreligger, når erhvervsevnen som læge er blevet nedsat til 1/3 eller derunder af den pågældendes fulde erhvervsevne. Ved bedømmelsen af erhvervsevnens nedsættelse foretages en sammenligning mellem den indtægt, som medlemmet skønnes at kunne opnå ved en lægelig beskæftigelse, der svarer til vedkommendes kræfter og færdighed, og normalindtægten for en læge i samme alder. Normalindtægten fastsættes for en læge, der ikke er i slutstilling, til lønnen for en underordnet sygehuslæge med samme anciennitet og for en læge i slutstilling til lønnen for en overlæge. For et medlem med opsparingskonto foreligger erhvervsudygtigheden, når den generelle erhvervsevne er nedsat til 1/3 eller derunder af den pågældendes fulde erhvervsevne."

Nævnet udtaler:

Klageren er født i 1950'erne og uddannet speciallæge. Hun har arbejdet som klinisk læge i en årrække. Hun klager over, at selskabet har afvist at yde midlertidige ydelser i anledning af et anmeldt erhvervsevnetab.

Det fremgår af sagen, at klageren i 2015 over to omgange fik fjernet væv i sit venstre bryst på grund af forstadier til brystkræft. I forbindelse hermed blev der fejlagtigt fjernet en stor del af hendes brystmuskel. Ved den anden operation i 2015 fik klageren indsat et implantat, hvilket måtte fjernes igen den 14/6 2016 på grund af gener. En rekonstruerende operation – hvor der også skulle fjernes resterende brystvæv – var planlagt at skulle foregå den 11/5 2017, men blev udskudt, da klageren skulle have undersøgt sit højre bryst på grund af mistanke om celleforandringer/kræft heri. Den rekonstruerende operation blev foretaget den 17/8 2017, men mislykkedes og i forbindelse med yderligere mislykkede forsøg blev klageren tillige inficeret med MRSA i slutningen af august 2017. Hun har anført – og selskabet har ikke bestridt – at hun har haft vanskeligt ved at få ansættelse som læge i kliniske funktioner, som MRSA-positiv og op til

et halvt år efter, at hun er testet negativ, hvilket vil sige indtil slutningen af april 2018. Klageren har endvidere anført, at hendes erhvervsevne var nedsat med mindst 2/3 fra 25/11 2016, da hun var sygemeldt på grund af gener fra nakken og gener efter brystoperationerne. Klageren har også anført, at hendes erhvervsevne var nedsat med mindst 2/3 fra den 11/5 2017 og frem til operationen den 17/8 2017, da muligheden for at blive indkaldt til den rekonstruerende operation med kort varsel og mistanken om kræft/forstadier til kræft i højre bryst medførte et forhøjet stressniveau og medførte, at hun ikke kunne få et arbejde.

Klageren var ansat på hospital A fra den 2/7 2012 til den 30/6 2013, hvor hun selv opsagde sin stilling. Fra den 1/1 2013 ønskede klageren at arbejde halv tid på grund af nakkegener efter et færdselsuheld i 2012. Klageren var herefter ansat på et sygehus fra den 1/9 2013 til den 31/8 2014 og var ansat på hospital A igen fra den 1/1 2015 til den 31/7 2015. Hun var herefter på ferie med feriepenge til den 25/8 2015 og fra den 26/8 2015 sygemeldt på grund af fundet af forstadier til brystkræft. Fra den 23/11 2015 til den 31/1 2016 var hun ansat som læge 20 timer om ugen med supplerende dagpenge. Klageren stoppede i stillingen, da arbejdspladsen lukkede. Klageren var herefter fuldtidssygemeldt.

Selskabet har anerkendt, at klagerens erhvervsevne har været nedsat med mindst 2/3 i perioden 17/8 2017 til 31/10 2017. Selskabet har dog afvist at udbetale midlertidige ydelser under henvisning til, at erhvervsevnen skal have været nedsat med mindst 2/3 i mindst seks måneder for at være dækningsberettigende. For så vidt angår klagerens MRSA-status har selskabet anført, at alene erhvervsevnenedsættelse som følge af ulykke eller sygdom er dækningsberettigende, og at det forhold, at klagerens MRSA-status vanskeliggør ansættelse som læge, ikke udgør en sygdom.

Af neurologisk speciallægeerklæring modtaget i selskabet den 27/3 2017 fremgår det, at "Forespurgt hvad der forhindrer i at udfører lægearbejde anføres følgende: Efter 3. mammaoperation 14. juni 2016 med fjernelse af implantat er der mindre stramning, men fortsat gener fra skulder og især nedsat funktion som følge af blandt andet fejlagtig gennemskæring af venstre Musculus pectoralis. Endvidere tiltagende nakkesmerter det seneste halve år, især ved stille-

siddende arbejde og skærmarbejde. På det grundlag kan [klageren] ikke arbejde i ventetiden på plastikkirurgisk rekonstruktion og i den forbindelse fjernelse af efterladt kirtelvæv ved mammakirurg. Operation er planlagt til 11/5 2017 med efterfølgende skånetid og optræning … **Objektivt** Bevæger sig upåfaldende til og fra undersøgelseslokalet. Sidder afslappet ved den ca. 1 time lange samtale og undersøgelse. Fremtræder ikke synligt forpint. Gør på en relevant detaljeret måde rede for generne. Mentalt helt upåfaldende … **Resumé og Konklusion** Aktuelt klages over daglige moderate til middelsvære smerter i nakken og smerter i pectoralis regionen hvis venstre arm føres udad eller fremad. Ved den objektive undersøgelse findes der beskeden bevægeindskrænkning i nakken, lette til moderate myogene forandringer ved tilhæftningen på kraniet og ned lidt ned dorsolateralt. Ligeledes ved objektive undersøgelse fuld bevægelse i skulderen på venstre side. Intet smertebuesyndrom. Ingen smerter eller eftergiven ved belastning af armen der holdes strakt vandret frem."

Af plastikkirurgisk speciallægeerklæring dateret 14/3 2017 fremgår det, at "Ved udadrotation er der ca. 30 graders rotationsdefekt i venstre overarm. Patienten kan bevæge fuldt ud, dvs. fuld abduktion, adduktion, ekstension og fleksion, men lidt besvær i yderpunkterne specielt ved abduktion, hvor patienten angiver stramning ud mod venstre aksil, hvilket også kan palperes samtidig. Det er lettere muskelatrofi af musculus biceps sin. Normale perifere neurovaskulære forhold. … Beskrivelse af funktionsevne i det hidtidige arbejde: Fuld funktionsevne."

Af plastikkirurgisk speciallægeerklæring dateret 1/2 2018 fremgår det, at "Det skønnes, at patienten ret snart kan vende tilbage til sit arbejde som læge uden begrænsninger, i det omfang de nævnte gener ikke forhindrer hende i at udføre visse funktioner. Patienten har fuld bevægelighed i alle ekstremiteter, og der er ingen restriktioner, hvad dette angår. Ifølge patienten betragtes hun som værende MRSA-negativ efter gentagne podninger og mindst ½ år uden positive podninger. MRSA-status vil have betydning for patientens erhvervsevne."

Af journalnotat fra Plastik- og Brystkirurgisk afdeling dateret 17/8 2017 fremgår det, at operationen af samme dato blev foretaget dels for at rekonstruere klagerens venstre bryst, og dels for at fjerne tilbageværende brystvæv.

Af statusattest fra Plastik- og Brystkirurgisk afdeling dateret den 13/12 2017 fremgår det, at "Pt. er nu komplet indhelet, efter der er lagt delhudstransplantat på området, hvor der skulle have været rekonstrueret med væv fra maven. Min umiddelbare vurdering er at pt. kan stå til rådighed for arbejdsmarkedet fra 1. januar 2018, idet hun er indhelet efter komplikation og sygdomsfri."

Af vedtægt og pensionsregulativets § T7 fremgår det, at "Retten til invalidepension indtræder den første i måneden, efter at erhvervsudygtighed på grund af sygdom eller ulykkestilfælde er indtruffet, såfremt medlemmet ikke allerede oppebærer alderspension, og såfremt medlemmet ikke er fyldt 67 år … Retten til invalidepension er betinget af, at erhvervsudygtigheden har varet eller skønnes at ville vare mindst 6 måneder. Erhvervsudygtighed foreligger, når erhvervsevnen som læge er blevet nedsat til 1/3 eller derunder af den pågældendes fulde erhvervsevne. Ved bedømmelsen af erhvervsevnens nedsættelse foretages en sammenligning mellem den indtægt, som medlemmet skønnes at kunne opnå ved en lægelig beskæftigelse, der svarer til vedkommendes kræfter og færdighed, og normalindtægten for en læge i samme alder."

Nævnet bemærker, at det i henhold til almindelige forsikringsretlige principper er klager, der skal bevise, at hendes erhvervsevne som læge har været nedsat med minimum 2/3 i mindst seks måneder.

<u>Perioden 26/8 2015 – 10/5 2017</u>

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hendes erhvervsevne som læge har været nedsat med minimum 2/3 i perioden fra den 26/8 2015 til den 10/5 2017. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse for så vidt angår denne periode.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på, at klageren i perioden fra ultimo november 2015 til 1/2 2016 arbejdede 20 timer ugentligt, hvorefter hendes ansættelsesforhold af sygdommen uvedkommende årsager ophørte. Endvidere har nævnet lagt vægt på, at der kun i beskedent omfang er fremlagt lægeligt materiale, der belyser klagerens funktionsbegrænsninger efter de operati-

oner hun gennemgik i 2015 og 2016, og at det af den neurokirurgiske speciallægeerklæring af 27/3 2017 fremgår, at der ved den objektive undersøgelse blev fundet beskeden bevægeindskrænkning i nakken og lette myogene forandringer ved tilhæftningen på kraniet, samt at det af speciallægeerklæringen fremgår, at der ved den objektive undersøgelse blev fundet fuld bevægelse i venstre skulder og intet smertebuesyndrom. Nævnet har også lagt vægt på, at angivelsen i speciallægeerklæringen vedrørende klagerens erhvervsevne er en gengivelse af, hvad klageren har oplyst til speciallægen.

Nævnet har også lagt vægt på, at det af plastikkirurgisk speciallægeerklæring af 14/3 2017 fremgår, at klageren kunne bevæge sig fuldt ud, og at hendes funktionsevne i hendes hidtidige arbejde anføres som: "Fuld funktionsevne."

Perioden 11/5 2017 – 16/8 2017

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hendes erhvervsevne som læge har været nedsat med minimum 2/3 i perioden fra den 11/5 2017 til den 16/8 2017. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse for så vidt angår denne periode.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på at oplysningen om, at klagerens erhvervsevne skulle være nedsat i perioden ikke er godtgjort på anden måde end klagerens angivelse af at have været stresset, og hendes formodning om, at ingen ville ansætte hende, når hun kunne blive indkaldt til en stor operation med kort varsel.

Nævnet har også lagt vægt på, at operationen den 17/8 2017 i henhold til journalmaterialet blev foretaget for at rekonstruere klagerens bryst og fjerne det resterende brystvæv.

Perioden fra den 17/8 2017

Selskabet har anerkendt, at klagerens erhvervsevne som læge var nedsat med mindst 2/3 efter operationen den 17/8 2017 og til den 31/10 2017, men har afvist udbetaling af midlertidige ydelser med henvisning til, at klagerens erhvervsevne derved ikke var nedsat i mindst seks sammenhængende måneder.

22. 92249

Klageren har anført, at hun først kunne arbejde fra slutningen af april 2018, da det først var fra dette tidspunkt, hun fik status som MRSA-fri.

Efter en gennemgang af sagen finder nævnet, at klageren ikke har bevist, at hendes erhvervsevne har været nedsat i dækningsberettigende grad efter senest den 1/1 2018. Nævnet kan derfor ikke kritisere selskabets afgørelse, idet klagerens erhvervsevne ikke har været nedsat i dækningsberettigende grad i minimum seks måneder, hvilket er en betingelse for at opnå ret til udbetaling af ydelser.

Nævnet har blandt andet lagt vægt på statusattesten af 13/12 2018, hvor det er vurderet, at klageren var til rådighed for arbejdsmarkedet fra den 1/1 2018.

Det, som klageren i øvrigt har anført – herunder angivelsen i speciallægeerklæring af 1/2 2018 om, at klagerens MRSA-status har betydning for hendes erhvervsevne – kan ikke føre til andet resultat. Nævnet bemærker, at klageren ikke konkret har godtgjort, at hun ikke ville kunne opnå ansættelse som læge som følge af hendes MRSA-status.

Som følge heraf

b e s t e m m e s :

_____

Klageren får ikke medhold.

Jens Kruse Mikkelsen
formand